

La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga

Ignacio Montorio Cerrato¹, María Izal Fernández de Trocóniz,
Almudena López López y María Sánchez Colodrón

Universidad Autónoma de Madrid

Resumen: Este trabajo pretende identificar las dimensiones subyacentes al concepto de carga del cuidador -aplicado a persona mayores dependientes- evaluado a través de la Entrevista de Carga del Cuidador (Zarit y Zarit, 1983), sus relaciones con criterios externos asociados al cuidado, así como situar el concepto de carga en un marco teórico. La muestra estaba compuesta por 62 cuidadores de personas mayores dependientes y 45 personas receptoras de los cuidados de estos últimos. Se evalúan, además de la carga del cuidador, diversos aspectos referentes a estresores del cuidado (tiempo de cuidado y calidad de la relación cuidador-persona cuidada, capacidad funcional, estado mental y problemas de conducta de la persona que recibe los cuidados), así como efectos del cuidado sobre el cuidador (salud percibida, utilización de los servicios de salud y bienestar subjetivo). Los resultados muestran la presencia de tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador (*impacto de cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia*) que se asocian diferencialmente con los criterios externos seleccionados, mostrando así que la carga, tal como se ha planteado en las investigaciones sobre cuidadores, es un constructo diverso y multidimensional. También, se analiza a partir de estos resultados la pertinencia del constructo de carga en referencia a los modelos de estrés, concluyéndose que este concepto debe superar importantes deficiencias teóricas y metodológicas.

Palabras clave: Cuidador. Carga. Estrés. ancianos

Title: The Burden Interview. Usefulness and validity of the burden concept.

Abstract: The purpose of this project was to identify the underlying dimensions of the burden concept just as it is assessed by The Burden Interview (Zarit and Zarit, 1983), as well as to set up the relationships between the identified dimensions and external criteria which are implied in the caregiving of functional dependent elderly. These processes of identification and analysis allowed to replace the burden concept into a wider conceptual framework. The sample consisted of 62 caregivers and 45 of their care-recipients. Besides the caregiver burden other variables were assessed, different aspects of burden stressors (time of caregiving, quality of the relationship between caregiver and care-recipient, functional capacity, mental state and behavioral problems of the care-recipient) and some of the effects of the caregiving situation on caregiver's well-being (perceived health, use of the health system services, subjective satisfaction). Results showed different relationships between three underlying dimensions of caregiver's burden (caregiving impact, interpersonal burden and autoefficacy expectatives) and some external criteria, revealing the multidimensional nature of the burden in the same way other researchers had pointed out. The analysis of these results and bearing in mind the theoretical model of stress point out the necessity to overcome important theoretical and methodological deficiencies of the burden concept.

Key words: Caregiver. Burden. Stress. Elderly

La magnitud del cuidado familiar de las personas mayores dependientes por parte de la familia y los costes que

conlleva son tan amplios como difícilmente cuantificables. Los familiares, mediante actividades de cuidado informal, son la principal fuente de ayuda a las personas mayores que tienen dificultades para cuidar de sí mismas (C.E., 1994; Gatz, Bengtson y Blum, 1991; IMSERSO, 1995). Cuando una persona mayor tiene algún tipo de dependencia por la que precisa ayuda, generalmente un miembro de la familia asume el rol de cuidador/a princi-

¹ **Dirección para correspondencia:** Ignacio Montorio Cerrato. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid.
E-mail: igmacio.montorio@uam.es

pal. La mayor probabilidad de desempeñar este rol la tiene el/la cónyuge, en el caso de que esté capacitado para ello. En el caso de que esto no ocurra, el rol recae normalmente en algún hijo adulto, generalmente en una hija. Estos numerosos cuidadores *invisibles* dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad de ellos dedican, como promedio, de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana al cuidado de su familiar (IMSERSO, 1995; Stone, Cafferata y Sangl, 1987). En nuestro país, en el 12% de las viviendas familiares se proporciona algún tipo de ayuda a personas mayores y un 5% de los adultos se define como "cuidador/a" (IMSERSO, 1995). Por si estos datos no fueran suficientemente indicativos, cuidar a otra persona implica, además, otros costes difícilmente cuantificables. Teniendo en cuenta estos hechos, no puede sino aplaudirse lo que es una extendida decisión por parte de las familias de cuidar a sus miembros mayores dependientes. Esta decisión, a su vez, tiene un notable impacto económico y unas importantes implicaciones para la política social, ya que al reducir o evitar la utilización de recursos formales supone una disminución del gasto público (Brown, 1996). Ahora bien, si es cierto que los cuidadores constituyen un recurso valioso, también es cierto que se trata de un recurso vulnerable, ya que el compromiso de cuidar tiene generalmente importantes costes materiales, emocionales y de salud para los cuidadores que dedican sus capacidades a cuidar a su familiar de forma tan intensa y continuada como generalmente lo hacen.

Durante los últimos 15-20 años ha tenido lugar una extensa producción científica acerca de los efectos que tiene sobre los cuidadores el hecho de cuidar a personas mayores de su familia. Este cuerpo de conocimientos se ha desarrollado partiendo de un reducido número de estudios sobre el cuidado informal hasta llegar a un punto en el que el cuidado se ha convertido en un tema principal en la gerontología. Actualmente estos trabajos nos permiten afirmar que prestar asistencia informal a personas mayores con problemas de salud (funcionamiento físico, cognitivo, problemas de conducta, etc.) constituye una situación típicamente generadora de estrés en las personas encargadas de tal cuidado, con importantes conse-

cuencias para su bienestar físico, psicológico y social (Brody, 1981; Montgomery y Borgatta, 1989; Montorio, Díaz-Veiga e Izal, 1995). En un exhaustivo estudio realizado por el IMSERSO (1995) sobre la situación del cuidado informal en nuestro país, los cuidadores manifiestan que la limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales son repercusiones especialmente importantes que se derivan de su rol de cuidadores.

En otros términos, existe un consenso generalizado entre los investigadores respecto a que la situación de cuidar a una persona mayor constituye una situación estresante. Más específicamente, podría considerarse que cuidar es una de las situaciones generadoras de estrés crónico más intrínsecamente representativas. Tomando como referencia este planteamiento, en este trabajo nos vamos a centrar en el análisis de las consecuencias que tienen sobre las personas las actividades ligadas al hecho de cuidar a su familiar.

A pesar de existir una gran cantidad de trabajos empíricos sobre este tema, la investigación sobre el estrés del cuidador se caracteriza porque los hechos se acumulan con una velocidad mayor que nuestra capacidad para darles coherencia teórica. La investigación en torno al concepto de *carga* (del inglés *burden*) es una buena ilustración de ello.

La carga es un concepto clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia. Desde su aparición ha sido profusamente utilizado en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores (Poulshock y Deimling, 1984). Algunos estudios se centraron en medir la carga del cuidador e identificar las características de la persona mayor (estado físico, mental y emocional) y del propio cuidador (estado de ánimo, salud, mecanismos de afrontamiento) que están asociadas con el sentimiento de carga. Otros estudios han sugerido que evaluar la carga del cuidador puede ser tan importante como una evaluación ex-

tensa de las incapacidades de la persona mayor, precisando que, más importante que mejorar el estado funcional y promover la independencia para retrasar o evitar la institucionalización, es el apoyo social, principalmente de la familia, y las percepciones de la familia al dispensar los cuidados. Si la carga depende más de características del cuidador, entonces reducir el nivel de carga ofertando más servicios al cuidador debería ser una prioridad para los responsables de la planificación e implantación de servicios. Estas intervenciones pueden estar dirigidas a sustituir al cuidador en las tareas más costosas, tales como servicios de ayuda personal, o a la provisión de apoyo y respiro, o dirigidos más al cuidador (asesoramiento individual, reuniones familiares, grupos de apoyo) (George, 1992).

Tratándose de un concepto tan investigado y, por lo que puede concluirse de los hallazgos en torno a él, de una gran relevancia psicológica y social, sin embargo, se trata de un concepto ambiguo que adolece de una insuficiente elaboración teórica. Una breve revisión de su evolución histórica puede ser clarificadora al respecto. El concepto de carga se remonta a principios de los años 60, concretamente a un trabajo (Brad y Sainsbury, 1963), realizado para conocer qué efectos tenía sobre las familias el hecho de mantener en la comunidad a pacientes psiquiátricos, como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que se estaba implantando en Gran Bretaña en aquel tiempo. El interés principal de este trabajo era conocer cómo afectaba a la familia y a la vida doméstica la convivencia con estos pacientes (por ejemplo, cargas económicas, vergüenza por tener un paciente psiquiátrico en la familia). Posteriores trabajos acerca del impacto de esta forma de asistencia psiquiátrica sobre la familia incidían en la necesidad de evaluar estos efectos desde una amplia perspectiva (Hoenig y Hamilton, 1965, 1967), a la vez que ponían de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término de carga. El problema principal residía en las diferencias entre lo que los investigadores, por un lado, y los familiares, por otro, consideraban carga. Estas diferencias en cuanto al significado del término fueron el origen de la primera distinción entre carga "objetiva", o efectos concretos sobre la vida doméstica, y carga "subjetiva", definida como sentimientos subjetivos o actitudes

hacia el hecho de la convivencia con un familiar con problemas psiquiátricos. Los trabajos sobre la carga de los familiares referida al ámbito de la salud mental continuaron durante los años 70, desarrollándose para su evaluación diversos instrumentos de medida que incluían aspectos tan diversos como conductas específicas potencialmente molestas para la familia, contenidos sobre carga objetiva y subjetiva y evaluaciones globales de la carga realizadas por el evaluador (Stull, 1996). Aunque algunos de estos estudios incluían también familias con pacientes psiquiátricos de edad avanzada, la investigación sobre la carga familiar en el ámbito gerontológico comenzó en la década de los 80.

