

Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia

Skills for the care and depression in caregivers of patients with dementia

JOSÉ HERNANDO ÁVILA-TOSCANO*

JAIJA MILENA GARCÍA-CUADRADO

JANEDID GAITÁN-RUIZ

Universidad del Sinú, Montería, Colombia

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar relaciones entre las habilidades para el cuidado (conocimiento, valor y paciencia) y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. Se evaluaron 32 cuidadores a quienes se les aplicó el *Inventario de depresión de Beck* y el *Caring Ability Inventory*. Los datos se analizaron con SPSS 18.0 Statistics empleando el coeficiente de correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal de pasos sucesivos. Se obtuvieron promedios elevados de *conocimientos*, *paciencia* y *valor*, lo cual indica un buen rendimiento de las habilidades para cuidar, mientras que la presencia de manifestaciones depresivas se halló en el 46.9% de la muestra. Finalmente, se establece que la depresión se asoció más a los cuidadores noveles con poca formación educativa y con buen nivel de conocimientos.

Palabras clave: cuidadores, depresión, demencia, habilidades para el cuidado.

Abstract

This study was aimed to identify relations between caregiving skills (specifically knowledge, courage and patience) and depression in dementia patients caregivers. 32 caregivers were evaluated through the application of *Beck's Depression Inventory* and the *Caring Ability Inventory*. The data were analyzed with SPSS 18.0 Statistics using the Pearson correlation coefficient and stepwise linear regression modelling. Higher average knowledge, patience and courage results were obtained, which indicates a good performance skills to care for, while the presence of depressive manifestations was found in 46.9% of the sample. Finally, it is possible to establish that depression is associated more with novice caregivers with little educational background and a good level of knowledge.

Keywords: caregivers, caregiving skills, depression, dementia.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RECIBIDO: 19 DE ABRIL DEL 2010 - ACEPTADO: 31 DE MAYO DEL 2010

* Correspondencia: Carrera 1W, calle 38, bloque 5, piso 2, oficina 03. Coordinación de Investigaciones, Programa de Psicología. Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm, Montería, Colombia.

José Hernando Ávila: joseavila@unisnu.edu.co

Jajsa Milena García: jaisa216@hotmail.com

Janedid Gaitán: janedid@hotmail.com

Las demencias representan un problema de salud pública por el impacto socioeconómico que ejercen, por la afectación del desarrollo general de las personas durante la vejez y por el deterioro progresivo que causan a los individuos al punto de hacerlos dependientes. Al mismo tiempo, las demencias generan un impacto negativo en la familia, que debe modificar sus roles y dinámicas para dedicarse a la atención del paciente. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en el cuidado se les denomina *cuidadores*, y son con frecuencia algún familiar cercano que se debe hacer cargo del enfermo. Esta responsabilidad hace que el cuidador se sienta menos libre, con nuevas obligaciones (Öhman, 2004), y que se asuma como responsable de la salud del paciente (Barrera, Pinto & Sánchez, 2006), lo cual puede precipitar crisis que amenazan la estabilidad del cuidador, al ser quien soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados (Chartrand & Arias, 2008); asimismo, él suele ver afectada su salud física, su vida social y personal y su situación económica (Pearlin, 1991; Zarit, Cheri & Boutselis, 1996).

Según Llibre (2002), los cuidadores pueden ser familiares o particulares, cuya vinculación con los pacientes puede generarles deterioro personal y emocional, lo que los convierte en pacientes ocultos, incluso llegan a presentar una serie de síntomas a los que se les ha denominado como *síndrome, carga o estrés del cuidador* (Hunt, 2003), caracterizados por ser un cuadro plurisintomático que afecta todas las esferas de la persona y repercute negativamente en su vida tanto objetiva como subjetivamente (Ochoa, Espina & Ortego, 2006).

Las personas que ejercen el cuidado son, en su mayoría, mujeres (Moreno, Náder & López de Meza, 2004) entre los 50 y 60 años, madres de familia y amas de casa que dedican muchas horas al día al cuidado. En otros casos se trata del cónyuge, que a menudo presenta una salud frágil y una escasa capacidad de adaptación a los cambios y al aprendizaje de nuevas funciones (Atarso, 2003).

También son cada vez más frecuentes las hijas e hijos quienes tienen que encargarse del cuidado, el cual interfiere más en la vida cotidiana de las mujeres que en la de los hombres y las expone a un riesgo mayor de soportar consecuencias negativas (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Eguiguren, 2004; Flores et al., 2009).

Los cuidadores de pacientes con demencias están sometidos a esfuerzos físicos y psíquicos que pueden generar diversas consecuencias como somatizaciones, cefaleas, agotamiento, descuido de la imagen personal, abandono ocupacional (Muñoz, Arancibia & Paredes, 1999), entre otras, asociadas al esfuerzo y a las percepciones negativas del cuidador (Badia, 2004; García, Mateo & Gutiérrez, 1999); sin embargo, suelen ser más frecuentes las afecciones psíquicas que se manifiestan en forma de síntomas nerviosos (Fraga, 2006), depresión y distanciamiento emocional con el paciente, lo que conduce al empeoramiento de la calidad de vida del cuidador afectando sus relaciones sociales, amistades, intimidad y la libertad misma (Atarso, Goñi & Gómez, 2001; Llibre, 2002). Esta situación se vuelve más compleja puesto que, para los próximos años, se espera un aumento del número de cuidadores. De allí que en la actualidad se tienda a identificar tempranamente manifestaciones disfuncionales en la salud del cuidador que alerten sobre su futuro físico y psicológico (Chartrand & Arias, 2008), producto de la sobrecarga generada por el cuidado.

