

La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer

M^a Vicenta Roig, M^a Carmen Abengózar* y Emilia Serra

Universidad de Valencia

Resumen: El presente estudio mide la sobrecarga experimentada por los principales cuidadores de enfermos de Alzheimer.

La muestra está compuesta de 52 sujetos de ambos sexos, con las siguientes características: sujetos a partir de 20 años de edad y sin límite superior, cuidadores principales de ancianos con demencia tipo Alzheimer, que convivían bajo el mismo techo cuidador-enfermo, compartían las actividades de la vida cotidiana. Por último, los ancianos dementes no debían estar institucionalizados.

Se controlaron las variables: edad, sexo, estado civil, nº de hijos, nivel de estudios, nivel económico, tipo de vínculo, tiempo de cuidado y el nivel de demencia (CAMDEX), así como las respuestas de los sujetos a un cuestionario sobre la Sobrecarga en Cuidadores de Ancianos con Demencia (SCAD).

Los resultados de este estudio indican que experimentaron mayor sobrecarga los cuidadores que son mujeres, mayores de 56 años, casadas, con un hijo, con nivel de estudios bajo-medio, de bajo nivel económico, que cuidan al enfermo alrededor de 10-12 años y que cuidan a enfermos en 3ª fase.

Palabras clave: Alzheimer, cuidadores, familia, sobrecarga.

Title: The burden in the primary caregivers of Alzheimer patients.

Abstract: This present study measures the burden experienced by the primary caregivers of Alzheimer patients.

The sample is composed of 52 subjects of both sexes who had the following characteristics: they were 20 years old or older (there was no upper age limit), primary caregivers of elderly Alzheimer patients, the caregiver lived in the same household as the patient, the caregiver and the patient performed their daily routine together. At last, the patients were not candidates for institutionalization.

The variables that were controlled were: age, sex, marital status, number of children, level of education, relation to the patient, time dedicated to the patient's care, and the stage of development of the dementia (CAMDEX), as soon as the subject's answers to a questionnaire dealing with the burden experienced by de caregivers of elderly patients suffering from dementia (SCAD).

The results of this study show that the caregivers who are women, 56 years old or older, married, with one child, with an average to low level of education, of low economic status, who have been caring for the patient for approximately 10-12 years and who care for patients who are in the third phase of disease experience the most burden.

Key words: Alzheimer, caregivers, family, burden.

1. Introducción

Antes de empezar a abordar los resultados obtenidos en el presente estudio, creemos conveniente definir y operacionalizar la figura del *cuidador principal* y el término "*Sobrecarga*", dentro de un marco teórico en el cual se tiene en cuenta a la familia que convive con un enfermo de Alzheimer.

Partimos desde la perspectiva de un enfoque sistémico para intentar entender qué tipo de relaciones e interacciones establece la familia en su conjunto, con el fin de estudiar e investigar a todas aquellas familias que tienen como denominador común el ocuparse del cuidado de una persona afectada por la demencia tipo Alzheimer.

Quisimos conocer cómo convive una familia, en la que hay algún enfermo de Alzheimer, cómo se re-

lacionan entre ellos, qué tipo de relación afectiva les une, de qué recursos dispone la familia, cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan ante cualquier problemática surgida en la situación de cuidado, etc. Si pudiésemos averiguar cuáles son las mejores formas para cuidar a una persona con demencia senil tipo Alzheimer, sería la "panacea" para las familias que tienen que cuidar las "36 horas al día" -como se titula el libro de Mace y Rabins (1991), en el que se refleja la realidad cotidiana de la mayoría de los "cuidadores" (sirva de guía para los familiares que tienen a su cargo un enfermo de Alzheimer)- de estos enfermos.

Los especialistas en la perspectiva familiar sistémica, entre ellos Rolland (1989) consideran que para entender cómo se comporta una familia es necesario investigar acerca de su historia pasada, en la que subyacen unos valores, creencias, mitos, crisis y una manera determinada de comunicarse tanto a nivel verbal como afectivo. Siguiendo esta argumentación, nos puede servir una técnica utilizada en terapia familiar, esto es, la construcción de un Genograma (Ochoa de Alda, 1995) mediante el cual podemos es-

* **Dirección para correspondencia:** M^a Carmen Abengózar. Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Avda. Blasco Ibáñez 21dup. 46010 Valencia (España). E-mail: Carmen.Abengozar@uv.es

tudiar el tipo de relaciones que establecen los miembros de una familia.

Según la A.F.A. (Asociación de Familiares de Alzheimer) (1994), el sistema familiar en su conjunto padece la enfermedad de Alzheimer, en el caso de que ésta se produzca. Por ello, cuando la familia conoce el diagnóstico de su familiar afectado, AFA (1994) aconseja que dicha familia en su conjunto o el cuidador/res del afectado por la demencia, se informe sobre tal enfermedad así como de su evolución: fases clínicas, sintomatología más característica, precauciones que deben de tomar, necesidades asistenciales y algún consejo práctico para el cuidado de estas personas enfermas.

En lo que se refiere a las fases de la enfermedad, por un lado coincidimos con Bermejo (1995) en que es una práctica necesaria la de crear una gradación de las demencias -las tres fases establecidas de forma clínica- para poder establecer su pronóstico, posible evolución así como evaluar su tratamiento y requerimientos sociales y familiares de dicha enfermedad; pero por otro lado, también consideramos al igual que otros autores como Danner, Beck, Heacock y Modlin (1993), Perlado (1995) y Buckwalter, Gardner, Hall, Stolley, Kudart y Ridgeway (1995) que cada paciente evoluciona a un ritmo y de un modo distinto a otro paciente afectado por la misma enfermedad de Alzheimer. En general, cada paciente lleva su propio curso de enfermedad y un enfermo de Alzheimer puede presentar toda la sintomatología descrita en cada una de las fases clínicas de la enfermedad, o puede solamente presentar una parte de dicha sintomatología y/o manifestar otros síntomas distintos que no se encuadren en cada una de las fases descritas y que cualquier otro enfermo de Alzheimer no presente nunca.

En definitiva creemos que, cuando un miembro de la familia padece la enfermedad de Alzheimer, todos los restantes miembros de ésta van a tener que aportar algo de su vida personal. Por tanto, conviene buscar la situación que sea más acertada para cada familia en concreto.

Al igual que Dillehay y Sandys (1990), consideramos que la definición y operacionalización de *cuidador principal* es necesaria. Nos puede servir para estudiar y entender la sobrecarga que están experimentando los cuidadores y nos ha servido de base para elaborar nuestras hipótesis de partida del presente estudio.

De las muchas definiciones que se le ha otorgado al término *cuidador principal*, coincidimos con Dwyer, Lee y Jankowski (1994) cuando definen a éste como: aquel individuo que dedica la mayor parte tiempo -medido en número de horas al día- al cuidado de dicho enfermo.

Según Wilson (1989), se define al *cuidador principal* como aquel individuo procedente del sistema de apoyo informal del enfermo, bien sea familiar o amigo, y que comprende las siguientes características:

- 1) Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.
- 2) El cuidador principal es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- 3) No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.
- 4) Antes de seleccionar como cuidador a cualquier persona, ésta debe haber realizado un mínimo de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidado.