En línea con el trabajo pionero de Grad y Sainsbury (1963), Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la Entrevista sobre la Carga del Cuidador (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980), probablemente el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar en gerontología. Este estudio marcó el inicio del interés por los aspectos conceptuales en torno a la noción de carga de los cuidadores de familiares mayores, su evaluación y su investigación. A lo largo del tiempo transcurrido hasta el momento presente, y a pesar de una notable producción científica sobre este tema, también en su aplicación al ámbito de la gerontología, la disparidad en cuanto a la definición de este concepto y su evaluación ha sido una constante (Stull, 1996).

Este breve recorrido histórico en torno al concepto de carga nos acerca a otra característica que ha marcado su evolución, la discusión sobre las posibles dimensiones que este concepto abarca. Aunque la práctica totalidad de los estudiosos del tema han considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la carga (costes económicos, carga física, limitación del tiempo), su evaluación en no pocos trabajos ha consistido únicamente en una puntuación global de carga. En tales trabajos, aunque teóricamente se contempla que la carga comprende una diversidad de factores, en la práctica se pierde esta multidimensionalidad, de manera que no existe posibilidad de comprobar las distintas for-

mas en las que los cuidadores pueden verse presionados por el hecho de cuidar y los diferentes efectos de cada una de ellas.

Una distinción importante, claramente establecida en la literatura gerontológica, se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores (Montgomery *et al.*, 1985). Esta distinción es especialmente útil desde el momento en que muchos estudios han encontrado diferencias sustanciales entre correlatos o factores asociados a cada una de estas dos dimensiones (Stull, 1996). Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, otras dimensiones más específicas de la carga del cuidador con las que se ha trabajado son, por ejemplo, la carga económica, física, interpersonal y social.

Un problema que debe destacarse en relación con las dimensiones de la carga y, en realidad, con la propia definición de este concepto, se refiere a que las etiquetas o términos empleados para denominar tales dimensiones llegan a ser más importantes que el propio contenido de las mismas. Como ejemplo, Montgomery y su grupo de colaboradores (Montgomery *et al.*, 1985) en un estudio sobre la carga de los cuidadores encontraron dos factores que denominaron carga objetiva y subjetiva. Cuando analizaron más detenidamente este último factor descubrieron que se refería de forma casi exclusiva a la relación entre cuidador y receptor, por lo que concluyeron que sería más apropiado designar este factor bajo el rótulo de *carga interpersonal*. Este ejemplo sirve para ilustrar que el interés por mantener la continuidad histórica del concepto de carga, a pesar de que pueda estar designando distintos contenidos, lleva en ocasiones a la confusión (Deimling, 1994; Stull, 1996).

Probablemente, a la luz de las deficiencias conceptuales que han sido señaladas, la utilización de un modelo teórico, en el que situar el concepto de carga sea una de las principales cuestiones que deben plantearse los investigadores. En gran medida, el concepto de carga ha surgido y se ha desarrollado como un simple constructo, in-

dependientemente de cualquier modelo teórico explicativo. En este momento, un modelo teórico más amplio podría ayudar a resolver las insuficiencias conceptuales y cierto grado de confusión en torno a este tema, además de contribuir a la explicación del concepto de carga y su relación con otro tipo de variables (causas o efectos de aquélla). Así mismo, el desarrollo de procedimientos de evaluación dentro de un paradigma más amplio tendría no solo importantes ventajas prácticas, sino que permitiría también un mayor refinamiento teórico y metodológico (Deimling, 1994).

Por lo que se refiere a la evaluación de la carga de los cuidadores, como ya se ha apuntado anteriormente, su evolución ha ido unida a la propia evolución del concepto de carga. Hasta el momento actual se han publicado diversos instrumentos que evalúan los efectos de cuidar a un familiar. Estas técnicas de evaluación del cuidador se han utilizado con dos objetivos principales: a) evaluar la capacidad del cuidador para cuidar o continuar cuidando a una persona mayor dependiente y b) evaluar programas y servicios diseñados para apoyar a los cuidadores.

Algunos investigadores han mantenido que en la evaluación de la carga se utilicen parámetros multidimensionales que permitan diferenciar las tareas de cuidado de sus efectos (Poulshock y Deimling, 1984), mientras que otros han preferido medidas que indagaran exclusivamente sobre los sentimientos del cuidador acerca de su rol y sus responsabilidades (Thompson *et al.*, 1993). Como ya se ha señalado anteriormente, según la revisión realizada por Stull (1996), los problemas que se han presentado tradicionalmente en este sentido han sido principalmente dos. Por una parte, el hecho de que los cuestionarios incluyan múltiples áreas para evaluar la carga y, sin embargo, suelen utilizar una puntuación única, perdiéndose la multidimensionalidad pretendida. Por otra parte, el problema de que muchas veces la etiqueta del factor tenga más importancia que el contenido mismo y no se corresponda con él. La escala más utilizada por los gerontólogos, la Entrevista sobre la Carga del Cuidador, responde a un enfoque subjetivo de la carga y, aunque esto debe tenerse en cuenta a la hora de interpretarse, los resultados de distintos estudios muestran la utilidad de esta aproximación ya que coinciden en que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos del cuidado.

dicador de los efectos del cuidado. De hecho, la puntuación de carga obtenida en esta escala resulta ser mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados (Brown, Potter y Foster, 1990).

El instrumento original consistía en un cuestionario de 29 elementos diseñado para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor receptora de cuidados. Las respuestas a los elementos se sumaban para obtener un índice único de la carga. En su revisión se redujo el número de elementos a 22 (Zarit *et al.*, 1985; Zarit y Zarit, 1983). Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de una consistencia interna entre .79 y .92 (Neary, 1993). Respecto a la validez de constructo, existen datos en relación a tres dimensiones: funcionamiento social, estado de ánimo y salud física. Las puntuaciones de carga correlacionan significativamente con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados (Scharlach, 1987), síntomas psiquiátricos (Zarit *et al.*, 1987), estado de ánimo (Winograd *et al.*, 1987) y salud física (Pratt *et al.*, 1987). En un estudio reciente de adaptación en nuestro país de este instrumento sobre una muestra de 92 cuidadores, se encuentra que posee una buena consistencia interna y validez concurrente con el Cuestionario de General de Salud GHQ, así como se señala la existencia de tres factores subyacentes: sobrecarga, rechazo y competencia (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig, 1996).

Este trabajo pretende identificar algunas dimensiones subyacentes del concepto de carga del cuidador, su relación con criterios externos, así como situar el concepto de carga en un marco teórico más amplio.

Método

Sujetos

En esta investigación participaron 107 sujetos, todos ellos voluntarios, residentes en zona urbana (Madrid). Estos sujetos se dividen en dos muestras relacionadas, la for-

mada por "cuidadores", o personas que habitualmente se encargan de ayudar a una persona mayor, generalmente un familiar, en la realización de sus actividades de la vida diaria, y la de los "receptores de cuidados" o personas mayores que habitualmente reciben algún tipo de ayuda para realizar sus actividades cotidianas. La muestra de cuidadores se componía de 62 sujetos, 58 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 54.5 (desviación típica (D.T.)= 12.3, rango= 23 a 87 años). La relación de parentesco con la persona que recibe los cuidados era mayoritariamente hija o hijo (74%), cónyuge (6%), nuera (5%), vecina (6%) y otros el porcentaje restante. La muestra de personas que recibían los cuidados se componía de 45 sujetos, 39 mujeres y 6 hombres, con una edad media de 82.6 (D.T.= 7.8, rango= 63 a 100 años). Las razones de la diferencia de tamaño entre las submuestras de cuidadores y receptores de cuidado fueron diversas tales como que algunos de estos últimos se encontraban de vacaciones en el momento de la evaluación, prefirieron no colaborar, no lo permitió el cuidador u otro miembro de la familia o por incapacidad severa para completar la evaluación (p.ej., fase terminal de enfermedad de Alzheimer).