La provisión de cuidados para un paciente con demencia comporta una serie de exigencias físicas, mentales, emocionales, sociales y económicas; además, representa un desafío para los cuidadores debido al deterioro cognitivo, conductual y afectivo, así como al detrimento progresivo de la funcionalidad que exhibe el paciente (Hubbell & Hubbell, 2002). Tales condiciones hacen que las personas que cuidan a un paciente con demencia se vean expuestas a alteraciones psicológicas y emocionales, siendo muy frecuente, entre estas, la depresión. Según

el National Institute of Mental Health (2001), algunos cuidadores primarios suelen presentar un estado de tristeza de intensidad baja durante varios meses, mientras que otros experimentan cambios repentinos de su estado anímico. En Colombia, buena parte de los estudios se han desarrollado con cuidadores de pacientes con diversas alteraciones mentales como el trastorno afectivo bipolar (Palacios-Espinoza & Jiménez-Solanilla, 2005) o algunas enfermedades crónicas (Vega, Mendoza, Ureña & Villamil, 2008). De igual modo, se han reportado relaciones significativas entre las manifestaciones de sobrecarga del cuidador y la presencia de depresión en cuidadores de ancianos dependientes (Ocampo et al., 2007). Sin embargo, resultados más precisos en cuidadores de pacientes con demencia son menos frecuentes; resaltan los hallazgos de un estudio realizado en Bogotá con 73 cuidadores familiares (Arango-Lasprilla, Moreno, Rogers & Francis, 2009) entre quienes la presencia de manifestaciones depresivas y de sobrecarga por el cuidado se relacionó significativamente con los problemas de tipo emocional que expresaban los pacientes con demencia; igual situación se identificó con las problemáticas cognitivas y comportamentales de los pacientes que también se asociaron a la depresión y al estrés en los cuidadores.

Por su parte, en Estados Unidos, Covinsky et al. (2003), en una muestra de 5627 cuidadores de pacientes con demencia, reportaron que el 32% de los individuos presentaba depresión, siendo mucho más frecuente entre los cuidadores más jóvenes (alrededor de los 65 años), de procedencia hispana y con menor nivel de formación educativa; estos autores muestran el desarrollo de la depresión en los cuidadores como un proceso complejo, ligado a las características culturales e individuales de los cuidadores, así como a las características personales del paciente. Estos datos coinciden con lo descrito por otros estudios en los que también se han identificado relaciones significativas entre el

padecimiento de depresión y el nivel de intensidad del desgaste producido por el cuidado del paciente con demencia (Takai et al., 2009).

En general, los estudios demuestran una estrecha relación entre las manifestaciones de depresión y la tarea de cuidado desempeñada cuando se trata de pacientes con enfermedades demenciales. Mahoney, Regan, Ktona y Livingston (2005) estudiaron una muestra de 153 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, entre quienes hallaron que el 10.5% presentaba depresión; asimismo, reportaron su salud como mala y expresaron pobreza en sus relaciones sociales. Los resultados de este estudio revelaron una importante relación entre la tarea de cuidar, la depresión y otras alteraciones emocionales como la ansiedad, así como la forma en que la pobreza de las relaciones tiene efectos importantes sobre la salud mental del cuidador.

Otras investigaciones han mostrado promedios más elevados de depresión entre cuidadores de pacientes con demencia en comparación con los datos de Mahoney et al. (2005); Papastavrou et al. (2007) señalan la presencia de la alteración en el 65% de los evaluados en un estudio desarrollado con 172 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer entre el 2004 y el 2005. En este estudio sobresale además el interés por identificar la función de los estilos particulares de afrontamiento frente a las exigencias del cuidado y el reconocimiento de que los individuos con mayor nivel de sobrecarga emplean estrategias centradas en la emoción ante los eventos estresantes, mientras que quienes tienen menor nivel de sobrecarga se centran más en el problema.

Precisamente, una de las formas más equilibradas y funcionales para afrontar las condiciones adversas que plantea la labor del cuidado radica en la adquisición de habilidades adecuadas para el cumplimiento de rol de cuidador. Gaut (1996) señala que existen elementos importantes para la entrega del cuidado como el conocimiento de las necesidades de asistencia y la franca intención de cuidar. Nkongho (1990), por su parte, plantea

la habilidad del cuidado como la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, y asume que las habilidades esenciales del cuidado son el *conocimiento*, el *valor* y la *paciencia*. Para el caso del *conocimiento*, sobresalen características como el predominio de sentimientos positivos, así como una actitud favorable por brindar atención y protección al paciente; el *valor* se caracteriza por la presencia de una sensación de preocupación al saber que alguien depende de su cuidado al igual que la sensación de arresto para enfrentarse a lo desconocido. En la habilidad *paciencia* sobresale la predisposición a apoyar al paciente de forma empática (Berdejo & Parra, 2008).

Entre tanto, Pinto y Sánchez (2003) señalan que para asumir tareas de cuidado se necesita desarrollar habilidades complejas que implican por lo general la toma de decisiones; sin embargo, no siempre los cuidadores cuentan con ellas. Vega et al. (2008) desarrollaron un estudio con 40 cuidadores de ambos sexos, encargados de cuidar a pacientes con diferentes enfermedades crónicas en un centro de rehabilitación de la ciudad de Cúcuta (Colombia). Los individuos fueron evaluados con el *Caring Ability Inventory* (CAI) en dos momentos. La primera medición se realizó al momento de su ingreso al estudio y posteriormente se repitió la medición tras participar en un programa educativo en habilidad del cuidado. Los resultados iniciales indicaron que el 72.5% de los participantes presentaron un nivel deficiente de habilidades, y el 70% no contaba con los conocimientos adecuados, y el 65% poseían niveles deficientes de paciencia y de valor respectivamente. Tras el programa educativo, se presentó un aumento importante de la habilidad de valor, mientras que el aumento de las otras habilidades fue moderado, lo cual se explica, de acuerdo con los autores, en función del bajo nivel educativo de la muestra. Estos resultados permiten observar un nivel general de rendimiento reducido en los cuidadores en relación con las habilidades mínimas requeridas para esta actividad.