Al mismo tiempo, argumentamos junto a Lehr (1993) y Mcgoldrick, Anderson y Walsh (1991), que la mayor parte de los cuidadores pertenecen al género femenino, corroborando tal afirmación algunos estudios tales como los de Novak y Guest (1992), Cox y Monk (1993), Williamson y Schulz (1993), Dwyer et al. (1994).

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (1995), considera que con frecuencia una de las hijas suele constituirse en cuidadora principal, aunque otros familiares o cuidadores la ayuden. Es muy importante evitar desde el principio que el nuevo rol establecido cuidador-demente le absorba hasta el extremo de que la persona cuidadora vea invadida su vida privada, y esto le provoque tanta sobrecarga que no pueda llevar a cabo de forma eficaz su tarea de cuidado. Para poder cuidar bien al familiar afectado por la demencia, es necesario que el cuidador se encuentre descansado y tranquilo emocionalmente, porque sólo de esta forma el tiempo de cuidado que le dedique a su familiar será efectivo y de calidad.

Muchas veces, y aunque resulte paradójico, no siempre están dispuestos los cuidadores de los enfermos de Alzheimer a reconocer el sufrimiento emocional que padecen. Es relativamente frecuente que el cuidador niegue soportar un peso superior a sus fuerzas, y se oponga a que alguien dude de su capacidad física y psíquica para ocuparse del cuidado de su familiar (Perlado, 1995).

Y creemos que precisamente los cuidadores son las personas que más ayuda necesitan de todo tipo (emocional, psicológica, etc.) porque dichos cuidadores son las "segundas víctimas" del Alzheimer, como se las ha venido llamando (Perlado, 1995). La A.F.A. (1994), nos relata las principales características que padece el cuidador principal de un enfermo de Alzheimer:

- Está expuesto continuamente a una gran sobrecarga tanto física como emocional.
- El cuidador (o cuidadores) suele asumir la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que

concierno a su medicación y tarea de cuidado, en general.

- Debido al vínculo de dependencia que crea el familiar afecto de demencia con su cuidador, este último va perdiendo poco a poco su independencia.
- El cuidador se olvida de sí mismo, no tomándose el tiempo libre que necesita para descansar; los hobbies o aficiones que tenía los abandona, deja de comunicarse con los amigos, etc. Es decir, acaba paralizando durante algunos años su proyecto de vida.

Por lo expuesto anteriormente, vemos que el cuidador principal puede llegar a tener importantes trastornos psicológicos, a no ser que cambie su forma de vida. Por tanto, deberá solicitar ayuda a sus familiares para que estos últimos se ocupen del cuidado del enfermo al menos durante algunas horas al día. De esta forma, podrá tomarse su tiempo de descanso, dedicarse a sus aficiones y, entonces, posiblemente le sea más llevadera esta enfermedad.

Consideramos que la enfermedad de Alzheimer es un asunto de la familia, en su conjunto, y todos tienen su papel y responsabilidad en el cuidado de su familiar enfermo. Sería óptimo que existiese entre los familiares una comunicación abierta, con el propósito de repartir a cada miembro de la familia sus respectivas tareas de cuidado y, de esta forma asegurar que el peso del cuidado del enfermo no recaiga sobre un solo cuidador, el "cuidador principal", que generalmente suele asumir toda la responsabilidad de cuidado.

En lo referente al término "*Sobrecarga*" de la misma forma que Dillehay y Sandys (1990), podríamos definir dicho término como un "estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo" (pp. 268).

Cuando hemos operacionalizado el término "*Sobrecarga*" nos hemos dado cuenta de la heterogeneidad de este concepto. Según lo muestran las diferentes investigaciones recogidas por Zarit y Teri (1991) y que exponemos a continuación:

- Se refiere a la evaluación de los cuidadores acerca de las conductas que realizan, así como la percepción de la evolución de la enfermedad de sus familiares dementes (Deimbling y Bass, 1986).
- La percepción de los cuidadores al experimentar el conflicto de roles posiblemente debido a su progresiva mayor implicación en la tarea de cuidado (Lawton, Kleban, Moss, Rovine y Glicksman, 1989).
- La evaluación que hace el mismo cuidador de la posible influencia de las tareas de cuidado que rea-

liza, sobre su vida y bienestar personal (Lawton, *et al.*, 1989).

Nosotros opinamos con Robinson (1990) que la sobrecarga experimentada por el cuidador principal puede dividirse en dos vertientes: La primera sería la sobrecarga *objetiva* del cuidador, que se debería inexorablemente al desempeño de las tareas de cuidado, como por ejemplo, asear al enfermo todos los días, darle de comer, controlar que no coja utensilios con los que pueda autolesionarse, etc. La segunda sería la sobrecarga *subjetiva* del cuidador, y ésta se referiría al plano de los sentimientos y emociones que le provocan dicha labor de cuidado.

Como punto final a esta introducción queremos destacar la importancia del apoyo social. Basándonos en una investigación de Bergman-Evans (1994), la autora observó una menor sobrecarga en el cuidador principal cuando éste recibía el apoyo social de sus familiares allegados, vecinos, etc. mientras que los que no recibían apoyo social eran más propensos a padecer depresión y a sentir angustia. En el trabajo de Haley, Levine, Brown y Bartolucci (1987), estos autores observaron que el mejor predictor de la depresión se daba cuando el cuidador evaluaba el nivel de deterioro del enfermo. Por tanto, se refiere a la sobrecarga subjetiva experimentada por el cuidador y no tanto a la objetividad de tal declive.

A continuación vamos a exponer las variables que nos han servido de base para elaborar las hipótesis del presente estudio.

Edad: Por una parte consideramos esta variable cuando pensamos que, el grupo de la adultez tardía pudiese resultar especialmente vulnerable a la sobrecarga de cuidado de su familiar demente. La explicación radicaría en las expectativas de vida que tienen lugar en este período de edad respecto a la liberación de las responsabilidades familiares como, por ejemplo, el cuidado de los hijos. Por tanto, la vivencia de la carga de cuidar a un enfermo con demencia, se podría percibir como "fuera de su reloj vital" (Novak y Guest, 1992).

Por otra parte, consideramos que en la medida en que se va avanzando a lo largo del ciclo vital, existe una mayor probabilidad de padecer enfermedades, así como una disminución de su capacidad física, que posiblemente repercutiría negativamente en la experimentación de la sobrecarga de cuidado.

Por tanto, se podrían plantear dos hipótesis: 1.- "*Los cuidadores en la adultez tardía experimentarán mayor sobrecarga en relación con otras etapas*". 2.- "*La sobrecarga será mayor en el grupo muestral de la tercera edad*".

Sexo: Según Finley, Roberts y Banahan (1988, citado en Finley 1989) las actitudes respecto a sentir la responsabilidad de cuidado de sus padres ancianos, debe ser igual entre hombres y mujeres. Por ello

hipotetizamos que *“no existirán diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a los niveles de sobrecarga”*.