Variables e instrumentos

El proceso de evaluación para este estudio ha implicado la recogida de información referente a 4 tipos distintos de variables, *sociodemográficas*, *características del cuidado*, variables *referidas al cuidador* y variables *referidas a la persona receptora de cuidados*, que son descritas a continuación.

Variables sociodemográficas tanto de la persona cuidada como de la persona que presta los cuidados (edad, sexo, nivel educativo, etc.).

Características del cuidado.

Las dos variables evaluadas en este apartado han sido el *tiempo que el cuidador lleva cuidando* a su familiar mayor y la *calidad percibida de su relación* con la persona que cuida. Esta última ha sido medida mediante dos ítems tipo likert ("¿Podría indicarnos cómo era la relación con su familiar antes de que comenzara a necesitar sus cuidados?" y

"¿Podría indicarnos cómo es la relación con su familiar actualmente?") sobre una escala de respuesta que oscilaba desde *Muy buena, realmente satisfactoria* hasta *Muy mala, con muchos conflictos*.

Variables evaluadas sobre el cuidador o cuidadora.

Bienestar subjetivo, evaluado mediante la Escala de Satisfacción de Filadelfia (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, PGC; Lawton, 1972) que tiene como objetivo evaluar el "estado de ánimo", considerado éste como un concepto multidimensional. Según esta escala, un estado de ánimo elevado se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, el sentimiento de que "uno tiene su sitio en esta vida" y la aceptación de lo que no se puede cambiar (Montorio, 1994). En el proceso de evaluación se utilizó la adaptación al castellano de 16 elementos, realizada sobre una muestra de 100 personas mayores residentes en instituciones (Montorio, 1990). Para su aplicación a las personas cuidadoras, se realizó una única modificación que consistió en sustituir, en los 3 ítems donde aparecía, la expresión "a medida que se hace mayor" por la de "a medida que pasa el tiempo", y en el único ítem donde aparecía la expresión "cuando era más joven" por "antes" (Sánchez Colodrón, 1995). Se consideró pertinente hacer estas modificaciones en los cuestionarios administrados a los cuidadores ya que éstos no eran necesariamente mayores, y resultaba más conveniente subrayar el paso del tiempo en general que a la edad, ya que la satisfacción del cuidador parece relacionarse más con el tiempo que lleva ejerciendo su función que con su edad (Rosenthal, Sulman y Marshall, 1993). En el presente estudio, la consistencia interna encontrada según el alpha de Cronbach fue adecuada ($\alpha=.81$) y la fiabilidad interjueces hallada según la correlación de Pearson fue de muy elevada ($r_{xy}.99$).

Salud autopercebida del cuidador mediante una escala de estimación con 5 opciones de respuesta (*muy buena, buena, regular, mala y muy mala*)

Utilización de servicios de salud determinada a partir del número de visitas al médico que ha realizado el cuidador en los últimos dos meses.

Variables evaluadas sobre la persona receptora de cuidados

Capacidad funcional básica, evaluada mediante el Índice de Katz (Katz et al., 1963). Se trata de una de las escalas más conocidas para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (AVD). Fue construida y revisada específicamente para la población mayor y ha sido aplicada con fines de investigación, pronóstico, estudios epidemiológicos, entrenamiento a profesionales y valoración de tratamientos (Montorio, 1994). Consta de 6 elementos en un orden creciente de dependencia: "baño", "vestido", "acudir al aseo", "movilidad", "continencia", "alimentación"; y se valora asignando un punto por cada ítem que ha sido respondido como "dependiente" para cada una de las 6 actividades oscilando la puntuación final entre 0 y 6. El Índice de Katz se ha mostrado altamente replicable, con unos coeficientes entre .94 y .97 (Sherwood, Morris, Mor y Gutkin, 1977). En nuestro estudio, la consistencia interna hallada mediante el alpha de Cronbach fue adecuada ($\alpha=.91$) y la fiabilidad interjueces mediante el coeficiente de correlación de Pearson fue máxima ($r_{xy}=1$).

Capacidad funcional instrumental evaluada mediante la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969): El objetivo de este instrumento, construido específicamente para población mayor residente o no en instituciones, es la evaluación de las capacidades funcionales según la autonomía física e instrumental en la ejecución de actividades cotidianas que permiten a una persona vivir con independencia. Las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) que incluye esta escala son: "utilizar el teléfono", "realizar compras", "preparar comidas", "realizar tareas domésticas", utilizar medios de transporte, "responsabilizarse de la toma de medicamentos", "lavar la ropa" y "manejar dinero". Se puntúa con un 1 punto cada elemento en que el sujeto muestre independencia y su puntuación máxima es 8. Las aplicaciones de esta escala han sido múltiples y se ha utilizado como indicador para determinar el tipo y nivel de cuidado necesario, decidir el ingreso en una institución, valorar intervenciones, entrenar al personal, en la planificación y provisión de servicios, así como en la investigación (Montorio, 1994). Por

lo que respecta a la validación de la escala se determinó una adecuada validez concurrente con respecto a la Escala de Clasificación Física (Waldman y Fryman, 1964). En nuestro estudio tanto la consistencia interna ($\alpha=.93$) como la fiabilidad interjueces ($r_{xy}=1$) fueron muy satisfactorias.

Estado Mental estimado mediante Mini-Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo *et al.*, 1979) es una versión del Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE; Folstein, Folstein y McHugh, 1975) adaptada para la población española que contiene 5 ítems más respecto al original. El MEC, como el MMSE, ha sido elaborado para la cuantificación objetiva del rendimiento cognoscitivo. Este instrumento está constituido por diferentes partes, cada una de las cuales evalúa un aspecto relevante de la función intelectual como la orientación espacio-temporal, la memoria reciente y la de fijación, la atención, el cálculo, el lenguaje y la construcción viso-espacial. Cada una de estas partes se compone de diferentes ítems con sus respectivas puntuaciones, obteniéndose una puntuación final que oscila entre 0 y 35 puntos. Según los autores, el punto de corte para establecer un deterioro cognitivo estaría por debajo de 28 puntos (Lobo *et al.*, 1979), aunque en algunos estudios el punto de corte se reduce sensiblemente (Linás, Vilalta y López, 1991). Su diseño como test abreviado de fácil e inmediata interpretación, ha contribuido a su progresiva incorporación a la evaluación rutinaria de cualquier paciente en el que se sospeche deterioro cognitivo (Bermejo, Gómez y Morales, 1994). En la actualidad también se emplea en estudios epidemiológicos y en investigaciones poblacionales como procedimiento de *filtrado* de la demencia o el deterioro cognitivo ya que su administración no suele durar más de 10 minutos, de fácil aplicación por un entrevistador lego y, según los estudios de validación realizados (Morales y del Ser, 1994), muestra una buena fiabilidad test-retest (.87), y una adecuada validez concurrente, con las subescalas verbal y manipulativa del WAIS (.77 y .89 respectivamente). En el presente estudio, la consistencia interna encontrada según el α de Cronbach fue .77 y la fiabilidad interjueces fue máxima (1 según el coeficiente de correlación de Pearson).

Problemas de conducta determinados a partir del Listado de Problemas de Memoria y Conducta (Zarit y Zarit,

1983) en la versión en castellana realizada por Izal y Montorio (1994). Este instrumento recoge mediante 30 ítems la información del cuidador sobre la frecuencia en la última semana de diferentes problemas de conducta y cognitivos del paciente (subescala de frecuencia), así como el grado de incomodidad o trastorno que éstos causan al propio cuidador (subescala de grado de malestar). Los ítems son del tipo: "repite la misma pregunta una y otra vez", "expresa sentimientos de inutilidad y se acusa de ser una carga para los demás", "pierde objetos o no recuerda dónde los dejó", etc. En su aplicación se comienza preguntando si un problema ocurre y, si es así, con qué frecuencia, para seguidamente, en el caso de que tal problema exista, preguntar acerca del grado de malestar que provoca dicha conducta. Para la cuantificación de las respuestas se utiliza una escala de elección múltiple y 5 opciones de respuesta, (de 0 a 4). En su corrección se obtienen tres puntuaciones diferentes: frecuencia media de ocurrencia de los problemas de conducta, promedio de malestar del cuidador ante la ocurrencia de los problemas y una combinación de las anteriores, el promedio de severidad de los problemas de conducta, que se determina obteniendo el promedio de los productos para cada ítem (frecuencia x malestar). Así las puntuaciones máximas son de 4 para las escalas de frecuencia y malestar y de 16 para la severidad de los problemas de conducta. Además, este instrumento permite distinguir entre tres categorías de problemas de conducta (problemas de memoria y desorientación, conductas de depresión y comportamientos de agitación o por exceso), obteniéndose igualmente los tres índices anteriores para cada una de estas categorías (frecuencia, malestar y severidad). Respecto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad y validez son satisfactorias: consistencia interna para la escala de frecuencia (.84) y para la escala de reacción (.90) (Zarit y Zarit, 1983); la validez concurrente y discriminativa halladas por Teri *et al.* (1992) resultaron adecuadas respecto al Índice de Depresión de Hamilton (HRSD), el Examen del Estado Mental (MMSE), la Escala de Estrés del Cuidador de Deimling y Bass (1992) y el diagnóstico clínico de depresión y demencia realizado por especialistas. La consistencia interna encontrada por nosotros según el α de Cronbach fue de .86 para la escala de frecuencia y .88 pa-

ra la escala de reacción. La fiabilidad interjueces hallada en este estudio según el coeficiente de correlación de Pearson fue muy elevada, tanto para la escala de frecuencia como para la de reacción ($r_{xy}=.99$ en ambos casos).

