

INTERVENCIÓ EN CUIDADORS: DADES PRELIMINARS DE L'ESTUDI ICIAS

Aquest article va obtenir el **segon premi als IX Ajuts a la Recerca de la CAMFiC**.

Autors:

Josep Maria Bonet Simó¹, Magdalena Rosell Murphy², Francesc Solé Sancho³, Eva Bellerino Serrano⁴, Ester Baena Escamilla⁵ i Grup ICIAS⁶

¹ Metge de família. SAP Cerdanyola Ripollet

² Metgessa de família. CAP Serraparera

³ Metge de família. CAP Badia de l Vallés

⁴ Metgessa de família. CAP Torre Romeu

⁵ Infermera. SAP Cerdanyola Ripollet

⁶ Grup ICIAS (Montserrat Pons Segura, Montserrat Rubio Villar, Ilona Krier Gunther, Silvia Kadar Lain, M Teresa Ruiz Cámara, Montse Caldés Llevot, Ferran Naveros Almenara, Carlota Albuin Alsina, Pascuala Torres Mora, Josefa Martínez Frutos, M José Mora Valero, Nuria Puchol Ruiz, Alicia Álvarez Lázaro, Eva Vinyallonga Flores, M Rosa Martínez Luque, Adoración Alfonso Granero, Pau Hidalgo Valls, Tamara Navarro Sierra, Eva Acerboni Flores, Judith Ribas Rebull, Mercè Novella Izquierdo, Nuria Aznar Martínez, Begoña González Carrion, Víctor García Navarro, M Antonia Pons Iradiel, Francisca Díaz Chamizo, Anna Clot Alvarado, Montserrat Gine Gine, Ana Cuenca Olivas, José Antonio Zarallo Toca, M Gloria Corbalán Carrillo, Amada Aguye Batista, Núria Prat Gil, Esther Limón Ramírez, Ana Calonge Vallejo, Eduardo Carrión Sánchez, Isabel Otzet Gramunt, Mireia Prat Benítez, Valentina Herrero Vicario, Carolina Moragues Farras.)

Correctors:

Olalla Monton i Lurdes Alonso

Correspondència:

Josep Maria Bonet Simó

Adreça electrònica: jmbonets@gencat.cat

Publicat: Juliol de 2012

Josep Maria Bonet Simó, Magdalena Rosell Murphy, Francesc Solé Sancho, Eva Bellerino Serrano, Ester Baena Escamilla and Grup ICIAS

(2012)

Intervenció en cuidadors: dades preliminars de l'estudi ICIAS. Butlletí: Vol 30:Iss 1, Article 3.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol30/iss2/3>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol30/iss2/3>

RESUM

Objectiu

Conèixer si una intervenció per millorar el suport social, és efectiva per disminuir la sobrecàrrega dels cuidadors principals dels pacients del programa d'atenció domiciliària (ATDOM) i millorar-ne la qualitat de vida.

Material i mètodes

Disseny: Assaig d'intervenció comunitària, controlat, multicèntric, aleatoritzat amb assignació per conglomerats.

Població: Cuidadors principals informals de pacients ATDOM, majors de 18 anys, amb història als centres d'Atenció Primària participants. Analitzem els 203 pacients inclosos.

Mesures:

a) Cuidador: sociodemogràfiques, test de Zarit abreujat, test de MOS i SF-12, Escala de Goldberg, Apgar familiar, Escala d'estrès psicosocial, patologies cròniques.

b) Pacient dependent: sociodemogràfiques, Índex de Barthel, test de Pfeiffer

Intervenció: grup intervenció: 1 sessió individual, 1 sessió familiar i 4 d'educació grupal. El grup control rebra l'atenció habitual en ATDOM.

Anàlisi estadístic: Es comparen els grups d'estudi abans i després de la intervenció per les variables dependents; comparant mitjanes amb el test t de student en les variables quantitatives i mitjançant χ^2 en el cas de variables qualitatives.