Estado civil: Elkus (1989) considera el conflicto de roles en las hijas adultas -tener que cuidar a sus padres, esposos, hijos- como una posible explicación de los elevados síntomas depresivos manifestados por éstas. Por tanto, en base a esta argumentación hipotetizamos que *“aumentará la sobrecarga en los cuidadores que tienen y/o conviven con sus cónyuges, por el conflicto de roles que se puede producir entre el rol de esposo/a y el de cuidador de un miembro demente”*.

Número de hijos: Esta variable la elegimos al considerar que el hecho de tener un determinado número de hijos podría influir en el nivel de sobrecarga experimentado por el cuidador. Consideramos que un menor número de hijos repercutiría en una mayor sobrecarga ya que aquellos podrían servir como cuidadores auxiliares. Por tanto, la hipótesis sería *“variará la sobrecarga en los cuidadores en función del número de hijos”*.

Nivel de estudios: A mayor nivel de estudios que posea una persona se espera que exista una mayor probabilidad de poseer un trabajo remunerado fuera del hogar.

Por tanto, quizá el grupo muestral con mayor nivel de estudios, al trabajar fuera del hogar, le será más sobrecargante la dedicación a su familiar enfermo. Por tanto podríamos hipotetizar que *“los niveles de sobrecarga variarán en función de los niveles de estudios de los cuidadores”*.

Nivel económico: Pensamos que los cuidadores que poseyesen un nivel económico elevado podrían optar por la posibilidad de contratar a un asistente para que se ocupase del cuidado de su familiar enfermo, por tanto, la sobrecarga del cuidador “principal” de dicha familia, así como de toda la familia en su conjunto se vería disminuida. Podemos hipotetizar que *“aumentará la sobrecarga en los cuidadores que poseen un bajo nivel económico frente a los cuidadores con un nivel económico medio o elevado”*.

Vínculo: Basándonos en el trabajo de Bergman-Evans (1994), si el cuidador del enfermo es su cónyuge, éste experimentará mayor sobrecarga en la medida en que dicho cuidador asume varios roles -esposo/a, padre/madre, cuidador/cuidadora- resultándole difícil la separación emocional entre dichos roles. Por tanto, la hipótesis sería *“el grado de sobrecarga en los cuidadores cónyuges será mayor que el resto de cuidadores de nuestra muestra con otro tipo de vínculos”*.

Tiempo de cuidado: Según George y Gwyther (1984) a mayor tiempo de dedicación de cuidado menor sobrecarga. Este hecho se podría explicar en base a la hipótesis adaptativa (Novak y Guest 1989), defendiendo que a medida que pasa el tiempo, el

cuidador desarrolla más habilidades de cuidado, va obteniendo más información acerca del curso de la enfermedad y utiliza más todos los recursos sociales que tiene disponibles. Por ello la hipótesis sería *“a mayor tiempo de dedicación al cuidado de dichos enfermos menor sobrecarga experimentarán los cuidadores”*.

Nivel de demencia: A lo largo del curso de la enfermedad, la persona que sufre demencia se va debilitando poco a poco, hasta que finalmente permanece encamado, por lo que consideramos que esta nueva situación será menos sobrecargante para el cuidador. Por tanto hipotetizamos que *“disminuirá la sobrecarga percibida por los cuidadores a medida que se deteriore el estado del enfermo”*.

2. Método

2.1. Sujetos

Se ha utilizado la técnica de muestreo “selección razonada”, mediante la cual se seleccionan una serie de criterios de obligado cumplimiento por parte de los sujetos de nuestra muestra. Por tanto, la población objeto del presente estudio, se constituye únicamente por aquellos sujetos adultos -a partir de 20 años-, sin límite en edad superior, que sean cuidadores de un familiar con demencia senil. Los criterios de selección fueron los siguientes: (a) cuidadores principales de ancianos dementes; (b) familiares; (c) que convivan bajo el mismo techo, compartiendo las actividades de la vida cotidiana; y, (d) los ancianos dementes a cargo de estos cuidadores no debían vivir en residencias -no institucionalización de los ancianos-.

2.2. Instrumentos

En nuestro trabajo de investigación utilizamos la entrevista diagnóstica CAMDEX, según la adaptación española realizada por Llinas, Vilalta y López (1991), con el objeto de valorar el grado evolutivo de deterioro a lo largo del proceso de demenciación.

Dos objetivos se hallan a la base del desarrollo del CAMDEX: por una parte, la diferenciación tanto de los distintos tipos de demencia senil como de su discriminación con respecto a otros trastornos mentales orgánicos y funcionales. Por otra parte, el segundo objetivo consiste en la detección precoz de la demencia. Este instrumento contiene, además, las escalas *MiniMental State Examination* de Folstein (MMSE, 1975; en Llinas et al. 1991), el *Mini Examen Cognoscitivo* de Lobo (1979) y el *Examen Cognitivo*, que sirven de base a nuestro estudio. Hemos prescindido

de las pruebas que miden otro tipo de trastornos como estados depresivos, ansiosos, paranoides, etc.

El *Cuestionario de Sobrecarga en Cuidadores de Ancianos con Demencia* (SCAD) de Abengózar-Torres (1995), es un instrumento psicométrico que pretende evaluar el grado en que los cuidadores sienten sobrecarga en determinadas situaciones cotidianas que se pueden presentar por la convivencia con un anciano demente. Las respuestas del SCAD pertenecen a los cuidadores principales del sistema familiar, si bien se expresan situaciones de sobrecarga producidas por la dinámica familiar ante los cambios ocurridos por la demencia senil, que afectan en mayor o menor grado el bienestar del cuidador principal. Dicho cuestionario recoge los principales núcleos -factores- de sobrecarga manifestados por el cuidador principal del enfermo demente. Dichos factores son los siguientes: (1) "Contactos sociales", referido a un menor número de contactos sociales por parte del cuidador por ocuparse del cuidado del enfermo; (2) "Dependencia afectiva", se refiere a los cambios de humor que existen en el anciano por no querer quedarse sólo en el hogar; (3) "Desorientación nocturna", se refiere a las anomalías conductuales del enfermo durante la noche y que molestan al resto de la familia; (4) "Discusiones con familiares" se refiere a las discusiones que tiene el cuidador con el resto de la familia (esposo, hijos...) y (5) "Discusiones con el anciano", cuando el cuidador y la familia discuten con el enfermo.

2.3. Variables utilizadas en el diseño

Por una parte como variables independientes, las variables de identificación relacionadas con el cuidador como: edad (desde 20-35 años, 36-45, 46-55, 56-65, 66-75, 76 ó más; con independencia del sexo); estado civil (casado, soltero, otros); número de hijos (0, 1, 2, 3 ó más); nivel de estudios (primarios, EGB, BUP/COU, Licenciado/Doctor); nivel económico (<1 millón pts/año, 1-2 millones pts/año, 2-3 millones pts/año, 3-4 millones pts/año, 4-5 millones pts/año); tiempo de cuidado (< 1 año, 1-3 años, 4-6 años, 7-9 años, 10-12 años, >13 años); y nivel de demencia del enfermo establecido en 1ª fase, 2ª fase y 3ª fase.

Por otra parte como variable dependiente, consideramos las respuestas de estos cuidadores al cuestionario de sobrecarga SCAD.