Procedimiento

Se contactó telefónicamente con los cuidadores a través del centro de salud que atendía a sus familiares mayores y se fijó una cita con ellos. Posteriormente, se administraron los instrumentos de evaluación a través de una entrevista personal, que fue llevada a cabo en el domicilio de los cuidadores por dos evaluadores entrenados en la aplicación de estos instrumentos. En la entrevista con el cuidador se incluyeron, además de los contenidos sobre características sociodemográficas y del cuidado, los siguientes cuestionarios para su administración directa: Escala de Satisfacción de Filadelfia, Listado de Problemas de Memoria y Conducta, Índice de Katz, Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Entrevista de Carga. En la entrevista con los receptores de cuidado se administró únicamente el Mini-Examen Cognoscitivo.

Análisis estadístico

Al ser uno de los principales objetivos del trabajo analizar la carga del cuidador como un constructo multidimensional y contrastar su validez de constructo con referencia a criterios externos, se realizaron tres tipos diferenciados de análisis estadísticos. Análisis descriptivo previo de las situaciones o consecuencias que deben afrontar los cuidadores que contempla el instrumento Entrevista de Carga. En segundo lugar, se analizaron exploratoriamente los elementos del instrumento Entrevista de Carga mediante análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, a fin de configurar la estructura del concepto de carga. Por último, se analizaron las puntuaciones correspondientes a las dimensiones encontradas, así como la puntuación global de carga, en cuanto a su posible asociación con los criterios externos seleccionados: capacidad funcional básica e instrumental,

estado mental, problemas de conducta que presenta la persona que recibe los cuidados, así como también se determinó su relación con el bienestar del cuidador, la utilización de servicios de salud y la salud autopercibida. Para este propósito se emplearon análisis de correlación (Pearson), análisis de regresión múltiple y análisis de varianza.

Resultados

Los resultados descriptivos obtenidos en las variables analizadas se muestran en la Tabla 1 y 2.

Puede observarse en la Tabla 1 cómo los cuidadores prestan su atención durante un tiempo medio de 7 años a personas que, como promedio, necesitan ayuda para algo más de 2 actividades básicas de la vida diaria y para casi 5 actividades instrumentales. También se observa cómo las personas que reciben los cuidados obtienen una puntuación media de 25 en el Mini-Examen Cognoscitivo, no alcanzando el promedio el punto de corte establecido (28) para determinar la no existencia de deterioro mental. En la Tabla 2 se recoge el porcentaje de respuestas obtenidas en cada una de las cinco categorías de respuesta posibles de todos los elementos que componen el instrumento de evaluación de la carga, así como el porcentaje acumulado de las dos categorías que indican una mayor frecuencia de ocurrencia ('bastantes veces' y 'siempre'). Atendiendo a este último valor se observa la elevada frecuencia de situaciones tales como 'insuficiente tiempo propio', 'agobio por intentar compatibilizar responsabilidades', 'miedo por el futuro de su familiar', 'pensar que el familiar depende de él o ella', 'falta de intimidad', 'afectación en la vida social' o 'pensar que le considera la única persona que le puede cuidar', mientras que, por el contrario, situaciones tales como 'sentirse avergonzado por su familiar', 'sentirse enfadado cerca de él o ella', 'sentir afectada la vida familiar', 'problemas económicos', 'desear dejar a otra persona el cuidado', 'sentirse indeciso sobre lo que hacer con el familiar' o 'pensar en que debería hacer más' tienen una baja ocurrencia de aparición.

Tabla 1: Datos descriptivos de las variables de estudio.

Variable de estudio	MEDIA	D.T	Rango
Capacidad funcional básica (Índice de Katz)	2.2	1.8	0-6
Capacidad funcional instrumental (I. de Lawton)	4.6	2.9	0-8
Estado mental (MEC)	25	7.5	5-35
Tiempo de cuidado (meses)	84	78	1-300
Salud percibida	3.9	0.9	1-5
Bienestar subjetivo (E. Filadelfia)	9.1	4	0-15
Calidad de la relación	4.4	1	2-5

Tabla 2: Frecuencia de respuestas por ítem (en %) en la Entrevista de Carga

Contenido del ítem	1	2	3	4	5	4 ó 5 (Acum.)
1. El familiar pide más ayuda de la necesaria	50	11.7	21.7	10	6.7	16.7
2. Insuficiente tiempo propio	36.7	10	23.2	13.3	16.7	30
3. Agobio por compatibilizar responsabilidades	35	10	26.7	15	13.3	28.3
4. Se siente avergonzado por su familiar	85	10	3.3	1.7	0	1.7
5. Se siente enfadado cerca de su familiar	61.7	10	25	3.3	0	3.3
6. Vida familiar afectada negativamente	75	3.3	18.3	1.7	1.7	3.4
7. Miedo por el futuro de su familiar	51.7	3.3	25	8.3	11.7	20
8. Pensar que el familiar depende de él o ella	27.1	1.7	15.3	16.9	39	55.9
9. Se siente tenso cerca de su familiar	70	13.3	11.7	3.3	1.7	5
10. Deterioro de la salud	66.7	5	10	13.3	5	18.5
11. Falta de intimidad	46.7	13.3	18.3	5	16.7	21.7
12. Vida social afectada negativamente	48.3	6.7	20	13.3	11.7	25
13. Distanciamiento de las amistades	61.7	6.7	18.3	8.3	5	13.3
14. Ser considerado como único cuidador posible	23.7	8.5	11.9	11.9	44.1	56
15. Problemas económicos para cuidar	77.6	5.2	6.9	5.2	3.4	1.7
16. Incapacidad para cuidar mucho más tiempo	81.7	5	3.3	10	0	10
17. Pérdida de control sobre su vida	67.8	8.5	16.9	5.1	1.7	6.8
18. Desea dejar el cuidado a otra persona	72.9	6.8	18.6	1.7	0	1.7
19. Se siente indeciso sobre su familiar	86.7	1.7	10	1.7	0	1.7
20. Podría cuidar mejor a su familiar	70	5	18.3	3.3	3.3	6.6
21. Debería hacer más por su familiar	73.3	8.3	15.0	3.3	0	3.3
22. Grado de carga experimentado globalmente	26.7	15	30	20	8.3	28.3

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Siempre

Los resultados del análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para el estudio de la estructura factorial de la Entrevista de Carga se recogen en

la Tabla 3. Se observa la presencia de tres factores: **impacto del cuidado** (factor 1), **interpersonal** (factor 2) y **expectativas de autoeficacia** (factor 3).

Tabla 3: Análisis factorial de los ítems de la Entrevista de Carga. Saturación de los elementos en los factores.

Factores	Autovalor	% varianza	% acumulado
Impacto	7.3	33.2	33.2
Interpersonal	2.5	11.4	44.6
Competencia y expectativas	2.1	9.7	54.4

Elementos	Factor 1 <i>Impacto</i>	Factor 2 <i>Interpersonal</i>	Factor 3 <i>Competencia y expectativas</i>
2. Insuficiente tiempo propio	.82	.23	.07
12. Vida social afectada negativamente	.81	.19	-.02
22. Grado de carga experimentado globalmente	.80	.18	-.00
8. Considera al familiar como muy dependiente	.77	-.08	-.01
3. Intentos de compatibilizar responsabilidades	.74	.36	.02
10. Deterioro de la salud	.73	.30	.03
11. Falta de intimidad	.72	.13	-.22
13. Distanciamiento de las amistades	.70	-.00	.32
1. El familiar pide más ayuda de la necesaria	.64	.29	-.03
14. Es considerada como único cuidador posible	.60	-.19	.06
17. Pérdida de control sobre su vida	.60	.22	-.04
7. Miedo por el futuro de su familiar	.41	.17	.05
19. Se siente indeciso sobre su familiar	-.06	.75	.13
9. Se siente tenso cerca de su familiar	.18	.72	-.00
5. Se siente enfadado cerca de su familiar	.39	.65	.01
4. Se siente avergonzado por su familiar	.06	.63	-.28
18. Desea dejar el cuidado a otra persona	.12	.50	.35
6. Vida familiar afectada negativamente	.16	.40	-.05
21. Podría cuidar mejor a su familiar	-.15	.05	.90
20. Debería hacer más por su familiar	-.21	-.04	.80
15. Problemas económicos para cuidar	.22	-.02	.62
16. Incapacidad para cuidar mucho más tiempo	.39	-.01	.53

El factor 1, **impacto del cuidado**, hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos que la prestación de cuidados a un familiar mayor tiene para el cuidador: falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de la salud, etc. El factor 2, **interpersonal** está representado por aquellos elementos re-

feridos a la relación que el cuidador mantiene con la persona mayor cuidada, deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar o sentimientos de indecisión acerca del cuidado. El factor 3, **expectativas de autoeficacia**, refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, la falta de recursos eco-

nómicos para poder cuidar a su familiar adecuadamente o la expectativa de no poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo. En conjunto, los tres factores explican el 55% de la varianza, siendo el factor **impacto** el que mayor porcentaje de varianza explica (33,2%). Los factores "interpersonal" y "expectativas de autoeficacia" explican el 11,4 y el 9,7%, respectivamente.