Resultats

Els cuidadors del grup intervenció milloren el recolzament social amb diferències estadísticament significatives respecte al grup no intervenció, sense diferències per l'esgotament del cuidador i la dimensió física de la qualitat de vida. La dimensió mental de la percepció de la pròpia salut millora en el grup intervenció, però no quan la comparem amb el grup no intervenció. Hi ha diferències en l'escala ansietat – depressió entre grups.

Conclusions

Millora el suport social amb la intervenció, però només milloren paràmetres que mesuren les dimensions psicològiques i mentals de la salut del cuidador, sense canvis en els paràmetres de les dimensions físiques.

L'augment de l'esperança de vida no només ha provocat un increment del nombre total de persones ancianes, sinó també un augment de la taxa de dependència en aquest col·lectiu. Aquesta

dependència es tradueix en un declivi físic que comporta necessitats d'atenció psicosocial i sanitària, i que situen a la persona gran en un nivell d'inferioritat en un món ràpidament canviant.⁽¹⁾

La família continua sent la força principal de l'atenció a les persones grans dependents, a pesar de l'existència, de vegades deficitària, de serveis de suport formal (professionals)⁽²⁾. El Suport Familiar constitueix la principal font de Suport informal de la persona gran i resulta ser un clar predictor de la seva continuïtat en la comunitat de residència i de la demora i evitació de l'ingrés en una institució⁽³⁾. Quan es tracta d'analitzar les conseqüències que té el fet de ser el cuidador principal d'una persona dependent una de les paraules clau és la de sobrecàrrega⁽⁴⁾. Quan l'activació emocional que pot provocar la sobrecàrrega és molt intensa, molt freqüent o quan es manté durant molt temps, la salut, el benestar i el comportament del cuidador poden afectar-se⁽⁴⁾. Per això s'ha considerat important l'avaluació del benestar psicològic, un component central de la qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS)⁽⁵⁾. Alguns estudis suggereixen que la investigació sobre la salut dels cuidadors ha de complementar-se amb mesures de la qualitat de vida o d'aspectes relacionats⁽⁶⁾.

En un estudi realitzat en el nostre àmbit, sobre la sobrecàrrega de les cuidadores informals⁽⁷⁾, varem observar que: El suport social rebut està relacionat amb la sobrecàrrega del cuidador. És a dir, incidint en el suport social podem millorar el grau de sobrecàrrega del cuidador i també milloraríem la seva qualitat de vida.

En diferents treballs publicats en els darrers anys sobre cuidadors de pacients amb accident vascular cerebral^(8,9) demència^(10,11,12,13,14,15,16,17) i esquizofrènia⁽¹⁸⁾ es demostra que es pot millorar el recolzament als cuidadors informals amb una intervenció reglada. Un estudi realitzat a l'Atenció Primària sobre els cuidadors dels pacients dependents en Atenció Domiciliària, corrobora l'efectivitat d'una intervenció multidisciplinària⁽¹⁹⁾.

Davant la importància de l'envelliment en la nostra població i la insuficient cobertura formal de les cures del pacient dependent, - tant en costos com en personal - , cobra una gran importància l'acció dels cuidadors informals. Per a aconseguir una acció perllongada i efectiva dels cuidadors informals, hem d'aconseguir evitar en tant que sigui possible la sobrecàrrega que aquests cuidadors experimenten i millorar la seva qualitat de vida, fomentant el seu benestar psicològic.

L'objectiu del nostre treball és analitzar l'efecte d'una intervenció multi factorial i multi disciplinar, portada a terme per professionals d'Atenció Primària, sobre els cuidadors dels pacients dependents perquè, a partir de la millora del recolzament social, millori també l'esgotament i la qualitat de vida dels mateixos.

MATERIAL I MÈTODE

Assaig d'intervenció comunitària, controlat, multicèntric, aleatoritzat amb assignació per conglomerats (EAP) en persones cuidadores informals, realitzat a 9 centres d'Atenció Primària de les comarques del Vallès.

Es van seleccionar els cuidadors principals informals, de més de 18 anys, de pacients en Atenció

Domiciliària (ATDOM), identificats en la història clínica informatitzada, que fan activitats de cuidador de forma desinteressada, que no fan de cuidadors durant períodes intermitents, ni han iniciat la seva activitat fa menys d'1 any, ni tenen problemes de comunicació (problemes psiquiàtrics, demència, sordesa) que impedeixin realitzar l'entrevista i que hagin donat el seu consentiment per participar a l'estudi.