Otros estudios han comparado las habilidades de cuidadores colombianos frente a las de personas de otros países. Un estudio desarrollado con cuidadores de Argentina, Colombia y Guatemala aplicando el CAI (Barrera, Blanco, et al., 2006) permitió identificar resultados similares en los tres grupos de acuerdo con las habilidades estudiadas, en los que sobresale un rendimiento significativamente menor al esperado en cuidadores que ejercen esta tarea con regularidad y durante un tiempo prolongado; solamente una cuarta parte de los participantes del estudio (entre el 26 y el 32%) obtuvo un rendimiento óptimo en las habilidades requeridas para cuidar, mientras que, en el resto de los casos, la falta de habilidades señalan posibilidad de crisis personales, ausencia de apoyo y percepciones negativas sobre sus habilidades para cuidar (Barrera, Blanco, et al., 2006).

Un estudio llevado a cabo en Bogotá con 90 cuidadores de pacientes con diferentes enfermedades crónicas (fibrosis quística, diabetes mellitus tipo I, cáncer, problemas de origen degenerativo, neurológico, músculo esquelético, cardiovascular, etc.) (Barrera, Pinto & Sánchez, 2006b) identificó que, en la habilidad de cuidado general y por componentes, el 71.12% de los casos presentaba un nivel deficiente de habilidades; el conocimiento fue deficiente en el 66.67% de los casos, el valor en el 71.12% y el componente paciencia mostró un 67.77% de bajo rendimiento. Estos resultados refuerzan la evidencia de que la mayoría de los cuidadores cumplen este rol sin contar con la competencia suficiente para el desempeño óptimo, pese a tener un tiempo prolongado de experiencia en el cumplimiento de esta función.

En congruencia con lo anterior, también en Colombia, Berdejo y Parra (2008) identificaron en cuidadores de pacientes neurológicos que, a pesar de desarrollar la actividad de cuidado durante un periodo de tiempo largo y de tener relación familiar con los pacientes, no habían alcanzado las condiciones apropiadas para ejercer la actividad.

Otros estudios con cuidadores de pacientes con discapacidad reportan una abrumadora mayoría de individuos sin las habilidades mínimas para ejercer el cuidado, lo que afecta tanto su capacidad de adaptación a las condiciones del rol como el compromiso con el nivel de funcionalidad del receptor del cuidado (Vega et al., 2008).

Según Badia (2004), al tener que enfrentar esta nueva situación, los cuidadores en sus vidas suelen presentar episodios de angustia, depresión, culpabilidad y desesperación que afectan su estado de ánimo. Con frecuencia, las preocupaciones, el desgaste emocional y los estados anímicos bajos se asocian a un reducido nivel de habilidades para el cumplimiento de esta actividad, de allí la necesidad de formular estudios dirigidos a evaluar y comprender el nivel de relación existente entre ambos constructos. Como se ve en los estudios anteriormente citados, hasta la fecha, algunas investigaciones han centrado su interés en los efectos negativos del cuidado haciendo énfasis en la depresión, mientras que otras se han enfocado en la identificación de las habilidades que los cuidadores poseen. Sin embargo, los reportes acerca de la relación específica entre estas variables son escasos, de manera que su estudio constituye un eje de análisis que puede ofrecer aportes significativos para la caracterización y comprensión del fenómeno, así como para la definición de estrategias dirigidas a la intervención de las problemáticas del cuidador y al mejoramiento de sus habilidades para cuidar.

Este aspecto resulta de mucha relevancia en la medida en que son pocos los reportes en Colombia de programas dirigidos a orientar a los cuidadores en habilidades para su desempeño. De hecho, según Vega et al. (2008), en el país no existen estudios científicos que verifiquen la efectividad de dichos programas, de tal manera que los resultados obtenidos en este estudio pueden entrar a engrosar las evidencias científicas que sustentan la creación de programas adecuadamente estructurados y funcionales.

En resumen, el estudio de las habilidades del cuidado constituye un aporte significativo en la comprensión de los recursos individuales que se requieren para el afrontamiento de los efectos adversos del cuidado, así como para la intervención de estos, de allí la importancia de entender la relación que puede existir entre tales habilidades y las manifestaciones de depresión en cuidadores. Esta es justamente la propuesta metodológica y conceptual del presente estudio, cuyo objetivo consiste en identificar si existe relación entre las habilidades para el cuidado (entendidas en términos de conocimiento, paciencia y valor) y los niveles de depresión en una muestra de cuidadores de pacientes con demencia.

Método

Participantes

El diseño empleado en este estudio fue de tipo correlacional con corte transversal y enfoque cuantitativo. En este, la muestra la representaron cuidadores de pacientes con demencias residentes en la ciudad de Montería (Costa Caribe, Colombia), seleccionados mediante muestreo experto entre aquellos individuos previamente identificados y ubicados como cuidadores por un grupo de clínicos neurólogos. Inicialmente se contó con un total de 40 cuidadores residentes en Montería, todos ellos identificados mediante consulta neurológica y posteriormente remitidos a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Sinú de Montería, donde se contactaron tras la previa aceptación de los cuidadores mediante informe establecido con el neurólogo. De los cuidadores, 13 fueron seleccionados por consulta neurológica privada, 9 fueron contactados directamente en sus residencias y 18 seleccionados en un centro hospitalario de la ciudad; posteriormente se realizaron visitas domiciliarias a todos ellos. Del total de cuidadores, 5 fueron descartados por tener su residencia en zona rural o haber salido de la ciudad, y 3 no

contaban con los criterios establecidos para ser parte de la muestra.

Los participantes eran adultos que cumplían la función de cuidador de un paciente con demencia bajo los siguientes criterios establecidos según el juicio de los neurólogos que asesoraron la selección de la muestra: se consideró como cuidador a aquella persona (familiar, amigo, conocido) que cuidara por lo menos tres cuartas partes del día al paciente durante al menos cuatro días en la semana y que, además, tuviera un mínimo de ocho semanas dedicadas a la asistencia del enfermo. Se excluyeron aquellos cuidadores ubicados en residencias rurales.