Se calcularon índices para las tres subdimensiones de carga obteniéndose la medias y desviaciones típicas de la puntuación total de carga y de las puntuaciones en las tres subdimensiones correspondientes a cada uno de los tres factores (Tabla 4). En cuanto al análisis de las propiedades psicométricas tanto la *carga global* como las tres subdimensiones derivadas a partir del análisis factorial tienen una aceptable consistencia interna, que oscila entre .69 y .90 según el índice alpha de Cronbach. En cuanto al análisis de la asociación de las dimensiones de carga con otras variables (criterios externos) en la Tabla 5 se registra el coeficiente de correlación de Pearson con cinco criterios externos que funcionan como estresores que previsiblemente intervienen en la determinación del nivel de carga (tiempo de cuidado, capacidad funcional básica, capacidad funcional instrumental, deterioro mental y severidad de problemas de conducta de la persona cuidada) y con tres criterios que funcionan como efectos o resultados del cuidado (salud percibida del cuidador, bienestar de éste y número de visitas al médico). El índice de *carga global* y la subdimensión *impacto del cuidado* son las que tienen una relación más estrecha con los criterios externos utilizados, mostrando correlaciones con todos ellos, excepto entre *carga global* y deterioro mental. Por lo que se refiere a la dimensión *carga interpersonal* se asocia a la severidad de los problemas de conducta, a la utilización de servicios de salud y a la satisfacción vital del cuidador, y en cuanto al factor *expectativas de autoeficacia* se encuentra sólo una correlación con la incapacidad funcional para actividades básicas de la vida diaria.

Teniendo en cuenta la existencia de las asociaciones estadísticamente significativas anteriormente descritas, se realizaron análisis de regresión, utilizando además de las variables anteriores las siguientes: frecuencia, malestar y severidad de problemas de conducta de depresión, fre-

cuencia, malestar y severidad de problemas de memoria y desorientación, frecuencia, malestar y severidad de problemas de conducta por agitación o exceso, calidad de la relación y edad del cuidador. Con el objetivo de analizar el peso de las diferentes variables asociadas al cuidado que pueden funcionar como estresores o antecedentes de la carga de cuidado fueron realizados cuatro análisis de regresión (método "pasos sucesivos") tomando como variables independientes tales estresores y como variables dependientes las puntuaciones correspondientes a *carga global* y las tres dimensiones de carga (*impacto del cuidado*, *carga interpersonal* e *expectativas de autoeficacia*), respectivamente. La propia naturaleza multidimensional de la carga del cuidador lleva a esperar la existencia de un peso diferencial de los distintos factores explicativos de las dimensiones de la carga, así como a diferencias en cuanto a la relación de los factores predictivos con cada una de las dimensiones. En las Tablas 6 a 9 pueden encontrarse los resultados de dichos análisis. Como puede observarse en la Tabla 6, la *carga global* está explicada por las variables tiempo de cuidado, calidad de la relación actual, frecuencia de conductas depresión que muestra la persona que recibe los cuidados e incapacidad funcional de ésta para actividades instrumentales (AIVD). Entre estas cuatro variables se explica el 83 % de la varianza ($F=26,6$; $p<0,01$). La dimensión *impacto del cuidado* aparece explicada por la severidad de los problemas de conducta y la incapacidad funcional tanto para actividades instrumentales como para actividades básicas de vida diaria, (AVD) y el tiempo de cuidado explicándose así el 76 % de la varianza de la dimensión *impacto del cuidado* ($F= 17,6$; $p<0,01$). En cuanto a la dimensión de *carga interpersonal*, las variables que contribuyen a explicar su varianza son la frecuencia de problemas de conducta y la calidad de la relación actual del cuidador con la persona cuidada, explicando entre ambas el 55 % de la varianza ($F=18,9$; $P<0,01$). Finalmente, la dimensión *expectativas de autoeficacia* viene explicada por las variables incapacidad funcional de la persona cuidada para actividades básicas de vida diaria y la edad del cuidador -a menor edad corresponde unas *expectativas de autoeficacia* más negativas-, explicándose el 55% de la varianza de esta dimensión ($F=9,5$, $p\leq,01$).

Tabla 4: Propiedades psicométricas de medidas de carga de cuidado

	Media (DT)	Min-Max.	α
Puntuación Global de Carga	42.3 (13.8)	22-68	.88
Impacto	29.4 (12.3)	12-53	.90
Interpersonal	8.7 (3.2)	6-20	.71
Incompetencia y expectativas	6.2 (3.2)	4-22	.69

D.T.: Desviación típica

Tabla 5: Propiedades psicométricas de medidas de carga de cuidado (correlaciones con criterios externos)

	Estresores					Resultados		
	Tiempo de cuidado	ADL	IADL	Deterioro mental	Severidad problemas de conducta	Visitas al médico	Salud Percibida	Bienestar del cuidador
Puntuación Total de Carga	.39**	.29*	-.42**	-.19	.51**	.43**	-.40**	-.54**
Impacto	.39**	.30**	-.48**	-.28*	.48**	.45**	-.41**	-.57**
Interpersonal	.19	-.04	-.06	-.06	.52**	.28*	-.11	-.38**
Incompetencia y expectativas	.11	.31**	-.09	-.07	.02	.02	-.22	-.09

(** $p \leq .01$, * $p \leq .05$)

El último análisis realizado se centra en la utilidad predictiva de las diferentes dimensiones de carga con respecto al bienestar subjetivo del cuidador. El bienestar es una de las variables más ampliamente utilizadas para determinar del nivel de satisfacción vital en la investigación gerontológica (Montorio e Izal, 1992, 1997) y, en este estudio, habiéndose también recomendado su utilización para evaluar los efectos del cuidado en los cuidadores. Para ello se realizó un análisis de varianza para cada uno de los índices correspondientes a las tres dimensiones encontradas de carga, así como para la *carga global*, tomando como único factor el **bienestar subjetivo del cuidador** o **satisfacción vital autoinformada**. Para ello se agruparon las puntuaciones obtenidas en la Escala de Satisfacción Philadelphia (Lawton, 1972) en tres niveles (baja, media y alta satisfacción) utilizando para esta clasificación las puntuaciones obtenidas en el estudio de validación de esta escala con población española (Montorio, 1994). Los análisis muestran diferencias significativas según el nivel de satisfacción para la puntuación de *carga global* y para las puntuaciones en las dimensiones *impacto*

del cuidado y *carga interpersonal*, no habiendo diferencias significativas en cuanto a la dimensión *expectativas de autoeficacia*. La Tabla 10 muestra las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de carga correspondientes a los tres grupos de cuidadores con diferentes niveles de satisfacción, así como los valores de significación y los grupos entre los que se encuentran diferencias significativas. Como puede verse, en cuanto a la *carga global* (puntuación total) y la dimensión *impacto del cuidado* se encuentran diferencias significativas entre aquellos cuidadores que tienen una satisfacción alta y aquellos con una satisfacción media o baja, es decir, aquellos cuidadores cuya satisfacción es alta experimentan significativamente menor grado de carga por el cuidado que aquellos cuya satisfacción es media o baja, no existiendo entre estos dos últimos diferencias estadísticamente significativas. Por último, en la dimensión *carga interpersonal* aparecen diferencias significativas únicamente entre los cuidadores que puntúan alto y los que puntúan bajo en satisfacción subjetiva, no existiendo diferencias en ningún caso con aquellos cuidadores con satisfacción media.