El càlcul de la grandària de la mostra es va realitzar assumint que era clínicament rellevant una diferència de 4 punts en el test de Zarit reduït entre l'inici i el final de la intervenció. La desviació estàndard en el test de Zarit reduït en un estudi fet a Catalunya era de 7.32. Acceptant un risc alfa de 0.05 i un risc beta de 0.2 en un contrast bilateral i un percentatge de pèrdues i abandonaments del 20%, es precisen 64 subjectes a cada grup. Com la unitat d'aleatorització es l'EAP, considerant segons la revisió de la literatura ^(20,21,22) un coeficient de correlació intraclasse de 0.05, i un nombre mig de cuidadors principals informals de pacients en ATDOM per EAP de 25, l'efecte disseny és de 2.2, de manera que es necessiten en total 282 cuidadors principals informals de pacients en ATDOM. Es presenten les dades relatives als 203 cuidadors ja inclosos a la base de dades definitiva, després dels controls de qualitat pertinents.

Mitjançant explotació de la història clínica electrònica, obtenim els llistats de persones que tenim identificats com cuidador principal en la història dels pacients en ATDOM i aleatoritzarem per mostreig aleatori simple per obtenir els participants.

Una vegada identificats els subjectes d'estudi, es farà l'aleatorització per Equips d'Atenció Primària, per a distribuir-los en grup intervenció i grup no intervenció.

Es va realitzar una avaluació abans d'iniciar la intervenció en la qual es van enregistrar variables del cuidador:

Dependents: el recolzament social, que mesurem amb el test de MOS⁽²³⁾, la qualitat de vida la mesurem amb el qüestionari de salut SF-12^(24,25) i la sobrecàrrega del cuidador s'avalua amb el test de Zarit abreujat ⁽²⁶⁾.

Independents: Sociodemogràfiques (edat, sexe, estat civil, estat laboral, nivell cultural), temps que duu en el rol de cuidador (en mesos), escala d'ansietat-depressió de Goldberg^(27,28), familiars (estructura familiar, etapa del cicle vital, xarxa social, funció familiar que es mesura amb el qüestionari d'Apgar familiar⁽²⁹⁾), i els esdeveniments vitals estressants mesurats amb l'escala de reajustament social de Holmes i Rahe ^(30,31).

També es varen enregistrar variables del pacient cuidat: sociodemogràfiques (edat, sexe, estat civil, estat laboral, nivell cultural), grau de dependència per a les activitats de la vida diària (AVD) (escala de Barthel)⁽³²⁾, estat cognitiu (test de Pfeiffer)^(33,34), causa d'inclusió en el programa ATDOM i escala analògica visual per a estat d'ànim (valoració entre 0-100) i per la valoració subjectiva de la salut (entre 0 – 100).

Mesurament dels tests:

Reajustament social de Holmes i Rahe: Llista d'esdeveniments vitals⁽⁴³⁾ que poden causar estrès o malestar a la persona. Cada esdeveniment té assignada una puntuació, en funció de la seva dificultat d'adaptació o ajust de la persona que el pateix. A més puntuació, més motius d'estrès i per tant més dificultats en l'adaptació als mateixos. ^(30,31)

Test de MOS: Test que mesura el suport social del que disposa una persona. Consta de 20 ítems, un que mesura la grandària de la xarxa social i els altres 19 que valoren 4 dimensions de suport (emocional - afectiva, informativa - confidencial, instrumental i d'interacció social positiva) i una dimensió global, són situacions de la vida diària, valorades en escala de Likert, amb 5 probables respostes i que puntuen entre 1 i 5. El punt de tall es de 57. Quan més alta es la puntuació, més suport social rep aquella persona. ⁽²³⁾

Qüestionari de qualitat de vida percebuda, SF-12: Test que consta de 12 ítems, amb puntuacions variables, que mesuren l'auto percepció de salut i benestar del pacient. Explora diferents dimensions de qualitat de vida, que es resumeixen en dues: dimensió física i dimensió psíquica. A millor puntuació en el test, més bona autopercepció de la salut ⁽³⁵⁾.