Finalmente, la muestra quedó conformada por 32 cuidadores, la mayoría de ellos mujeres (87.5%), y en menor medida, hombres (12.5%). El mayor número de participantes se concentró en los estratos socioeconómicos bajos y contaban además con un reducido nivel de formación (Tabla 1). 12.5% de los evaluados eran solteros, 15.6% separados, mientras que el 68.6% sostenían algún tipo de relación conyugal (3.1% n=1, no reportó su condición civil), así mismo, 90.6% reportó tener hijos. En su mayoría, eran familiares del paciente (96.9%), especialmente sus hijos o conyugues, y, en promedio, atraviesan por la cuarta década de la vida.

Instrumentos

Los niveles de habilidad del cuidado se midieron con el *Caring Ability Inventory* (CAI) de Nkongho (1990), el cual ha sido aplicado en Colombia en diversas oportunidades y ha mostrado adecuados niveles de validez (.80) y confiabilidad (.84) (Barrera et al., 2006b). Consta de 37 ítems y mide tres escalas denominadas *conocimiento* (14 ítems), *valor* (13 ítems) y *paciencia* (10 ítems). Según su nivel de intensidad, permite clasificar las habilidades de cuidado en alto, medio y bajo. En el presente estudio, el CAI obtuvo un alfa de Cronbach de .80, mientras que el valor para los elementos tipificados fue de .85, con valores que oscilaron entre .79 y .82 en el análisis

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Variables	\bar{X}	DE
Edad	46.78	11.63
Edad paciente	74.56	9.38
Meses de ser cuidador	38.31	17.99
	<i>f</i>	%
Tiene hijos	29	90.6
Estrato social		
Uno	19	59.4
Dos	8	25
Tres	3	9.4
Seis	1	3.1
Sistema	1	3.1
Educación		
Sin formación	5	15.6
Primaria incompleta	9	28.1
Primaria completa	6	18.8
Bachillerato incompleto	6	18.8
Bachillerato completo	1	3.1
Técnico/ tecnólogo	2	6.25
Universitario	2	6.25
Sistema	1	3.1
Ocupación		
Hogar	22	68.8
Independiente	5	15.6
Maestro	2	6.3
Asesor de créditos	1	3.1
Modista	1	3.1
Pensionado	1	3.1
Relación		
Padre/madre	18	56.3
Cónyugue	5	15.6
Tío(a)	4	12.5
Hermano(a)	9.4	3
Yerno	1	3.1

por supresión de elementos, demostrando, en general, un buen nivel de confiabilidad.

Las manifestaciones de depresión se identificaron mediante la aplicación del *Inventario de depresión Beck* (BDI por su traducción en inglés) en su versión de 21 ítems, por ser la de más extenso uso y validación en múltiples contextos y países. El BDI clasifica las respuestas mediante

una escala tipo Likert de cuatro opciones cuyas puntuaciones van de 0 a 3 (sí, a veces, rara vez, no). Este inventario permite clasificar las manifestaciones de depresión en una escala ordinal según el nivel de intensidad de los síntomas reportados en *depresión ausente, leve, moderada y grave*. El instrumento ha ofrecido un nivel adecuado de consistencia interna (alfa de Cronbach .76 - .95) y la fiabilidad oscila alrededor de $r = .80$, y es empleado en un amplio número de investigaciones internacionales, así como en el contexto colombiano tanto en poblaciones clínicas como en no clínicas (Chacón, Muñoz, Rivas & Miranda, 2007). En el presente estudio, el valor alfa del inventario fue de .86.

Procedimiento

El protocolo de investigación fue previamente revisado y aprobado por el comité de investigaciones del programa de Psicología de la Universidad del Sinú, y posteriormente se procedió a la selección de la muestra. La selección de los cuidadores se realizó con la ubicación de sus domicilios mediante el sistema de información de un grupo de expertos en neurología, ellos previamente concertaron con los cuidadores el desarrollo de la visita por parte de los investigadores, quienes hicieron el muestreo mediante estrategia puerta a puerta con el fin de evaluar a los cuidadores en su contexto cotidiano. Los participantes fueron informados de los propósitos del estudio y posteriormente se firmó el consentimiento bajo los criterios de participación voluntaria, ausencia de riesgo físico, social o moral y respeto por la intimidad personal y familiar. Una vez concretada la visita y obtenido el consentimiento, se procedió a aplicar el CAI y BDI mediante entrevista semiestructurada desarrollada por dos psicólogas y un magíster en psicología, con el fin de tener mayor control sobre las respuestas ofrecidas por el evaluado y dar una clara explicación de los ítems para aquellos cuidadores con bajo nivel de formación; asimismo, se recogieron sus datos demográficos en

una historia clínica diseñada para tal fin que se administró junto con los instrumentos.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el SPSS 18.0 Statistics aplicando el coeficiente de correlación de Pearson entre las características socio-demográficas, los índices de depresión y los niveles de habilidad para el cuidado, tomando los valores obtenidos en cada dimensión. Asimismo, se construyó un modelo de regresión lineal mediante el método de pasos sucesivos tomando como variable dependiente el *Nivel de depresión* de acuerdo con los valores obtenidos en cada una de las categorías dadas por el BDI (leve, moderada y grave), mientras que como independientes se emplearon las características demográficas de los cuidadores y las puntuaciones de cada habilidad medida por el CAI. La introducción y eliminación de variables se realizó mediante el método de pasos utilizando la probabilidad de F como criterio (para entrar .050, para salir .100) y el ajuste al modelo se calculó con el R^2 y el cambio en R cuadrado para el valor poblacional, mientras que las pruebas de hipótesis se desarrollaron con los valores del ANOVA y la t de Student ofrecidas por el modelo.