Tabla 6: Análisis de regresión. Predicción del Índice Global de Carga

Variable Criterio	β	t	% var. acum.	F
Tiempo de cuidado	.42	3.99**	47	21.9**
Calidad de la relación actual	-.38	-3.4**	69	26.3**
Frecuencia conductas de depresión	.33	3.2**	77	25.3**
Dependencia instrumental AIVD	-.28	-2.8**	83	26.7**

(** $p \leq .01$, * $p \leq .05$)

Tabla 7: Análisis de regresión. Predicción de la dimensión Impacto

Variable Criterio	β	t	% var. acum.	F
Severidad problemas de conducta	.38	2.8**	45	20.8**
Dependencia instrumental AIVD	-.64	-4.3**	65	22.2**
Tiempo de cuidado	.32	2.4*	71	18.8**
Dependencia funcional básica AVD	-.31	-2.2*	76	17.6**

(** $p \leq .01$, * $p \leq .05$)

Tabla 8: Análisis de regresión. Predicción de la dimensión Interpersonal

Variable Criterio	β	t	% var. acum.	F
Frecuencia problemas conducta	.55	3.9**	48	29.5**
Calidad de la relación	-.3	-2.2**	5	18.9**

(** $p \leq .01$, * $p \leq .05$)

Tabla 9: Análisis de regresión. Predicción de la dimensión Competencia y expectativas

Variable Criterio	β	t	% var. acum.	F
Dependencia funcional básica AVD	.50	3.4**	30	10.9**
Edad cuidador	-.34	-2.4*	11	9.5**

(** $p \leq .01$, * $p \leq .05$)

Tabla 10: Análisis de varianza de las dimensiones de carga según nivel de bienestar .

	1. Media (DT)	2. Media (DT)	3. Media (DT)	F	Dif. signific. entre grupos
Carga Total	28,5 (12,8)	24,7 (14)	11,1 (8,4)	11,4 **	1-3 2-3
Impacto	25,7 (12,5)	20,7 (12,1)	9 (6,2)	12,5 **	1-3 2-3
Interpersonal	4,3 (3)	2,5 (2,6)	1,6 (3,5)	3,3 *	1-3
Incompetencia y expectativas	1.4 (2,8)	2.8 (3,2)	1.3 (2,1)	--	--

1. Baja Satisfacción; 2. Media Satisfacción; 3. Alta Satisfacción. D.T.: Desviación típica. ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Discusión

El cuidado de las personas mayores dependientes en el medio familiar supone una serie de cambios personales, sociales y económicos que se conocen como consecuencias o efectos del cuidado (Zarit *et al.*, 1995) y que ha sido objeto de un amplio número de investigaciones. Sin embargo, como sugería una eminente gerontóloga (George, 1990), parece que la investigación se ha centrado más en demostrar lo que ya se sabe -que el cuidado de una familiar puede tener efectos negativos- que en generar nuevos conocimientos acerca del estrés del cuidador. Desde nuestro punto de vista, tal proliferación de estudios que demuestran lo ya conocido, tiene como punto en común la medición de variables cuya pertinencia, validez, utilidad y anclaje teóricos han sido insuficientemente estudiados.

El propósito principal de este artículo es examinar la validez del constructo más frecuentemente utilizado en los estudios sobre cuidadores, la carga del cuidador, y de esta forma, extraer algunas conclusiones acerca de su relevancia científica y social. Específicamente, un objetivo principal de este trabajo ha sido analizar la posible multidimensionalidad del concepto de carga a partir de su evaluación mediante el instrumento más conocido y utilizado en muy diversos contextos para evaluar tal dimensión, la Entrevista de Carga (Zarit *et al.*, 1980).

La mayor parte de las investigaciones sobre la carga de los cuidadores utilizan como indicador de este aspecto una única puntuación. De forma similar, los clínicos en su ejercicio profesional, aplican escalas de carga que les permitan seleccionar sujetos en riesgo o valorar la eficacia de los tratamientos aplicados. En ambos casos, se supone y se actúa bajo el principio de que el concepto de carga es básicamente unidimensional. Por el contrario, los resultados de este trabajo apoyan el carácter multidimensional de la carga revelando tres factores o dimensiones. La primera de ellas hace referencia al *impacto del cuidado* o valoración por parte del cuidador o cuidadora acerca de los efectos que tiene en él o ella la prestación de cuidados a su familiar mayor (disminución de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de la salud). La se-

gunda dimensión, que se ha denominado **carga interpersonal**, hace referencia a la percepción que el cuidador o cuidadora tiene acerca de su relación con la persona a la que cuida, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar, deseos de delegar el cuidado o sentimientos de indecisión acerca de cómo cuidar. La última dimensión, **expectativas de autoeficacia** refleja la creencia del cuidador en torno a su capacidad para cuidar y sus expectativas acerca de sus posibilidades para mantener en el tiempo la situación de cuidado. Así se observa cómo, tal y como ya sido señalado (Bass *et al.*, 1989; Hoenig y Hamilton, 1967; Lawton, Kleban, Moss, Rovine y Glicksman, 1989; Montgomery *et al.*, 1985; Stull, 1986), desde un punto de vista empírico el concepto de carga no es unidimensional sino, que por el contrario, subsume contenidos que racionalmente pueden ser diferenciados y que hacen referencia a diferentes aspectos del impacto subjetivo del hecho de cuidar. Dimensiones similares, con una mínima variación en los elementos que las componen, han sido hallados en un reciente estudio en nuestro país (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Tausig, 1996).

Tras comprobar que nuestros resultados apoyan que el constructo de carga engloba diferentes dimensiones, un segundo objetivo de este trabajo fue examinar el supuesto de que tales dimensiones deberían asociarse de forma distinta a otras variables que la investigación con cuidadores ha encontrado relevantes. En este sentido, los resultados mostraron la existencia de diferentes patrones de correlación de cada dimensión con cinco variables que se han considerado típicamente como estresores característicos de las situaciones de cuidado. Así, el *impacto del cuidado* fue la única dimensión que se asoció significativamente a los cinco estresores seleccionados, de forma que, cuanto más tiempo de cuidado había transcurrido desde que comenzó el cuidado y mayores eran la incapacidad funcional básica e instrumental (una puntuación baja en esta variable es indicativa de incapacidad, de ahí el signo negativo), el deterioro mental y la severidad de los problemas de conducta de las personas cuidadas, mayor era el *impacto* sobre el cuidador o cuidadora. En cuanto a la *carga global*, es destacable la ausencia de asociación estadísticamente significativa de ésta con el deterioro

mental, a pesar de la asociación entre la *carga global* y el *impacto*. Esto significa que un índice global de carga puede enmascarar algunos efectos relacionados con el cuidado (Lawton *et al.*, 1989; Montgomery *et al.*, 1985; Stull, 1996). Con respecto a las dos dimensiones restantes es destacable que la **carga interpersonal** sólo se encontró asociada significativamente a la severidad de los problemas de conducta, mientras que las **expectativas de autoeficacia** se asociaron solamente a la incapacidad funcional básica. Estos resultados parecen indicar que el/la cuidador/a tiene una peor percepción de su relación interpersonal con la persona cuidada y un mayor rechazo hacia ella cuando ésta manifiesta problemas de conducta en un grado importante, a la vez que se siente más incompetente y tiene peores expectativas acerca de la situación cuando la persona receptora de cuidados ha perdido un parte importante de sus habilidades más básicas para manejarse en la vida diaria (higiene, vestido, continencia, etc.). Hasta aquí, se han descrito las relaciones entre dimensiones de carga y posibles factores estresantes previos. En cuanto a la asociación de la carga y sus dimensiones con indicadores de efectos o resultados del cuidado (número de visitas al médico, salud percibida y bienestar), la dimensión *impacto del cuidado* correlaciona significativamente con los tres criterios de resultados analizados, la *carga interpersonal* se asocia significativa y positivamente con la utilización de servicios de salud y negativamente con el bienestar y, por último, las *expectativas de autoeficacia* no guardan relación alguna con los efectos del cuidado evaluados.

Una vez establecida la existencia de diferentes pautas de correlación entre cada dimensión de carga y las variable criterio (estresores y efectos del cuidado), se analizó cómo los estresores del cuidado seleccionados contribúan en conjunto a explicar cada una de las tres dimensiones de carga. En la Tabla 11 se muestra un resumen de estos análisis. En primer lugar, se puso de relieve que la dimensión global de carga se explica factores diferentes que las dimensiones particulares de carga. Por ejemplo, la dependencia funcional básica explica el *impacto* y las *expectativas de autoeficacia*, mientras que la frecuencia del conjunto de los problemas de conducta explica la *carga interpersonal*, aunque ninguna contribuye a explicar la *carga global*. Tampoco en el caso de coincidir factores explicativos de

la *carga global* y de alguna otra dimensión de carga el peso de tales factores es idéntico. Por ejemplo, la dependencia funcional instrumental tiene un peso doblemente superior en la dimensión *impacto del cuidado* que en la *carga global*. En resumen, comprobamos nuevamente que la *carga global* resulta una medida menos sensible que otras medidas más específicas de carga.