Test de Zarit abreuïat: Test que avalua la sobrecàrrega del cuidador principal. Consta de 7 preguntes, amb un rang de puntuació entre 1 i 5. Quan més elevada la puntuació, més nivell de càrrega presenta el cuidador principal. El punt de tall es 17 ⁽²⁶⁾.

Un cop realitzada la entrevista, es va iniciar la intervenció, realitzada pels professionals d'Atenció Primària, destinada a actuar i potenciar el suport social que rep el cuidador.

En el Grup Intervenció, es van realitzar les següents activitats:

a) *Intervenció individual específica*, es una sessió de *counselling* al cuidador, donant-li coneixements sobre recursos formals existents, públics i privats de forma individualitzada, amb entrega de material segons les necessitats de cada cas i suport emocional (dimensió instrumental / emocional). En aquestes sessions s'identifiquen i prioritzen els principals problemes que té el cuidador per a portar a terme correctament la seva tasca de cura. També investiguem quines persones de la família convoquem a la intervenció familiar. Cada sessió té 90 minuts de durada

b) *Intervenció familiar*. *Counselling* familiar en 1-2 sessions (treballem la dimensió informativa / confidencial, emocional i interacció social positiva). Les sessions són de 90 minuts de durada. En aquestes sessions expliquem la importància del cuidador per la continuïtat del pacient en el domicili i les repercussions que té.

c) *Educació grupal*. Treballem la dimensió informativa / confidencial / emocional / interacció social positiva. Les sessions s'estableixen amb un temps d'execució i contingut adequat al temps disponible del cuidador. 4 sessions de 60 minuts.

També es realitza un seguiment telefònic amb una freqüència d'un mes i es facilita un telèfon directe de contacte, perquè el cuidador pugui realitzar les consultes pertinents en cas de crisi

En el Grup No Intervenció es realitza el seguiment habitual que reben aquests pacients en el seu centre de salut. És a dir, l'atenció específica en moments de crisis, així com mantenir la relació metge-infermera- cuidador, per a facilitar el seguiment i evolució del pacient, mitjançant les visites programades al domicili. S'ofertaran, com és habitual, els recursos que puguin necessitar i es faran totes les activitats sobre cuidadors que s'estiguessin fent en els centres, prèviament al nostre estudi.

En ambdós grups, es realitzarà una segona entrevista per l'enquestador independent. En el grup intervenció a la finalització de les activitats reglades i en el grup control en un moment temporal simultani a la del grup intervenció (enquesta telefònica)

S'efectua estadística descriptiva de totes les variables recollides. Es realitza el test de t de Student i de Mann-Whitney para la comparança de mitjanes entre dues categories, ANOVA per a la comparança de mitjanes entre més de dues categories, Xi-quadrat para la comparança de dues variables categòriques i Xi-quadrat de tendència quan una de les variables categòriques sigui ordenada. Es realitza una anàlisi inicial de comparabilitat dels grups d'estudi per a assegurar-nos de l'homogeneïtat de les poblacions. Tots les anàlisis es fan per intenció de tractar. La mort o institucionalització del pacient depenent seran considerats com final del estudi. Totes les proves estadístiques es realitzen amb un nivell de confiança del 95% a nivell bilateral i els paquets estadístics que s'utilitzaran per a l'anàlisi de les dades seran el SPSS per a Windows versió 15.

RESULTATS

Han participat en l'estudi 203 cuidadors, 110 en el grup intervenció i 93 en el grup No intervenció. En el grup intervenció hi va haver 8 pèrdues abans de la primera entrevista (3 èxits, 3 que van decidir no participar, 2 institucionalitzats) i 7 en el grup no intervenció (3 èxits, 2 van decidir no participar, 1 institucionalitzat, 1 cuidadora professional). En el període d'intervenció i segona entrevista, van haver 12 abandonaments en el grup intervenció (5 èxits, 2 institucionalitzacions, 5 que van decidir deixar l'estudi) i 8 en el grup no intervenció (3 èxits, 1 institucionalització i 4 que varen decidir deixar l'estudi). No hi havia diferències entre els grups.