Resultados

Niveles de habilidades para el cuidado

Los valores obtenidos en el cuestionario de habilidades para el cuidado oscilaron entre 90 y 134 ($\bar{x} = 110.66$, $DE = 11.20$) y se hallaron, en general, niveles favorables de habilidades entre la muestra, puesto que 56.3% presentó un *nivel medio* mientras que 43.8% obtuvo un *nivel alto* sin que se reportaran bajos niveles de habilidades a nivel global. Sin embargo, al considerar los valores individuales de cada habilidad (conocimiento, valor y paciencia) se hallaron puntuaciones que reportaban niveles bajos en algunas de ellas. Para el caso del conocimiento ($\bar{x} = 45.44$, $DE = 5.13$), el 75% de los evaluados

presentaron un nivel alto y el 25% un nivel medio. En la habilidad *valor* ($\bar{x} = 32.69$, $DE = 5.42$) predominó el nivel medio (84.4%), mientras que 9.4% presentó un nivel de valor alto y 6.3% presentó un rendimiento bajo, datos similares a los obtenidos en la habilidad *paciencia* ($\bar{x} = 32.84$, $DE = 4.50$), que muestran mayor presencia de niveles alto (71.9%) y moderado (25%) y menor identificación de bajos niveles (3.1%).

Niveles de depresión según su intensidad

La medición de depresión permitió identificar promedios elevados de síntomas depresivos entre los cuidadores evaluados, pese a que estos presentan un buen nivel de habilidad para el cuidado. El 53.1% de ellos no presenta manifestaciones depresivas, mientras que el restante 46.9% presentó diferentes niveles de depresión, siendo el más frecuente la *depresión leve* (34.4%), seguida de la *depresión moderada* (12.5%), mientras que no se reportaron casos de *depresión grave*.

Entre las manifestaciones depresivas halladas en la muestra sobresalen síntomas de intensidad leve de *insatisfacción* (50%), *irritabilidad* (50%), *fatigabilidad* (46.9%) y *preocupaciones somáticas* (68.7%). El síntoma de mayor nivel de gravedad es el *bajo nivel de energía* (25% en intensidad severa).

Habilidad para el cuidado, niveles de depresión y características demográficas

Con el propósito de lograr un análisis pormenorizado de los datos, se realizó el cruce de las variables demográficas con las habilidades para el cuidado y el nivel de depresión. Las correlaciones halladas señalan valores negativos significativos a nivel estadístico entre el número de hijos y el nivel de habilidades generales para el cuidado ($r = -.37$, $p < .05$), así como una correlación significativa entre el número de hijos y el nivel del *valor* ($r = -.52$, $p < .01$).

Un resultado particular se presenta con relación al *tiempo* que llevan dedicados a la labor de cuidador y a los conocimientos de dicha

tarea; los individuos con más tiempo como cuidadores son los que presentan menor nivel de conocimientos ($r = -.39$, $p < .05$), lo cual es un resultado paradójico.

Frente a la depresión, se identificó que los cuidadores con más tendencia a presentar manifestaciones anímicas negativas son aquellos con un *bajo nivel de escolaridad* ($r = -.39$, $p < .05$) y que, en correspondencia con ello, muestran un *bajo nivel ocupacional* ($r = -.42$, $p < .05$), donde el cuidado es la actividad que consume gran parte de su tiempo. Igualmente, se identificó correlación inversa significativa entre el tiempo de ser cuidador y las manifestaciones de depresión ($r = -.40$, $p < .05$); precisamente, los cuidadores con menor tiempo en esta actividad son quienes expresan más tendencia a mostrar síntomas depresivos. Otras variables como género, edad del cuidador y del paciente, estado civil y condición socioeconómica no mostraron relaciones significativas con la depresión ni con las habilidades para el cuidado.

Con el propósito de obtener hallazgos que expresaran con mayor claridad la relación entre habilidades para el cuidado y depresión, se realizó un análisis de regresión lineal con el método de pasos sucesivos empleando el nivel de depresión como variable dependiente. En el modelo se incluyeron todas las variables demográficas para observar su interacción con las habilidades para el cuidado y calcular las relaciones expresadas con la depresión en los cuidadores.

El método de pasos identificó dos modelos: el primero de ellos introdujo la variable *nivel de conocimientos*, y el segundo, la interacción entre las variables *nivel de conocimientos* y *nivel de escolaridad*. En el modelo de regresión se observa que para el primer paso (*Modelo 1*) el valor de R^2 es .217, y el contraste de la hipótesis ($R^2_{cambio} = 0$) permitió identificar que la proporción de la varianza explicada por la variable *nivel de conocimientos* es significativamente distinta de cero ($F = 7.49$, $p = .011$).

En el segundo paso (*Modelo 2*), el valor de R^2 aumenta a .36 mientras que el estadístico F obtuvo un valor significativo ($F= 5.68, p = .025$), por lo cual se rechaza la hipótesis de que el valor poblacional de R^2_{cambio} es cero (o). El segundo paso implica un incremento del 14% del valor R^2 del modelo, siendo un aumento importante para una muestra pequeña. Además, el nivel crítico del estadístico que es altamente significativo permite afirmar que la variable *nivel de escolaridad* (incluida en el segundo paso) contribuye a la explicación de la variación de la dependiente (nivel de depresión). En resumen, las dos variables consideradas conjuntamente logran explicar el 35% ($R^2 = .36$) de la variabilidad observada en la depresión.

Los coeficientes de correlación parcial con sus correcciones tipificadas (Beta) aparecen en la Tabla 2, en la cual se observa que el valor de la prueba t para ambos pasos es significativo ($p < .05$), siendo el *nivel de conocimientos* la variable de mayor importancia relativa dentro de la ecuación de regresión ($\beta = .466$).

En resumen, en el modelo de regresión lineal, las variables que expresaron un poder de interacción más elevado fueron el *nivel de escolaridad* y el *nivel de conocimientos* como variables que cumplen un rol importante en la explicación de varianza de la depresión, mientras que las restantes no mostraron relaciones significativas. De estos datos, resulta interesante identificar en la muestra que, entre mayor es el conocimiento, mayor es la tendencia a la depresión.