2.4. Procedimiento

El CAMDEX fue pasado a la persona que padecía demencia, concretamente la demencia Tipo Alzheimer. Con este sujeto se trabajó cara a cara si-

guiendo las normas marcadas por el instrumento el CAMDEX.

El SCAD fue pasado a los cuidadores principales de los enfermos de Alzheimer los cuales podían rellenar por sí solos el cuestionario sin la ayuda del entrevistador.

3. Resultados

3.1. Descripción de la muestra.

El total de la muestra estuvo constituida por 52 días de sujetos cuidadores-dementes y se distribuyó de la siguiente forma: encontramos la mayor proporción de cuidadores en la categoría de 20-35 años y 36-45 años con un 21% cada uno, siguiéndole la categoría entre 56-65 años y 66-75 años con un 17% y por último las categorías entre 46-55 y 76 o más con un 12%. En relación a la variable *sexo*, la categoría de mujeres es de un 77% y de hombres de un 23%. La categoría que comprende mayor proporción de cuidadores corresponde a casados, con un 67%, seguida de los solteros con un 23% y finalmente otros con un 10%. En *número de hijos*, la mayor proporción es de un 58% en la categoría no tiene hijos, siguiéndole un 21% de los cuidadores con un hijo, un 13% de los cuidadores con dos hijos y por último un 8% de los cuidadores con tres o más hijos. En relación a la variable *nivel de estudios*, un 46% se ubica en primarios, 25% en Licenciado/Doctor, 17% en B.U.P.-C.O.U y 12% en E.G.B. Con respecto a la variable *nivel económico* un 36% corresponde a <1 millón pts/año; un 33% a 1-2 millones pts/año; el 15% a 4-5 millones pts/año; el 10% a 2-3 millones pts/año y el 6% a 3-4 millones pts/año. La variable *vínculo* se muestra en la siguiente proporción los hijos con un 51%, siguiéndole cónyuges con un 42% y otros con un 7%. Respecto al *tiempo de cuidado* dedicado al enfermo: al grupo 1-3 años le corresponde un 50%, siguiéndole un 23% de 4-6 años, un 9% <1 años, un 7% 7-9 y >13 años, y un 4% a 10-12 años. Con respecto a la proporción de enfermos según la variable *nivel de demencia* un 69% se encuentra en 3ª fase, seguida de un 21% en 2ª fase y por último un 10% en 1ª fase.

3.2. Resultados referidos a las hipótesis respecto a las variables independientes y la sobrecarga.

Con respecto a la **Edad**, los resultados se pueden relacionar con *Desorientación nocturna* y con *Dependencia afectiva*.

Respecto a la relación entre *edad* y *dependencia nocturna*, los resultados indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas al 95% entre los grupos de cuidadores: (a) el grupo 1 (entre 20 y 35 años) y el grupo 4 (entre 56 y 65 años), siendo la media superior en el grupo de cuidadores entre 56 y 65 años; (b) el grupo 1 (entre 20 y 35 años) y el grupo 6 (de 76 o más años, siendo la media superior en el grupo de cuidadores de 76 o más años; (c) el grupo 3 (entre 46 y 55 años) y el grupo 4 (entre 56 y 65 años), siendo la media superior en el grupo de cuidadores entre 56 y 65 años; (d) el grupo 4 (entre 56 y 65 años) y el grupo 5 (entre 66 y 75 años), siendo la media superior en el grupo de cuidadores entre 56 y 65 años; (e) el grupo 5 (entre 66 y 75 años) y el grupo 6 (entre 76 o más años), siendo la media, de nuevo, superior en el grupo de cuidadores entre 76 o más años. Como se puede observar, las diferencias han sido significativas, en favor de los cuidadores de edades entre 56-65 años, y el grupo de 76 ó más años. Ello indica una mayor sobrecarga en el factor desorientación nocturna -como por ejemplo “no puedo dormir con normalidad”, o “el enfermo se

levanta por las noches y no deja descansar” - en los grupos de edades entre 56-65 años y el grupo de 76 ó más años.

Los resultados respecto a *edad* y *dependencia afectiva*, indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (entre 20 y 35 años) y 6 (76 o más años), siendo la media superior en el grupo de 76 o más años lo cual indica que los cuidadores de 76 o más años, constituyen el grupo con mayor sobrecarga en el factor dependencia afectiva. (Tabla 1).

Respecto al **sexo**, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y mujeres con respecto a los cinco factores de sobrecarga (“Contactos sociales”, “Desorientación nocturna”, “Discusiones con familiares” “Discusiones con el anciano” y “Dependencia afectiva”). En cambio, sí hemos observado una tendencia de las medias a favor de las mujeres cuidadoras, experimentando éstas mayores niveles de sobrecarga, como se puede observar en la Figura 1 y en la Tabla 2 que se adjunta a continuación.

Tabla 1. ANOVAS entre la variable independiente “Edad” y las variables dependientes “Desorientación nocturna” y “Dependencia afectiva”, así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. de medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnet	Grupos	N	Media	D.E.	E.E.
A	1 vs. 2	-4.364	5.472	.515	1.604	1	11	10.091	4.949	1.492
	1 vs. 3	-2.195	6.205	.101	.712	2	11	14.455	6.977	2.104
	1 vs. 4	-8.909	5.768*	1.931	3.108	3	7	12.286	7.274	2.749
	1 vs. 5	-.465	5.768	.005	.162	4	9	19	6.185	2.062
	1 vs. 6	-7.742	6.513*	1.144	2.392	5	9	10.556	7.907	2.636
	2 vs. 3	2.169	6.205	.099	.703	6	6	17.833	3.371	1.376
	2 vs. 4	-4.545	5.768	.503	1.589					
	2 vs. 5	3.899	5.768	.37	1.36					
	2 vs. 6	-3.379	6.513	.218	1.044					
	3 vs. 4	-6.714	6.467*	.873	2.089					
	3 vs. 5	1.73	6.467	.058	.538					
	3 vs. 6	-5.54	7.14	.489	1.563					
	4 vs. 5	8.444	6.049*	1.577	2.808					
	4 vs. 6	1.167	6.764	.024	.347					
	5 vs. 6	-7.278	6.764*	.937	2.165					
B	1 vs. 2	-2.273	3.388	.364	1.35	1	11	5.455	4.059	1.224
	1 vs. 3	-2.974	3.842	.485	1.558	2	11	7.727	3.901	1.176
	1 vs. 4	-3.212	3.571	.655	1.81	3	7	8.429	4.077	1.541
	1 vs. 5	-1.434	3.571	.131	.808	4	9	8.667	4.61	1.537
	1 vs. 6	-5.045	4.033*	1.267	2.517	5	9	6.889	3.551	1.184
						6	6	10.5	3.017	1.232

A: “Edad” y “Desorientación nocturna”; B: “Edad” y “Dependencia afectiva”; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar; Grupo 1 = entre 20 y 35 años. Grupo 2= entre 36 y 45 años. Grupo 3= entre 46 y 55 años. Grupo 4= entre 56 y 65 años. Grupo 5= entre 66 y 75 años. Grupo 6= 76 o más años. * Nivel de significación al 95%.