Un último resultado de este trabajo hace referencia a la relación entre las medidas más específicas de carga y el criterio de bienestar subjetivo como indicador de los efectos últimos del cuidado sobre el cuidador (Pearlin, 1994). Los análisis de varianza de las distintas dimensiones de carga, según el grado de bienestar de los cuidadores revelan que tanto la *carga global* como el *impacto del cuidado* permiten distinguir entre los tres grupos de cuidadores (bajo, medio y alto bienestar), mientras que la *carga interpersonal* permite discriminar entre el grupo de alta y baja satisfacción y la dimensión *expectativas de autoeficacia* no discrimina entre ninguno de los tres grupos de bienestar. Es decir, la dimensión *impacto del cuidado* sobre el cuidador o la *carga global* tienen un mayor poder predictivo respecto al bienestar del cuidador que las otras dos dimensiones.

Resumiendo los anteriores resultados, parece posible afirmar que nuestros resultados apoyan el carácter multidimensional del concepto de carga puesto que diferentes dimensiones se asocian en cada caso a distintos aspectos del cuidado. También, estos resultados apoyan el que la evaluación de la carga del cuidador no implique una única puntuación indicativa de carga sino que, por el contrario tenga en cuenta la heterogeneidad del contenido de este concepto (Stull, 1996). En este sentido, los resultados de nuestro estudio indican la existencia de tres dimensiones de carga del cuidador: una primera dimensión con un componente más objetivable y que hace referencia a la percepción que el cuidador tiene sobre posibles cambios en su vida desde que comenzó a cuidar, esto es, su valoración sobre los estresores derivados del hecho de cuidar (□ Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?); una segunda dimensión, que recoge la percepción sobre la relación con la persona cuidada y que, en alguna manera, es cercana a los sentimientos de ambivalencia y rechazo que experimentan los cuidadores

y que han sido frecuentemente descritos en estudios sobre cuidadores (Miller, McFall y Montgomery, 1991), con un importante contenido afectivo; una última dimensión, sería una valoración más global del cuidado sobre su propia competencia para cuidar. Mientras que la primera dimensión sería conceptualmente más cercana a lo que se

ha denominado carga objetiva o grado de perturbación en distintos aspectos domésticos y de la vida de los cuidadores, las dos últimas dimensiones estarían más cerca del concepto de carga subjetiva que conlleva actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar (Montgomery et al., 1985).

Tabla 11: Variables predictoras de las dimensiones de carga

	Carga global	Impacto	Interpersonal	Incompetencia
Dependencia funcional básica AVD	O	X	0	X
Dependencia instrumental AIVD	X	X	0	0
Frecuencia problemas conducta	0	0	X	0
Severidad problemas de conducta	0	X	0	0
Frecuencia conductas de depresión	X	0	0	0
Calidad de la relación	X	0	X	0
Edad del cuidador	0	0	0	X
Tiempo de cuidado	X	X	0	0

X= Forma parte de la ecuación de regresión 0= No forma parte de la ecuación de regresión

Respecto a un último objetivo general de este estudio, esto es, valorar la utilidad del constructo de carga se pueden extraer algunas conclusiones a partir de nuestros resultados. Como ya se ha señalado anteriormente, la notable producción científica sobre la carga de los cuidadores y la disparidad en cuanto a su definición y evaluación (Stull, 1996) ha transcurrido paralelamente a la ausencia de la necesaria elaboración teórica del mismo, así como a la par de una independencia de cualquier modelo explicativo en el que ubicarse (Deimiling, 1994). Las razones de esta situación debemos buscarlas en el propio origen del término de carga, esto es, en la necesidad de contar con medidas comprensivas que dieran cuenta de las múltiples consecuencias para la familia tiene cuidar a uno de sus miembros de forma continuada. Debido a ello, durante veinte años las necesidades aplicadas han ido por delante de las más puramente científicas. Sin embargo, los conocimientos con que contamos actualmente en relación con este tema ponen de manifiesto la necesidad urgente de su refinamiento conceptual antes de continuar investigando sobre sus implicaciones prácticas (Pearlin, 1994; Deimiling, 1994; Stull, 1996). Algunos relevantes investigadores han propuesto como solución incluir este concepto en modelos teóricos ya existentes y, concreta-

mente, dentro del modelo de estrés. En este sentido, estamos de acuerdo con Pearlin (1994) cuando plantea que el hecho de cuidar a una persona mayor dependiente puede ser considerado como una situación de estrés crónico que abarca tres dominios principales que deben ser entendidos en el contexto en el que ocurren. Los *estresores* serían las condiciones y experiencias que tienen la capacidad de provocar la activación del estrés (p. ej., actividades de vida diaria en las que existe dependencia, comportamientos que amenazan la seguridad o son socialmente inapropiados). Los *mediadores* hacen referencia a aquellas acciones y recursos que tienen la capacidad de modificar la dirección del proceso de estrés y aliviar su impacto sobre los individuos (p.ej., habilidades de afrontamiento y apoyo social). Por último, el tercer elemento básico del proceso de estrés serían los *resultados* o efectos causados por el cuidado (depresión, alteración en la respuesta inmunológica, enfermedades físicas, la capacidad para prestar cuidados, etc.). Cuando se intenta incorporar el concepto de carga -evaluada a través de la Entrevista de Carga de Zarit- debemos preguntarnos en cuál de las anteriores categorías debería incluirse, cómo estresor, mediador o como efecto del cuidado.

En este trabajo, hemos optado por situar la carga, en

sus diferentes dimensiones, más próxima a una posición de mediador (recuérdese que la hemos analizado en función de un conjunto de estresores y, a la vez, se ha analizado su poder explicativo sobre algunos indicadores de resultados o efectos últimos de cuidar). Esta propuesta es acorde con los planteamientos que defienden que la carga debe ser entendida como una valoración cognitiva moduladora de la relación entre los estresores y la subsiguiente adaptación (bienestar, adecuado funcionamiento social, buena salud, etc.). (Poulshock y Deimling, 1984; Parris Stephens y Kinney, 1989). Es decir, se consideraría la carga como una valoración o interpretación del cuidador ante unos estresores derivados del cuidado, de lo que puede seguirse un mejor o peor ajuste según se valore más o menos negativamente y en función de los recursos y habilidades con los que cuenta el cuidador. En este sentido, es estamos asistiendo a una transición del concepto de carga. Hay varios hechos que señalan en esta dirección. En primer lugar, como se ha venido reiterando en este estudio, el concepto de carga como tal es difícilmente sostenible. Cada vez más, se extiende el consenso acerca de su carácter multidimensional, perdiendo entidad por sí mismo como constructo explicativo. En segundo lugar, se proponen términos alternativos al tradicional término de carga como forma de incrementar la necesaria precisión terminológica en torno a este concepto. Así, por ejemplo, se ha propuesto su sustitución por el término de *tensión o esfuerzo* (del inglés *strain*) como mejor indicador del malestar producido en el cuidador debido al hecho de cuidar (Stull, 1996). En tercer lugar, parece necesario que no solo se contemplen los aspectos negativos de cuidar sino también los positivos (compañía que proporciona la persona cuidada, agradecimiento de ésta, etc.). Aunque, la mayor parte de las investigaciones sobre cuidadores ha utilizado la ausencia de efectos negativos como una medida indirecta de los efectos positivos, los efectos negativos y positivos pueden existir simultáneamente y ser independientes (Deimling, 1994). Como se ha destacado recientemente, ha existido en la psicología un olvido de lo positivo, del estudio del bienestar y la felicidad y del análisis de las consecuencias positivas de experimentar emociones agradables (Avia, 1995). Esta perspectiva es acorde con la propuesta de Lawton y sus

colaboradores (Lawton *et al.*, 1989). Estos autores sugieren que se contemple la carga del cuidador como una consecuencia de un proceso de valoración subjetiva (del inglés *appraisal*) (Lazarus y Folkman, 1984). En este sentido, recomiendan la utilización del término *valoración o apreciación* del cuidador, en lugar de carga del cuidador. Con este cambio terminológico pretenden resaltar que no todas las demandas experimentadas por los cuidadores suponen una carga o son estresantes. En este proceso de valoración incluirían tanto las valoraciones cognitivas y afectivas de posibles estresores como las propias habilidades de afrontamiento de los mismos. En esta misma perspectiva se sitúan los trabajos de Kinney y Stephens (1989) y Pruchno y Resch (1990).