Discusión

El estudio aquí presentado se centró en el análisis de efectos del cuidado sobre el rendimiento del estado anímico de cuidadores de pacientes con demencia, asumiendo como una variable importante las habilidades generales con que los individuos cuentan para el cumplimiento de una función de ayuda.

Inicialmente destaca en los resultados de nuestro estudio la corroboración del patrón tipológico o perfil del cuidador reportado por otros autores (Atarso, 2003; Öhman, 2004), al identificar un predominio de mujeres que cumplen esta función; además, se trata de personas con un bajo nivel de formación académica, dedicadas a las labores del hogar y regularmente con relación paternofamiliar con el paciente, lo cual se ajusta completamente a la descripción de Barbarro, Garrido, Díaz, Casquero y Riera (2004), quienes encontraron un perfil muy similar en una muestra más amplia (173 sujetos). El perfil del paciente, por su parte, también corresponde al descrito por otros estudios, al tratarse de un individuo con edad aproximada de 70 años (para nuestro estudio fue de 74) y con algún grado de dependencia o disfuncionalidad (Moral, Ortega, López & Pellicer, 2003).

Considerando el constructo de forma general, las habilidades para el cuidado identificadas en la muestra obtuvieron puntuaciones significativamente altas; por su parte, en el análisis individual por cada habilidad (conocimiento, valor y paciencia) se registraron pocos valores que

Tabla 2. Coeficientes de correlación identificados en el modelo

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
		B	Error típico	Beta	t	p
1	(Constante)	.62	.36		1.71	.099
	Nivel conocimiento	.76	.28	.47	2.74	.011
2	(Constante)	124	.42		2.93	.007
	Nivel conocimiento	.65	.28	.39	2.41	.023
	Nivel de escolaridad	-.16	.07	-.38	-2.38	.025

señalaban un bajo nivel de habilidad para los indicadores de valor y paciencia, lo cual indica en general un buen nivel de rendimiento. Los altos promedios de habilidades para el cuidado no son un fenómeno común, por lo cual constituyen un hallazgo que contrasta con los reportes de otros estudios (Berdejo & Parra, 2008) en los que el panorama ha sido mucho más desalentador.

Frente a esto debe considerarse la importancia que puede ejercer la relación construida por el cuidador con el paciente, en especial cuando se experimenta un vínculo familiar, puesto que el sentimiento de afecto contribuye al fortalecimiento del bienestar de las personas enfermas y de sus cuidadores (Sánchez, 2001; Barrera, Galvis et al., 2006), lo que lleva a una mejor respuesta relacionada con la atención de los familiares enfermos; asimismo, aspectos diversos como la disposición individual por servir, la actitud favorable hacia el paciente y la percepción de utilidad parecen contar con un rol importante a la hora de generar habilidades para la atención de pacientes por parte del cuidador informal. Esto implica la necesidad de profundizar en esta línea de razonamiento para ofrecer hallazgos específicos que delimiten relaciones entre características individuales, culturales y emocionales con el óptimo rendimiento de habilidad para cuidar.

Por otra parte, las principales debilidades halladas en las habilidades para el cuidado se relacionan con las puntuaciones bajas reportadas en la categoría *valor*, las cuales parecen asociarse a la generación de sentimientos adversos entre los cuidadores, especialmente ligados a la preocupación por el estado del paciente que parece conducir a un sentimiento de temor por las situaciones que se desprendan de la enfermedad de este. Estas variables operan como indicadores de riesgo y larvariamente dibujan un efecto de los componentes cognitivos en la percepción individual que se tiene de las habilidades para el cuidado. Las demandas relacionadas con la atención del enfermo cobran parte del tiempo que el

cuidador pudiera dedicar a sus asuntos personales y sociales. El exceso de actividades de cuidado y la reducción de posibilidades ocupacionales, de integración y distracción son, en suma, un aspecto que representa un riesgo para el desarrollo de manifestaciones depresivas entre los cuidadores de pacientes con demencia.

Curiosamente, los niveles de habilidad, descritos en términos generales como buenos, coexisten con manifestaciones depresivas que oscilan en intensidad de leve a moderada; el National Institute of Mental Health (2001) ya ha descrito la existencia de un estado anímico reducido caracterizado por la presencia de tristeza leve y prolongada entre cuidadores. Otros investigadores (Dueñas et al., 2006) han identificado promedios elevados de manifestaciones depresivas entre los cuidadores que no suelen mostrar relaciones importantes con diversas variables demográficas y psicológicas; sin embargo, reconocen la importancia del desarrollo de sintomatología depresiva ligada a la labor de cuidado, lo cual afecta la salud mental de las personas dedicadas a la atención del enfermo. En el estudio aquí presentado, la habilidad para el cuidado de mayor asociación a los estados depresivos fue el conocimiento, el cual expresa relaciones interesantes y tiene un valor predictivo importante cuando interactúa con el nivel de formación de los cuidadores.

Entre tanto, los resultados de nuestro estudio son llamativos, dados los altos promedios de depresión identificados, los cuales se acercan a la mitad (46.9%) de los cuidadores sometidos a evaluación, dato que coincide con las descripciones de Badia (2004), quien asocia la depresión con la labor del cuidado. Estos datos superan las cifras reportadas por Mahoney et al. (2005), quienes identificaron 10.5% de depresión en cuidadores de pacientes con demencia; en cambio, los datos hallados en este estudio son más cercanos a los descritos por Papastavrou et al. (2007), para quienes los promedios de depresión fueron del 65%. La literatura señala promedios

de depresión en cuidadores de pacientes con demencia que oscilan en un margen variable, aunque está claro que la mayoría de los estudios suelen reconocer que se trata de un cuadro clínico frecuente en tales cuidadores. Esto implica la valoración de depresión como una prioridad para el reconocimiento del estado de la salud mental del cuidador, en especial porque esta afección es —al lado de la ansiedad— uno de los cuadros clínicos más subdiagnosticados en cuidadores (Dueñas et al., 2006).