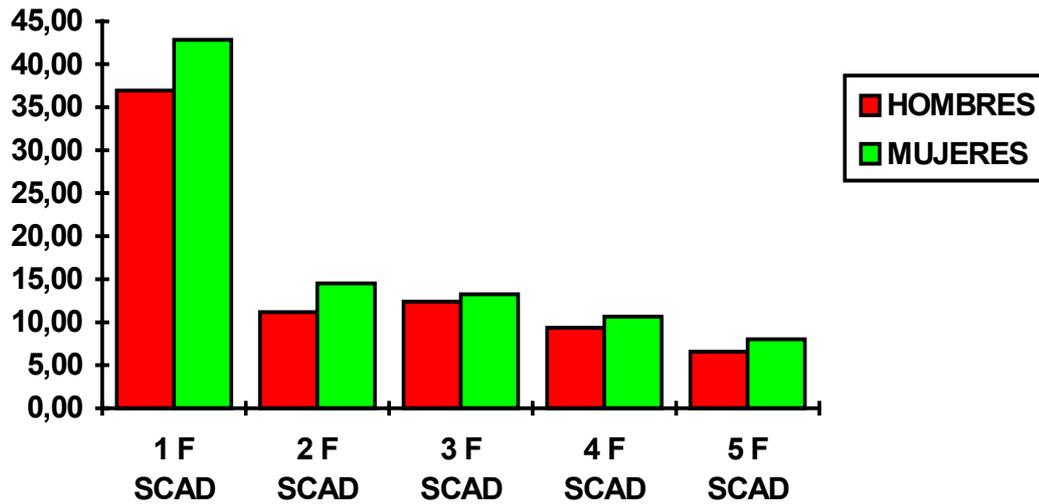


Figura 1: Representación gráfica de resultados con la variable “Sexo”.

Tabla 2: Resultados con la variable “Sexo”.

	1 F SCAD	2 F SCAD	3 F SCAD	4 F SCAD	5 F SCAD
HOMBRES	36.91	11.16	12.41	9.33	6.58
MUJERES	42.82	14.51	13.26	10.65	8

Con respecto al **estado civil**, los resultados se pueden relacionar con *desorientación nocturna* y con *dependencia afectiva*.

Respecto a la relación entre *edad* y *desorientación nocturna*, los resultados indican la existencia de diferencias significativas al 95% entre el grupo 1 (solteros) y el 3 (casados), siendo la media superior en el grupo 3. Ello indica que los cuidadores que están casados se hallan sometidos a una mayor sobrecarga en desorientación nocturna que a los cuidadores que están solteros.

Los resultados respecto al *estado civil* y *dependencia afectiva*, indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas al 95% entre los grupos 1 (solteros) y 2 (otros); y 1 (solteros) y 3 (casados) con respecto al factor quinto de sobrecarga denominado dependencia afectiva, siendo las medias de los grupos 2 y 3 respectivamente superiores, lo cual nos indica una mayor sobrecarga en el factor dependencia afectiva en los cuidadores del grupo casados y otros (Tabla 3).

Con respecto al **Número de hijos**, los resultados se pueden relacionar con *Contactos sociales* y con *Desorientación nocturna*.

Respecto a la relación entre *número de hijos* y *contactos sociales*, los

resultados indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (0 hijos) y 2 (cuidadores que tienen 1 hijo), siendo la media del grupo 2 superior a la media del grupo 1. Por ello, los cuidadores que tengan un hijo experimentarán mayor sobrecarga en contactos sociales.

Los resultados respecto a *número de hijos* y *desorientación nocturna*, indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (0 hijos) y 2 (cuidadores que tienen 1 hijo), siendo la media del grupo 2 superior a la media del grupo 1. Por tanto los cuidadores que tengan un hijo experimentarán mayor sobrecarga en desorientación nocturna (Tabla 4).

Tabla 3: ANOVAS entre la variable independiente “Estado civil” y las variables dependientes “Desorientación nocturna” y “Dependencia afectiva”, así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. de medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnette	Grupos	N	Media	D.E.	E. E.
A	1 vs. 2	-7.017	7.149	1.944	1.972	1	12	9.583	4.795	1.384
	1 vs. 3	-5.167	4.477*	2.688	2.318	2	5	16.6	8.173	3.655
	2 vs. 3	1.85	6.41	.168	.58	3	36	14.75	6.999	1.167
B	1 vs. 2	-4.233	4.141*	2.108	2.053	1	12	5.167	2.657	.767
	1 vs. 3	-3.111	2.593*	2.903	2.41	2	5	9.4	4.336	1.939
	2 vs. 3	1.122	3.713	.184	.607	3	36	8.278	4.131	.688

A: “Estado civil” y “Desorientación nocturna”; B: “Estado civil” y “Dependencia afectiva”; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar. Grupo 1= soltero. Grupo 2= otros. Grupo 3= casados. *Nivel de significación al 95%.

Tabla 4: ANOVAS entre la variable independiente “Número de hijos” y las variables dependientes “Contactos sociales” y “Desorientación nocturna”, así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. de medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnette	Grupos	N	Media	D.E.	E. E.
A	1 vs. 2	-16.903	11.312*	3.006*	3.003	1	31	37.097	16.183	2.907
	1 vs. 3	-6.189	13.489	.283	.922	2	11	54	13.748	4.145
	1 vs. 4	-9.03	17.125	.004	.106	3	7	43.286	18.715	7.073
	2 vs. 3	10.714	15.585	.636	1.382	4	4	38	15.875	7.937
	2 vs. 4	16	18.82	.973	1.709					
	3 vs. 4	5.286	20.203	.092	.526					
B	1 vs. 2	-5.698	4.759*	1.93	2.406	1	31	12.484	7.173	1.288
	1 vs. 3	.484	5.674	.01	.171	2	11	18.182	6.096	1.838
	1 vs. 4	-2.016	7.204	.105	.562	3	7	12	6.137	2.32
	2 vs. 3	6.182	6.556	1.197	1.895	4	4	14.5	5.447	2.723
	2 vs. 4	3.682	7.917	.291	.935					
	3 vs. 4	-2.5	8.499	.117	.591					

A: “Nº de hijos” y “Contactos sociales”; B: “Nº de hijos” y “Desorientación nocturna”; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar. Grupo 1= 0 hijos. Grupo 2= 1 hijo. Grupo 3= 2 hijos. Grupo 4= 3 o más hijos. *Nivel de significación al 95%.

Con respecto al **Nivel de estudios**, los resultados se pueden relacionar con *Contactos sociales* y con *Dependencia afectiva*.

Respecto a la relación entre el *nivel de estudios* y *dependencia afectiva*, los resultados indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 3 (BUP-COU) y 4 (Licen./Doct), siendo la media del grupo 3 superior a la media del grupo 4. Por ello, los cuidadores con un menor nivel de estudios presentan mayor sobrecarga en contactos sociales.

Los resultados respecto al *nivel de estudios* y *dependencia afectiva*, indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (Primarios) y 4 (Licen./Doct), siendo la media del grupo 1 superior a la media del grupo 4; 3 (BUP-COU) y 4 (Licenciado./Doct), siendo la media del grupo 3 superior a la media del grupo 4. Por ello las personas que posean un menor nivel de estudios experimentarán mayor sobrecarga (Tabla 5).