A la **taula 1**, mostrem la comparabilitat inicial per a les variables sociodemogràfiques i clíniques d'interès entre els dos grups d'estudi respecte als cuidadors, mentre que a la **taula 2** mostrem les dades que es refereixen als pacients dependents. Els grups eren homogenis per totes les variables estudiades, excepte per la valoració del test de Pfeiffer en els pacients dependents, que estava més alterada en el grup no intervenció.

Variable	Intervenció	No intervenció	p-value
Dones (%)	87,7	81,52	NS
Edat ($\mu \pm DE$)	64,45 \pm 12,95	63,16 \pm 14,8	NS
Parentiu (%)			
Cònjuge	33,3	26,3	NS
Fill	51,1	59,2	
Temps cuidant ($\mu \pm DE$)	8,52 \pm 7,7	8,63 \pm 8,1	NS
Convivència (%)			
En parella	67,7	76,3	NS
Viu sol	32,2	23,6	
Nº patologies cròniques ($\mu \pm DE$)	2,61 \pm 1,7	2,19 \pm 1,6	NS
Zarit ($\mu \pm DE$)	21,7 \pm 8,1	20,3 \pm 7,3	NS
MOS ($\mu \pm DE$)	69,9 \pm 18,6	72,5 \pm 17,4	NS
Apgar ($\mu \pm DE$)	7,71 \pm 2,6	8 \pm 2,4	NS
Holmes i Rahe	96,1 \pm 77,8	96,8 \pm 104,9	NS
Goldberg			
Ansietat ($\mu \pm DE$)	3,71 \pm 3,1	3,26 \pm 3,2	NS
Depressió ($\mu \pm DE$)	3,1 \pm 3,0	2,4 \pm 2,7	NS
SF-12			
PCS_12 (físic) ($\mu \pm DE$)	42,18 \pm 11,96	44,86 \pm 12,27	NS
MCS_12 (mental) ($\mu \pm DE$)	43,33 \pm 11,64	43,24 \pm 12,41	NS

Taula1. Comparabilitat inicial. Dades dels cuidadors.

variable	Intervenció	No Intervenció	p-value
Dones (%)	61,1	60,52	NS
Edat ($\mu \pm DE$)	81,6 \pm 13,4	85,2 \pm 11,5	NS
Barthel ($\mu \pm DE$)	35,6 \pm 27,1	41,8 \pm 29,8	NS
Pfeiffer ($\mu \pm DE$)	3,1 \pm 3,36	4,4 \pm 3,8	P<0,038
Rep ajut llei dependència (%)	44,40	40,78	NS

Taula 2. Comparabilitat Inicial. Dades dels pacients dependents.

A la **taula 3**, es mostren els resultats del recolzament social mesurat amb el qüestionari de MOS, de l'esgotament del cuidador mesurat en l'escala de Zarit reduït i la qualitat de vida amb l'SF-12, que mesura una dimensió física i una mental. Els resultats que mostrem són els del qüestionari basal i post - intervenció en els dos grups d'estudi i comparem les diferències pre – postintervenció entre els dos grups. Observem una diferència estadísticament significativa en l'apreciació subjectiva del recolzament social post - intervenció en el grup intervenció respecte al grup no intervenció i en la dimensió mental del SF-12 de qualitat de vida si comparem els resultats entre els dos moments de mesura el grup intervenció ($p < 0,0001$).

Taula 3. Resultats de les variables dependents abans i després de la intervenció. Comparació de les

	Basal		Postintervenció		Diferència abans després entre grups ***	p-value
	Intervenció	No Intervenció	Intervenció	No Intervenció		
MOS	69,9 \pm 18,6	72,5 \pm 17,4	79,3 \pm 8,3	74,9 \pm 16,4	6,9 IC95% 0,2 – 13,6	<0,044
Zarit	21,7 \pm 8,1	20,3 \pm 7,3	20,9 \pm 7,8	20,9 \pm 6,6	1,52 IC95% -4,5 –1,6	P=0,34
SF-12 P	42,4 \pm 10,8	45,2 \pm 10,3	42,2 \pm 11,9	44,8 \pm 12,2	1,8 IC95% 3,5 – -3,8	P=0,97
SF-12 M	40,5 \pm 12,3	44,1 \pm 12,4	43,3 \pm 11,6	43,2 \pm 12,4	3,33 IC95% 1,2 – -7,8	P=0,15

diferències entre abans i després de la intervenció entre els grups d'estudi.