Concluyendo, con este trabajo trabajo se ha pretendido mostrar, por una parte, que el concepto de carga utilizado en los estudios sobre cuidadores familiares de personas mayores dependientes ha estado carente de referentes teóricos, adoleciendo también de importantes deficiencias metodológicas, y por otra parte, que su contenido es diverso, multidimensional y que ha mostrado significativas asociaciones con diversos factores implicados en el cuidado. Coherentemente con lo anterior se han encontrado hallazgos dispares en torno a la carga. Así, por ejemplo, el concepto de carga se ha revelado como un importante predictor de institucionalización (Brown, Potter y Foster, 1990), pero, sin embargo, existen contradictorios también trabajos en cuanto a si existen o no diferencias en la carga experimentada por cuidadores de ancianos con dependencia física versus ancianos con deterioro cognitivo (Kielcot-Glaser *et al.*, 1987; Neary, 1993). En el meta-análisis que Knight, Lutzky y Macofsky-Urban (1993), necesaria referencia sobre la eficacia de las intervenciones con cuidadores, estos autores señalaban que los instrumentos de evaluación utilizados (fundamentalmente sobre carga) no han sido lo suficientemente sensibles para valorar los cambios, reflejando así las deficiencias conceptuales y metodológicas del concepto de carga. Probablemente es un momento oportuno para contemplar la carga como un aspecto más de los muchos aspectos implicados en el cuidado, preferentemente analizados dentro de un modelo teórico en el que se consideren también los aspectos positivos. También, es momento de

reflexionar sobre la necesidad de contar con procedimientos de evaluación con claros y consistentes referentes teóricos que den cuenta de las tareas y estresores presentes en el cuidado, de las formas en que el cuidador valora y afronta el cuidado, de los recursos de los que dispone y de los efectos que el cuidado provoca en el cuidador y en el receptor de cuidados. En relación con esto último, es importante estar alerta de la importancia de la persona que es receptora de la ayuda que presta el cuidador, para no hacer cierta la siguiente afirmación de Horowitz (1985): "Resulta irónico que cuando descubri-

mos al cuidador parecemos olvidarnos de la persona mayor como receptora de cuidado". Para terminar, si el interés científico de un adecuado desarrollo teórico y metodológico comienza a ser un lugar común en la investigación, el interés social de este mismo desarrollo también debe ser convenientemente reconocido puesto que contar con medidas e instrumentos de evaluación apropiados, en última instancia, es fundamental para la valoración de los recursos necesarios y la optimización de servicios y programas de intervención social.

Referencias

- Avia, M. D. (1995). Personas felices: las emociones positivas. En M.D. Avia y M.L. Sánchez Bernardos (Eds.), *Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.
- Bass, D.M., Tausig, M.B. y Noelker, L.S. (1988-1989). Elder impairment, social support and caregiver strain: A framework for understanding support's effects. *Journal of Applied Social Sciences*, 13, 80-115.
- Bermejo, F. Gómez, T. y Morales, J.M. (1994). El Mini-Mental State Examination en la evaluación del deterioro cognitiva y la demencia. En T. Del Ser y J. Peña Casanova (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous.
- Brown, A.S. (1996). *The social processes of aging and old age*. New Jersey: Prentice Hall.
- Brody, E.M. (1981). Women in the middle' and family stress. *The Gerontologist* 23: 51-56.
- Deimling, G.T. (1994). Caregiver functioning. En M.P. Lawton & J.A. Teresi (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (257-280). Nueva York: Springer.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). Minimal state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Gatz, M., Bengtson, V.L. y Blum, M.J. (1990). Caregiving families. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press.
- George, L.K. (1990): Social Structure, Social Processes, and Social-Psychological States. En R.H. Binstock y L.K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Nueva York: Academic Press.
- George, L.K. (1992). Community and home care. En J.E. Birren, R.B. Sloane y G.D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging*, 2 ed. San Diego: Academic Press.
- Grad, J. y Sainsbury, O. (1963). Mental illness and the Family. *Lancet* i: 544-547.
- Hoening, J. y Hamilton, M.W. (1965). Extramural care of psychiatric patients. *Lancet* i: 1322-1325.
- Hoening, J. y Hamilton, M.W. (1967). The burden on the household in an extramural psychiatric service. En H. Freeman (Ed.), *New aspects of Mental Health Services*. Londres: Pergamon Press.
- Horowitz A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Vol 5. Nueva York: Springer.
- IMERSO (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid.
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. del Ser y J. Peña Casanova (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous.
- Katz, S. C., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kielcot-Glaser, J.K., Glaser, R., Shuttleworth, E.C., Dyer, C.S., Ogrocki, P. y Speicher, C.E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine*, 49, 523-535.
- Kinney, J.M. y Stephens, M.A.P. (1989). Hassless and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging*, 4, 454-463.
- Knight, B.G., Lutzky, S.M. y Macofsky-Urban, F. (1993). A meta-analytic review of recommendation for caregiver distress: recommendations for future research. *The Gerontologist*,

- 33, 240-248.
- Lawton, M.P. (1972): Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.), *Research Planning and Action for the Elderly*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-185.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, S73-S79.
- LLinas, J., Vilalta, J. y Lopez, S. (1991). *CAMDEX. Adaptación y validación castellana del Cambridge of dementia examination*. Barcelona: Ancora.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Burgada, F.G., Sala, J.M. y Seva, A. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 189-202.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Miller, B., Mc Fall, S. y Montgomery, A. (1991). The impacto of elder health, caregiver involvement, and global stress on two dimensions of caregiver burden. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 46, S9-S19.
- Montgomery, R.J.V. y Borgatta, E.F. (1989). Effects of alternative family support strategies. *The Gerontologist* 29: 457-464.
- Montgomery, R.J., Gonyea, J.G. y Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 34, 19-26.
- Montorio, I., Díaz-Veiga, P. e Izal, M. (1995). Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 3, 157-168.
- Montorio, I. e Izal, M. (1992): Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología*, Julio-Septiembre. 1992.
- Montorio, I. e Izal, M. (1997). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más?. *Intervención psicosocial*, 6(1), 53-75.
- Montorio, I. (1990). *Evaluación Psicológica en la Vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Tesis Doctoral (no publicada).
- Montorio, I. (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: INSERSO.
- Morales, J.M. y Del Ser, T. (1994). Métodos de estimación del deterioro mental en el anciano. En T. Del Ser y J. Peña Casanova (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous.
- Neary, M.A. (1993). Type of elder impairment: Impact on caregiver burden, health outcomes and social support. *Clinical Gerontologist*, 13(2), 47-58.
- Neary, M.G., Williams, T.F., Emr, M., Lebowitz, B., Rabins, P., Salloway, J. et al. (1985). Family, informal supports and Alzheimer' disease. *Research on Aging*, 7, 623-644.
- Parris Stephens, M.A., Kinney, J.M. (1989). Caregiving stress instruments: Assessment of content and measurement Quality. *Gerontology Review*, 2(1), 40-54.
- Pearlin, L.I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress. En E. Light, G. Niederehe y B.D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. Nueva York: Springer.
- Poulshock, S.W. y Deimling, G.T. (1984). Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. *J. of Gerontology*, 39, 230-239.
- Pratt, C., Wright, S. y Schmall, V. (1987). Burden, coping and health status: A comparison of family caregivers to community dwelling and institutionalized Alzheimer's patient. *Gerontological Social Work*, 99-112.
- Pruchno, R.A. y Resch, N.L. (1990). Mental health of Caregiving spouses: coping as mediator, moderator, or main effect?. *Psychology and Aging*, 4(4), 454-463.
- Stone, R., Cafferata, G.L. y Sangl, J. (1987). Aregivers of the frail elderly: A national profile. *Gerontologist*, 27, 616-626.
- Sánchez Colodrón, M. (1995). *Autonomía en la vejez: Análisis de factores psicosociales implicados en la dependencia funcional*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Tesina de licenciatura (no publicada).
- Scharlach, A.E. (1987). Relieving feelings of strain among women and elderly mothers. *Psychology and Aging*, 2, 9-13.
- Sherwood, S.J., Morris, J., Mor, V. & Gutkin, C. (1977): *Compendium of Measures for Describing and Assessing Long Term Care Populations*. Boston: Hebrew Rehabilitation Center for Aged.
- Stull, D.E. (1996). The Multidimensional Caregiver Strain Index (MCSI). Its measurement and structure. *Journal of Clinical Gerontology*, 2(3), 175-196.
- Winograd, I.R., Fisk, A.A. y Kirsling, R.A. y Keys, B. (1987). The relationship of caregiver burden and morale to Alzheimer's disease patient function in a therapeutic setting. *The Gerontologist*, 27.
- Zarit, S.H., Anthony, C.R., Boutselis, M. (1987). Interventions with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2, 225-232.
- Zarit, S.H., Johansson, B. y Malmberg, B. (1995). Changes in functional competency in the oldest one. *Journal of aging and health*, 7 (1), 3-23.
- Zarit, S.H., Orr, N.K y Zarit, J.M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress*. Nueva York: New York University Press.

Zarit, S.H., Reever K.E., Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Zarit, S.H. y Zarit J.M. (1983). *The Memory and behavior problem checklist and the burden interview*. Technical Report, Pennsylvania State University.