Con respecto al **Nivel económico**, los resultados se pueden relacionar con *Contactos sociales* y con *Dependencia afectiva*.

Respecto a la relación entre el *nivel económico* y *contactos sociales*,

los resultados indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 2 (1-2 millones pts/año) y 5 (4-5 millones pts/año), siendo la media del grupo 2 superior a la media del grupo 5. Por tanto, los cuidadores con menor nivel económico poseerán mayor sobrecarga en el factor contactos sociales.

Los resultados respecto al *nivel económico* y *dependencia afectiva*, indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (<1 millón pts/año) y 5 (4-5 millones pts/año); 2 (1-2 millones pts/año) y 5 (4-5 millones pts/año); 3 (2-3 millones pts/año); 5 (4-5 millones pts/año); 4 (3-4 millones pts/año) y 5 (4-5 millones pts/año). Las medias de los grupos 1, 2, 3 y 4 son superiores a la media del grupo 5. Por tanto, seguimos obteniendo

los mismos resultados que en el factor anterior contactos Sociales (Tabla 6).

Respecto a la relación entre el **Vínculo y Discusiones con familiares**, los resultados indican la existencia de diferencias estadísticamente significati-

vas entre los grupos 1 (cónyuge) y 2 (hijos), siendo la media del grupo 2 superior a la media del grupo 1. Por ello, existirá mayor sobrecarga en discusiones con familiares, en aquellos cuidadores que sean hijos (Tabla 7).

Tabla 5: ANOVAS entre la variable independiente “Nivel de estudios” y las variables dependientes “Contactos sociales” y “Dependencia afectiva”, así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. de medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnette	Grupos	N	Media	D.E.	E.E.
A	1 vs. 2	-2.542	15.331	.037	.333	1	24	42.792	15.503	3.165
	1 vs. 3	-5.875	13.128	.27	.9	2	6	45.333	10.347	4.224
	1 vs. 4	9.715	11.567	.951	1.689	3	9	48.667	22.13	7.377
	2 vs. 3	-3.333	17.702	.048	.379	4	13	33.077	16.86	4.676
	2 vs. 4	12.256	16.577	.737	1.487					
	3 vs. 4	15.59	14.565*	1.544	2.152					
B	1 vs. 2	.958	3.587	.096	.537	1	24	8.625	3.693	.754
	1 vs. 3	-.264	3.072	.01	.173	2	6	7.667	5.428	2.216
	1 vs. 4	3.163	2.706*	1.842	2.351	3	9	8.889	4.595	1.532
	2 vs. 3	-1.222	4.142	.117	.593	4	13	5.462	2.933	.813
	2 vs. 4	2.205	3.878	.436	1.143					
	3 vs. 4	3.427	3.408*	1.363	2.022					

A: “Nivel de estudios” y “Contactos sociales”; B: “Nivel de estudios” y “Dependencia afectiva”; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar. Grupo 1= primarios. Grupo 2= EGB. Grupo 3= BUP/COU. Grupo 4= Licenciado/Doctor. *Nivel de significación al 95%.

Tabla 6: ANOVAS entre la variable independiente “Nivel económico” y las variables dependientes “Contactos sociales” y “Dependencia afectiva”, así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. de medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnette	Grupos	N	Media	D.E.	E.E.
A	1 vs. 2	-6.279	11.064	.326	1.142	1	19	40.368	12.768	2.929
	1 vs. 3	-6.232	16.658	.142	.753	2	17	46.647	18.293	4.437
	1 vs. 4	-8.632	20.59	.178	.843	3	5	46.6	22.434	10.033
	1 vs. 5	11.993	13.968	.746	1.728	4	3	49	22.271	12.858
	2 vs. 3	.047	16.861	7.883E-6	.006	5	8	28.375	14.441	5.106
	2 vs. 4	-2.353	20.754	.013	.228					
	2 vs. 5	18.272	14.21*	1.673	2.587					
	3 vs. 4	-2.4	24.204	.01	.2					
	3 vs. 5	18.225	18.894	.942	1.941					
	4 vs. 5	20.625	22.437	.855	1.849					
B	1 vs. 2	-2.226	2.395	.874	1.87	1	19	7.421	3.878	.89
	1 vs. 3	-.979	3.606	.075	.546	2	17	9.647	3.605	.874
	1 vs. 4	-2.579	4.457	.339	1.164	3	5	8.4	4.561	2.04
	1 vs. 5	4.046	3.024*	1.812	2.692	4	3	10	2.646	1.528
	2 vs. 3	1.247	3.65	.118	.687	5	8	3.375	1.768	.625
	2 vs. 4	-.353	4.493	.006	.158					
	2 vs. 5	6.272	3.076*	4.208*	4.103					
	3 vs. 4	-1.6	5.239	.094	.614					
	3 vs. 5	5.025	4.09*	1.528	2.472					
	4 vs. 5	6.625	4.857*	1.883	2.744					

A: “Nivel económico” y “Contactos sociales”; B: “Nivel económico” y “Dependencia afectiva”; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar. Grupo 1= < 1 millón pts/año. Grupo 2= 1-2 millones pts/año. Grupo 3= 2-3 millones pts/año. Grupo 4= 3-4 millones pts/año. Grupo 5= 4-5 millones pts/año. *Nivel de significación al 95%.

Tabla 7: ANOVAS entre la variable independiente "Vínculo" y la variable dependiente "Discusiones con familiares", así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. De medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnette	Grupos	N	Media	D.E.	E.E.
A	1 vs. 2	-5.837	3.386*	5.995*	3.463	1	22	9.682	4.016	.856
	1 vs. 3	-5.568	6.408	1.523	1.745	2	27	15.519	6.784	1.306
	2 vs. 3	.269	6.316	.004	.085	3	4	15.25	7.89	3.945

A: "Vínculo" y "Discusiones con familiares"; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar. Grupo 1= Cónyuge. Grupo 2= Hijos. Grupo 3= Otros. *Nivel de significación al 95%.

Tabla 8: ANOVAS entre la variable independiente "Tiempo de cuidado" y la variable dependiente "Discusiones con familiares", así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. de medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnette	Grupos	N	Media	D.E.	E.E.
	1 vs. 2	-2.654	6.175	.15	.865	1	5	12	3.536	1.581
	1 vs. 3	1.667	6.731	.05	.498	2	26	14.654	6.53	1.281
	1 vs. 4	2	8.483	.045	.474	3	12	10.333	4.677	1.35
	1 vs. 5	-8	10.58	.463	1.521	4	4	10	2	1
	1 vs. 6	0	8.483	0	0	5	2	20	9.899	7
	2 vs. 3	4.321	4.413	.776	1.97	6	4	12	11.402	5.701
	2 vs. 4	4.654	6.791	.38	1.379					
	2 vs. 5	-5.346	9.279	.269	1.159					
	2 vs. 6	2.654	6.791	.124	.786					
	3 vs. 4	.333	7.301	.002	.092					
	3 vs. 5	-9.667	9.658*	.811	2.014					
	3 vs. 6	-1.667	7.301	.042	.459					
	4 vs. 5	-10	10.951	.675	1.837					
	4 vs. 6	-2	8.941	.041	.45					
	5 vs. 6	8	10.951	.432	1.47					

A: "Tiempo de cuidado" y "Discusiones con familiares"; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar. Grupo 1= < 1 año. Grupo 2= 1-3 años. Grupo 3= 4-6 años. Grupo 4= 7-9 años. Grupo 5= 10-12 años. Grupo 6= > 13 años. *Nivel de significación al 95%.