Regularmente el cuidado es una actividad que asume un familiar cercano que no suele contar con la formación adecuada para dicha tarea. En nuestro estudio, este fenómeno se da con alta frecuencia y coincide con los datos de Moral et al. (2003) y Babarro et al. (2004). Entre aquellos individuos con menor formación educativa parece ser más frecuente la presencia de estados anímicos negativos, pero, curiosamente, esta relación también interactúa con un nivel alto de conocimientos de acuerdo con lo observado en el modelo de regresión. Parece ser que la interacción conocimientos-nivel académico plantea una relación importante en la explicación del surgimiento de síntomas depresivos. Podría pensarse que contar con los conocimientos necesarios para el cuidado no es un garante de rendimiento funcional ni de protección ante la depresión, para ello se requeriría contar con un nivel apropiado de formación o instrucción educativa que contribuyera a un manejo más reflexivo de las exigencias que plantea el cuidado. Estos hallazgos llevan a suponer que la escasa formación educativa del cuidador podría relacionarse con una disminución de las posibilidades psicológicas de adaptación y afrontamiento ante las condiciones que representan crisis, dado que los individuos verían reducidos sus recursos para la planificación y toma de decisiones, lo que afectaría el rendimiento general en el cuidado. Esta condición podría asociarse a expectativas negativas del cuidador acerca de su propio funcionamiento en la atención del

paciente, lo que, consecuentemente, afectaría su rendimiento anímico y lo llevaría a manifestar los síntomas depresivos.

Otra posible explicación a este fenómeno consiste en el efecto que parece tener el tiempo dedicado a la labor del cuidado y su interacción con los conocimientos. Como se ha dicho, el análisis correlacional ha permitido observar que los cuidadores con mayor propensión a expresar estados anímicos negativos son quienes tienen más conocimientos y quienes además cuentan con menos tiempo de ser cuidadores (cuidadores noveles), mientras que aquellos que tienen mayor experiencia presentan bajo nivel de respuesta depresiva a la par que un menor rendimiento en la habilidad de conocimientos. Estos hallazgos plantean retos teóricos importantes, pues hacen suponer que el surgimiento de manifestaciones depresivas es un fenómeno ligado a los periodos iniciales del cuidado, en los cuales son más frecuentes los temores y las dudas relacionadas con el desempeño personal, la evolución del paciente y los efectos posteriores sobre la vida social e individual del cuidador, mientras que en los individuos que ya han desarrollado el rol de cuidadores durante periodos de tiempo prolongados parece existir una mayor habituación a las condiciones de vida y una consecuente reducción de las preocupaciones, inquietudes y dudas que podrían cursar con síntomas depresivos. La relación entre ambas variables plantea futuras líneas de estudio necesarias para profundizar en el análisis de sus resultados, definiendo interacciones precisas que permitan identificar efectos puntuales de las habilidades para cuidar sobre el estado anímico de los cuidadores, así como el rol que cumple el tiempo desempeñado en esta tarea.

Por otra parte, el número de hijos de los cuidadores aparece asociado inversamente con el valor, lo cual indica que esta habilidad es más elevada entre los cuidadores que tienen menos hijos, mientras que aquellos individuos con una descendencia más amplia deben responder a un

margen mayor de exigencias y demandas, lo que contribuye a una experiencia de desgaste más pronunciada y a la reducción de la sensación de capacidad para afrontar los retos que la enfermedad del paciente plantea.

Ahora bien, el estudio desarrollado se centró en variables de atributo relacionadas con el rendimiento o desempeño general de los cuidadores, asumiendo posibles relaciones con determinadas características demográficas de los participantes; sin embargo, no se consideraron otras variables como el estado de salud física y emocional, los estresores del cuidado, los factores económicos, el funcionamiento familiar, los antecedentes de depresión en la muestra antes de ejercer el rol de cuidadores, entre otros aspectos dirigidos a identificar el estado general de bienestar, salud o rendimiento psicológico de los participantes (Moreno et al., 2004), de allí que se reconozcan las limitaciones de los resultados obtenidos, que, a su vez, se ligan a un tamaño muestral pequeño, de ahí que los resultados no sean fácilmente generalizables a otros grupos de cuidadores con demencia en consideración a las características demográficas y los criterios de selección empleados en este estudio.

Asimismo, el registro de respuestas depresivas y de las habilidades del cuidado obedeció al autorreporte de los participantes, en lo cual puede existir un sesgo en las respuestas, donde el individuo con depresión percibe peor sus habilidades; por ello se requieren nuevas propuestas en donde la medición de las variables permita clarificar esta relación. En este sentido, no nos está ampliamente permitido afirmar la contundencia de los resultados al excluir otros componentes psicológicos, contextuales y culturales que pueden asociarse al fenómeno; sin embargo, resulta innegable el poder de relación hallado entre el conocimiento, el tiempo de ser cuidador y el nivel de formación —que, a todas luces, demostró ser significativa—, y la interacción que estos

cumplen para la explicación de las variaciones en los niveles de depresión en la muestra.

La relevancia de nuestros hallazgos recae en la obtención de valores que llevan a reformular la manera como se aborda al cuidador del paciente con demencia, así como en el reconocimiento del efecto de las habilidades con que los cuidadores cuentan frente al desarrollo de manifestaciones depresivas. Socialmente, el mayor interés ha recaído en la salud del enfermo, mientras que los cuidadores solo hasta hace poco han sido asumidos como parte esencial del proceso de afrontamiento de la enfermedad y conservación de la salud; sin embargo, los efectos del cuidado han conducido a los investigadores a preguntarse ¿quién cuida al cuidador? Desde nuestros resultados se resalta la necesidad de ofrecer atenciones integrales y pertinentes para las personas encargadas del cuidado de pacientes con demencia —así como cuidadores en general—, aprovechando el conocimiento que se obtenga de las habilidades y dificultades de cada sujeto, con el fin de articular desde ese conocimiento planes de intervención dirigidos a sus necesidades y no construidos desde la abstracción teórica de lo que se supone es el desgaste del cuidador.