*** la diferència per a cada un dels grups es calcula (valor final – valor inicial). El grup de referència és el grup d'intervenció.

Hem estudiat també com ha afectat la intervenció a la funció familiar (Apgar familiar) i a la presència d'ansietat i depressió segons la valoració de l'escala de Goldberg (**taula 4**), observant diferències estadísticament significatives en el nombre de cuidadors que milloren en la puntuació en l'escala d'ansietat ($p < 0,045$) i de depressió ($p < 0,0001$) en el grup intervenció respecte al grup no intervenció. No hi havia diferències en quant a la funció familiar.

Taula 4. Comparació del percentatge de cuidadors que han millorat les seves xifres post intervenció en variables independents en els grups d'estudi.

Variable	Intervenció	No intervenció	p-value (χ^2)
Apgar	36,66%	36,84%	
Goldberg Ansietat	55,5%	39,7%	$P < 0,045$
Goldberg Depressió	62,22%	34,21%	$P < 0,0001$

DISCUSSIÓ

En el present estudi s'ha realitzat un anàlisi sobre l'eficàcia d'una intervenció multi factorial per millorar el recolzament social dels cuidadors de pacients dependents per millorar la sobrecàrrega del cuidador i la seva qualitat de vida.

No està prou clara l'eficàcia de les intervencions sobre els cuidadors de pacients amb patologies cròniques. En estudis realitzats a l'atenció primària del nostre entorn no hi havia una millora en l'esgotament dels cuidadors de pacients dependents³. Altres estudis realitzats en cuidadors de pacients amb demència troben una milloria en l'estat psicològic del cuidador, encara que no hi hagi milloria en la sobrecàrrega⁽⁴⁾, de la mateixa manera que s'apunta en els nostre estudi. Aquestes dades es reforcen amb les dades obtingudes en un meta anàlisi que valora 30 estudis realitzats a cuidadors de pacients amb demència⁽¹⁴⁾.

En el nostre estudi podem observar com una intervenció multi factorial millora la percepció subjectiva de recolzament social, com en altres estudis previs⁽³⁶⁾, i com en aquests s'observa una dissociació

entre suport social i sobrecàrrega del cuidador, ja que la millora del suport no comporta la disminució de la sobrecàrrega. En el nostre estudi aquesta dissociació entre suport i estat físic, està corroborat amb l'absència de millora en la dimensió física de la qualitat de vida percebuda.

Alguns estudis ^(4,19) apunten a que aquests resultats poden ser deguts a que la sobrecàrrega inclou aspectes subjectius i objectius, i sembla que la intervenció té efecte sobretot en l'aspecte més subjectiu de l'afrontament de la tasca de cuidar. Aquest efecte de la intervenció en els aspectes subjectius es corrobora amb la millora de l'ansietat i la depressió i de la dimensió mental de l'SF-12 en el grup intervenció del nostre projecte i que també s'observava en altres estudis del nostre medi ⁽¹⁹⁾.

Existeixen una sèrie de limitacions, en primer lloc el càlcul de pèrdues (20%) pot ser massa conservador i pot fer que la mostra total sigui insuficient afectant a la validesa externa del estudi. D'altra banda al tractar-se de dades preliminars, no tenim dades suficients per aconseguir la mostra necessària, per tant la potència de les dades no es la prevista.

CONCLUSIÓ

Millorem el suport social amb la intervenció multi factorial proposada, encara que només milloren alguns paràmetres que mesuren les dimensions psicològiques i mentals del cuidador, mentre que no hi ha canvis en els paràmetres de les dimensions físiques.

La millora del benestar psíquic, com component central de la qualitat de vida relacionada amb la salut, pot perllongar l'acció de cura dels cuidadors informals sobre els pacients dependents, independentment de la sobrecàrrega.