Respecto a la relación entre **Tiempo de cuidado** y **Discusiones con familiares**, existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 3 (4-6 años) y 5 (10-12 años). La media es superior en el grupo 5 (10-12 años). Por tanto, habrá mayor sobrecarga en discusiones con familiares en el grupo de cuidadores que lleven entre 10-12 años dedicándose al cuidado (Tabla 8).

Con respecto al **Nivel de demencia**, los resultados se pueden relacionar con *Contactos sociales* y con *Dependencia afectiva*.

Respecto a la relación entre el *nivel de demencia* y *contactos sociales*, existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 (Nivel ligero) y 3 (Nivel severo); y entre los grupos 2 (nivel moderado) y 3 (nivel severo). En ambas comparaciones la media es superior en el grupo 3 (nivel severo), lo cual indica un mayor aislamiento y pérdida de contactos por parte de los cuidadores en aquellos que se hacen cargo de ancianos con un nivel severo.

Los resultados respecto al *nivel de demencia* y *dependencia afectiva* indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1

(Nivel ligero) y 3 (Nivel severo) con una media superior en el grupo 3 (Nivel severo). De nuevo, y al igual que ocurría en el factor anterior contactos sociales, la sobrecarga sería mayor en los cuidadores que se hacen cargo de ancianos en tercera fase (Tabla 9).

4. Conclusiones

1. *Edad en relación a "Desorientación nocturna" y "Dependencia afectiva"*: Por una parte, quedaría parcialmente confirmada la 1ª hipótesis, ya que los cuidadores de la adultez tardía -56-65 años- constituyen el grupo con mayor sobrecarga en el factor "Desorientación nocturna". Y por otra parte, también se confirmaría la 2ª hipótesis ya que se esperaba en este grupo de edad 76 o más años -tercera edad- una mayor sobrecarga en general.

2. *Sexo en relación a los cinco factores del SCAD*: Se confirmaría parcialmente la hipótesis de partida, respecto a una experimentación similar de la sobrecarga en ambos sexos. En cambio, la explicación que se pue-

da ofrecer a esa tendencia de las medias superior en las mujeres en los factores de sobrecarga se basa en un reflejo de la “imposición” del rol de cuidadora típico de las sociedades tradicionales.

Tabla 9: ANOVAS entre la variable independiente “Nivel de demencia” y las variables dependientes “Contactos sociales” y “Dependencia afectiva”, así como el número de sujetos, media, desviación estándar y error estándar de los diferentes grupos.

VI con VD	Grupos	Dif. De medias	Fisher PLSD	F Scheffe	T Dunnette	Grupos	N	Media	D.E.	E.E.
A	1 vs. 2	-8.327	16.989	.485	.985	1	5	25.4	6.804	3.043
	1 vs. 3	-20.573	15.008*	3.791*	2.754	2	11	33.727	17.647	5.321
	2 vs. 3	-12.246	10.817*	2.586	2.274	3	37	45.973	15.807	2.599
B	1 vs. 2	-3.655	4.237	1.501	1.732	1	5	3.8	1.643	.735
	1 vs. 3	-4.47	3.743*	2.877	2.399	2	11	7.455	4.927	1.485
	1 vs. 4	-.816	2.698	.184	.607	3	37	8.27	3.769	.62

A: “Nivel de demencia” y “Contactos sociales”; B: “Nivel de demencia” y “Dependencia afectiva”; D.E.: desviación estándar; E.E.: Error estándar. Grupo 1= 1ª fase. Grupo 2= 2ª fase. Grupo 3= 3ª fase. *Nivel de significación al 95%.

3. *Estado civil en relación a “Desorientación Nocturna” y “Dependencia afectiva”*: En general, se confirmaría la hipótesis en los factores “Desorientación nocturna” y “Dependencia afectiva” respecto a una mayor sobrecarga en los cuidadores con cónyuge. Por una parte, pensamos que la sobrecarga es mayor en los cuidadores que están casados, dado que las molestias causadas por el familiar demente durante la noche repercuten en la dinámica de la pareja. Y por otra parte, pensamos que existe una mayor sobrecarga “afectiva” en los cuidadores casados con respecto a los solteros, ya que en principio los primeros están simultaneando varios roles a la vez (como esposo/a, hijo/a, etc.) lo cual puede originar un conflicto de roles en el cuidador.

4. *Número de hijos en relación a “Contactos sociales” y “Desorientación nocturna”*: No se confirmaría la hipótesis en ningún factor, así pues, los hijos no parecen “aliviar” la carga de sus padres que son los principales cuidadores. Por ello, los cuidadores que tengan un hijo experimentarán mayor sobrecarga en comparación a los que no tienen hijos. No obstante, estos resultados parecen concordar con los de Abengózar (1995) en los que existía una mayor sobrecarga en mujeres cuidadoras con una hija, en comparación al grupo de mujeres sin hijas. Quizás en ambas investigaciones se refleje una situación en la que sobre un hijo único recaigan excesivas demandas y exigencias, por lo que éste decidirá no participar en el cuidado como “cuidador auxiliar”, estando sus padres abocados a una situación de mayor aislamiento social.

5. *Nivel de estudios en relación a “Contactos sociales” y “Dependencia afectiva”*: Se confirmaría la hipótesis respecto a los factores arriba indicados: a menor nivel

de estudios mayor sobrecarga. La explicación radicaría en que a mayor nivel de conocimientos, pueden disponer de mayores recursos a la hora de mantener sus contactos sociales, tanto por su capacidad a la hora de dividir las tareas como quizá por una mayor disposición de recursos económicos. O también puede que ocurra que las personas que posean un menor nivel de estudios sientan como “suya” la dedicación de cuidado, existiendo una mayor dependencia y experimentando, por tanto, una mayor sobrecarga afectiva.

6. *Nivel económico en relación a “Contactos sociales” y “Dependencia afectiva”*: Se confirmaría parcialmente la hipótesis de partida en dichos factores, ya que, en la medida en que los cuidadores posean un menor nivel económico, experimentarán mayor sobrecarga al no disponer de dinero suficiente para contratar a personas que se ocupen del cuidado del enfermo, lo cual contribuiría a un mayor aislamiento del cuidador respecto a su entorno así como a una mayor relación de dependencia con el anciano.