Estudios como el aquí desarrollado apoyan la idea de estructurar programas de intervención que se centren en las fortalezas del cuidador más que en la problemática de su salud, pasando así del enfoque en lo negativo para centrarse en los aspectos protectores para la salud mental y psicológica. Los cuidados para el cuidador deben incluir desde aspectos económicos hasta el fortalecimiento de las redes de integración social y de obtención de medios de apoyo emocional en las propias familias (Cazenave, Ferrer, Castro & Cuevas, 2005; Molina, Iáñez & Iáñez, 2005), lo cual puede ejercer efectos positivos sobre la salud general del cuidador, así como contribuir con la reducción de los costes del cuidado informal (Cazenave et al., 2005).

Referencias

- Arango-Lasprilla, J. C., Moreno, A., Rogers, H. & Francis, K. (2009). The effect of dementia patient's physical, cognitive, and emotional/ behavioral problems on caregiver well-being: findings from a Spanish-speaking sample from Colombia, South America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24, 384-395.
- Atarso, B. (2003). Cuidados informales en la demencia. Predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española Geriatria Gerontología*, 38, 212-218.
- Atarso, B., Goñi, A. & Gómez, A. R. (2001). Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Diagnóstico Psicogeriátrico en Navarra. *Revista Geriatrika*, 17 (2), 39-43.
- Badia, X. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4 (2), 170-177.
- Babarro, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. & Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33, 61-66.
- Barrera, L., Pinto, N. & Sánchez, B. (2006a). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23 (1), 36-46.
- Barrera, L., Pinto, N. & Sánchez, B. (2006b). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros. *Actualizaciones en Enfermería*, 9 (2), 9-13
- Barrera, L., Blanco, L., Figueroa, P., Pinto, N. & Sánchez, B. (2006). Habilidades de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. *Aquichán*, 6 (1), 22-33.
- Barrera, L., Galvis, C., Moreno, M., Pinto, N., Pinzón, M., Romero, E. & Sánchez, B. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (1), 36-46.
- Berdejo, F. & Parra, A. (2008). *Nivel de habilidad del cuidado de los cuidadores informales de pacientes con alteración neurológica*. Tesis de pregrado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cazenave, A., Ferrer, X., Castro, S. & Cuevas, S. (2005). El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud. *Revista Chilena de Infectología*, 22 (1), 51-57.
- Chacón, V., Muñoz, C., Rivas, J. & Miranda, C. (2007). Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1), 31-40.
- Chartrand, A. & Arias, F. (2008). Deterioro psicopatológico del cuidador crucial ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. Recuperado el 26 de enero del 2010, de <http://www.16deabril.sld.cu/rev/235/02.pd>.
- Covinsky, K., Newcomber, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1006-1014.
- Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. & Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37 (Suppl. 1), 31-38.
- Flores, Y. G., Hinton, L., Barker, J. C., Franz, C. E. & Velasquez, A. (2009). Beyond Familism: A Case Study of the Ethics of Care of a Latina Caregiver of an Elderly Parent With Dementia. *Health Care for Women International*, 30, 1055-1072.
- Fraga, A. (2006). Descenso de la fecundidad en Cuba. De la primer a la segunda transición demográfica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (1), 2-6.
- García, M., Mateo, I. & Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I. & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 132-139.

- Gaut, D. (1996). *Comprendiendo el significado de la enfermedad crónica. Un prerrequisito para cuidar*. A global agenda for caring. National league for nursing Press New York.
- Hubbell, L. & Hubbell, K. (2002). The burnout risk for male caregivers in providing care to spouses afflicted with Alzheimer's disease. *Journal of Health and Human Services Administration*, 25, 115-132.
- Hunt, C. K. (2003). Concepts in caregiver research. *Journal Nursing Scholarship*, 35 (1), 27-32.
- Llibre, J. J. (2002). Estrategias de investigación en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 18 (4), 13-20.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801.
- Molina, J., Iáñez, M. & Iáñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador en enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15 (1), 33-43.
- Moral, M. S., Ortega, J., López, M. J. & Pellicer, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32, 77-83.
- Moreno, M., Náder, A. & López de Mesa, C. (2004). Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en Enfermería*, 22 (1), 27-38.
- Muñoz, L., Arancibia, S. & Paredes, L. (1999). La experiencia de los familiares cuidadores de pacientes que sufren Alzheimer. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 17 (2), 35-49.
- National Institute of Mental Health (2001). *Depression* (Publication n.º 00-3561). Bethesda, MD: Autor.
- Nkongho, N. (1990). The caring ability inventory. In O. Strickland & C. Waltz, *Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills* (pp. 3-16). New York: Springer Publishing.
- Ocampo, J. M., Herrera, J. A., Torres, P., Rodríguez, J. A., Lobo, L. & García, C. A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38 (1), 40-46.
- Ochoa, I., Espina, A. & Ortego, M. A. (2006). Un estudio sobre personalidad, ansiedad y depresión en padres de pacientes con un trastorno alimentario. *Revista Clínica y Salud*, 17 (2), 51-170.
- Öhman, M. (2004). Las experiencias de los familiares cercanos que viven con una persona con enfermedad crónica grave. *Revista Qualitative Health Research*, 14, 396-410.
- Palacios-Espinoza, X. & Jiménez-Solanilla, K. (2005). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 26 (2), 195-210.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (5), 446-457.
- Pearlin L. I. (1991). The careers of caregivers. *Gerontologist*, 32, 647-652.
- Pinto, N. & Sánchez, B. (2003). *El reto de los cuidadores, familias de personas en situación crónica de enfermedad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, B. (2001). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación crónica de enfermedad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19 (2), 36-51.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., Oishi, S. & Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, e1-e5.
- Vega, O. M., Mendoza, M., Ureña, M. & Villamil, W. (2008). Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5 (1), 5-19
- Zarit, S. H., Cheri, A. & Boutselis, M. (1996). Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychology of Aging*, 2, 225-232.