BIBLIOGRAFIA

1. Gutierrez,B . Formación de familias cuidadoras de personas mayores dependientes. Cuadernos de trabajo social 1998; 11:202-220
2. Badia X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Aten Primaria 2004;34:170-177
3. Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten Primaria 2004; 33:61-66
4. Argimon JM, Limón E, Abós T. Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. Aten Primaria 2003; 32: 84 -85
5. Coen RF, O' Boyle CA, Coakley D, Lawlor BA. Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. Dement Geriatr Cogn Disord 2002; 13:164-70
6. Chappell NL, Reid C. Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. The Gerontologist 2002; 42:772-80
7. Ko M, Bonet JM, Rubio M, Pons M, Clotet L, Ruiz M. Apoyo Social ¿mejora el cansancio del cuidador?. Aten Primaria 2004; 34 (extraordin) 198
8. Larson J, Franzén-Dahlin A, Billing E, Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of the nurse led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. J Clin Nurs 2005; 14 :995-1003.
9. Schure LM, Van den Heuvel ET, Stewart RE, Sanderman R, de Witte LP, Meyboom-de Jong B. Beyond stroke: description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. Patient Educ Couns 2006 ; 62:46-55
10. Hébert R, Lévesque L, Vézina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, et al. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2003; 58:58 - 67
11. Glass TA, Berkman LF, Hiltunen EF, Furie K, Glymour MM, Fay ME, et al. The Families In Recovery From Stroke Trial (FIRST): primary study results. Psychosom Med 2004; 66:889-897
12. Thompson C, Spilsbury K. WITHDRAWN: Support for carers of people with Alzheimer's type dementia. Cochrane Database Syst Rev 2007:CD000454
13. Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. BMC Geriatr. 2007 Jul 27; 7:18

14. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003 ; 51:657-64.
15. Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004; 161:850-856.
16. Logiudice D, Waltrowicz W, Brown K, Burrows C, Ames D, Flicker L. Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:626-632.
17. Vinyoles E, Coppetti C, Cabezas C, Megido MJ, Espinàs J, Vila J, et al. Cuida'l : un ensayo clínico que evaluará la eficacia de una intervención en cuidadores de pacientes demenciados. *Aten Primaria* 2001; 27:49-53
18. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57 :1784-91
19. Guerrero L, Ramos R, Alcolado A, López MJ, Pons JL, Quesada M. Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. *Gac Sanit* 2008; 22 : 457-60
20. Adams G, Gulliford MC, Ukoumunne OC, Eldridge S, Chinn S, Campbell MJ. Patterns of intra-cluster correlation from primary care research to inform study design and analysis. *J Clin Epidemiol* 2004; 57:785-94.
21. Parker DR, Evangelou E, Eaton CB. Intraclass correlation coefficients for cluster randomized trials in primary care: the cholesterol education and research trial (CEART). *Contemp Clin Trials*. 2005; 26:260-7.
22. Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne JA, Burney PG. Methods for evaluating area-wide and organisation-based interventions in health and health care: a systematic review. *Health Technol Assess* 1999; 3: 81-92
23. Sherbourne CD, Stewart AL The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-714
24. Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D, Lawrence K, Petersen s, Paice C, Stradling J. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies?. *J Pub Health Med* 1997; 19:179-186
25. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov; 51:1171-8

26. Regueiro AA, Pérez-Vázquez A, Gómara SM, Ferreiro MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria* 2007; 39: 185-8.
27. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988; 297: 897-9.
28. Montón C, Pérez MJ, Campos R, García J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12 : 345-9
29. Bellon JA . Cuestionario de función Familiar Apgar - Familiar. *Aten Primaria* 1996; 18:289-96
30. Holmes TH, Rahe RH .The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11 :213-8.
31. Rahe RH, Arthur RJ. Life change and illness studies: past history and future directions. *J Human Stress* 1978; 4 :3-15.
32. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno JD. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71:127-137.
33. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23: 433-441.
34. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001; 117:129-34
35. Monteagudo O, Hernando L, Palomar J .Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12V2 para la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2011;25:50-61.
36. Chappell NL, Reid RC. Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *Gerontologist.* 2002;42:772-80.