7. *Vínculo y “Discusiones con familiares”*: No se confirmaría la hipótesis de partida respecto a este factor de sobrecarga “Discusiones con familiares”, ya que esperábamos una mayor sobrecarga en los cónyuges con respecto al resto de categorías. Estos resultados coinciden con los de Abengózar (1995) en el mismo factor de sobrecarga, siendo las hijas las que más sobrecarga experimentaban en relación a las esposas. Quizá la explicación radique en que los cónyuges asumen como “propia” su dedicación al cuidado por su votos conyugales, en tanto que los hijos pueden no entender por qué ellos deben convertirse en los cuidadores y no otros como hermanos o familiares.

8. *Tiempo de cuidado y "Discusiones con familiares"*: No se confirmaría la hipótesis de partida respecto a una menor sobrecarga a mayor tiempo de dedicación al cuidado. Como sucedía en el trabajo de Abengózar (1995), estos resultados se hallarían de acuerdo con la hipótesis acumulativa del estrés, la cual incidiría en los mayores niveles de sobrecarga, a medida que avance el tiempo dedicado al cuidado.

9. *Nivel de Demencia en relación a "Contactos sociales" y "Dependencia afectiva"*: No se confirma la hipótesis de partida respecto a una mayor sobrecarga a medida que se avanza en el proceso de demenciación. No obstante, parece lógico que a medida que el cuidador se ocupa de su familiar, se encierra en casa y no sale para relacionarse con sus amistades, por lo que las va perdiendo poco a poco, y así siente mayor sobrecarga social. De esta forma, la sobrecarga sería mayor en los cuidadores que se hacen cargo de ancianos en tercera fase. En cuanto a la "Dependencia afectiva" quizá los cuidadores se sientan "atados" (debido a que el anciano no desea quedarse solo o por sus cambios de humor) en mayor medida que los cuidadores con ancianos en primera fase porque

el deterioro de estos últimos no es tan grande, por una parte, y por otra porque no han acumulado tanta fatiga.

Según los resultados expuestos y con vistas a realizar una posible intervención en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, sería aconsejable empezar a intervenir en los cuidadores cuyo perfil exponemos a continuación, por el riesgo de éstos a padecer una mayor sobrecarga.

Se debería intervenir preferentemente **en los cuidadores:** (a) que pertenecen al grupo de edad entre 56 y 65 años, así como los mayores de 76 años; (b) que son mujeres -en comparación a los hombres cuidadores-; (c) casados; (d) que tengan 1 hijo en comparación a los que no tienen; (e) con nivel de estudios bajo-medio (primarios-BUP-COU); (f) con un nivel económico bajo; (g) hijos/as en comparación a los cuidadores cónyuges, hermanas, etc; (h) que lleven alrededor de 10-12 años dedicándose a tal labor; e (i) que cuidan a un enfermo de Alzheimer que se encuentra en 3^a fase -deterioro moderado- de la demencia.

Referencias

- Abengózar, M.C. (1995). *La mujer como soporte psicológico de la familia con un demente senil: desarrollo intergeneracional*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- A.F.A. (Asociación de Familiares de Alzheimer) (1994). *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*. Bilbao: Rali.
- Bergam-Evans, R.N.C., y Brenda, F. (1994). Alzheimer's and Related Disorders: Loneliness, Depression, and social support of spousal caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 20 (3) March, 6-16.
- Bermejo, F. (1995). Estadios evolutivos en la demencia y calidad de vida. Instrumentos para su valoración. *Revista de Gerontología*, monográfico Abril, 10-16.
- Buckwalter, K.C., Gerdner, L.A., Hall, G.R., Stolley, J.M., Kudart, P. y Ridgeway, S. (1995). Shining Though: The humor and individuality of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(3) March, 11-16.
- Cox, C. y Monk, A. (1993). Hispanic Culture and Family Care of Alzheimer's Patients. *Health and Social Work*, 18(2), 92-100.
- Danner, C., Beck, C., Heacock, P. y Modlin, T. (1993). Cognitively impaired elders. Using research findings to improve nursing care. *Journal of Gerontological Nursing*, 19 (4), 5-11.
- Deimbling, G. y Bass, D. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology*, 41, 778-784.
- Dillehay, R.C. y Sandys, M.R. (1990). Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning from Research. *International Journal of Aging and Human Development*, 30(4), 263-285.
- Dwyer, J.W., Lee, G.R. y Jankowski, T.B. (1994). Reciprocity, Elder Satisfaction, and Caregiver Stress and Burden: The Exchange of Aid in the Family Caregiving Relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 35-43.
- Elkus, P.H. (1989). *The Impact of Gender, Relationship, and Age on Burden and Depressive Symptoms in Family Caregivers of Elderly Dementia Patients*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Pittsburgh.
- Finley, N.J. (1989). Theories of Family Labor as Applied to Gender Differences in Caregiving for Elderly Parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51 (1), 79-86.
- Finley, N.J., Roberts, D.M., y Banahan, B. (1988). Motivators and inhibitors of attitudes of filial obligation toward aging parents. *Gerontologist*, 28, 73-78.
- George, L.K. y Gwyther, L.P. (1984). The Dynamics of Caregiver Burden: Changes in Caregiver Well-Being Over Time. Comunicación presentada en el *Annual Meetings of the Gerontological Society of America*. San Antonio, Texas.
- Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L. y Bartolucci, A.A. (1987). Stress, Appraisal, coping and social support as Predictors of Adaptational outcome among Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*, 2 (4), 323-330.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). Measurement caregiving appraisal. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61-71.
- Lehr, U. (1993). Solidarity between generations: Informal help for the aged. The family as caregivers: chances and limitations. *Gerontologic Meeting*. Granada.

- Llinas, J., Vivalta, J. y López, S. (1991). *CAMDEX. Adaptación y validación españolas*. Barcelona: Ancora.
- Mace, N. y Rabins, P. (1991). *36 horas al día: guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer*. Barcelona: Ancora.
- McGoldrick, M. Anderson, C. y Walsh, F. (1991). *Women in families. A framework for family therapy*. New York: W.W.Norton.
- Novak, M. y Guest, C. (1989). Caregiver Response to Alzheimer's Disease. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(1), 67-79.
- Novak, M. y Guest, C. (1992). A Comparison of the Impact of Institutionalization on Spouse and Nonespouse Caregivers. *The Journal of Applied Gerontology*, 11(4), 379-394.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Perlado, F. (1995). Apoyo a los cuidadores de enfermos de Alzheimer'. *Revista de Gerontología*, monográfico Abril, 47-53.
- Roig, M.V. (1996). *La Enfermedad de Alzheimer: Variables Influyentes en la Sobrecarga y estrategias de Afrontamiento en los Principales Cuidadores Familiares*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Valencia.
- Robinson, K.M. (1990). Predictors of Burden Among Wife Caregivers. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 4 (3), 189-203.
- Rolland, J.S. (1989). Family illness paradigms: Evolutions and significance. *Family Systems Medicine*, 5, 467-486.
- Williamson, G.M. y Schulz, M. (1993). Coping With Specific Stressors in Alzheimer's Disease Caregiving. *The Gerontologist*, 33(6), 747-755.
- Wilson, H.S. (1989). Family caregiving for a relative with Alzheimer's Dementia: Coping with Negative Choices. *Nursing Research*, 38(2), 94-98.
- Zarit, S.H. y Teri, L. (1991). Interventions and services for family caregivers. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 187-310.