

Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales

Design and validation of two measuring scales of burden and professional support needs for formal and informal caregivers

José Carlos Bermejo¹
Marta Villacieros²
Hadil Hassoun³

1. Doctor en Teología Pastoral Sanitaria. Licenciado en Teología. Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid. España.
2. Doctora en Ciencias Biológicas. Licenciada en Psicología. Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid. España.
3. Posgrado en Metodología de Investigación. Licenciada en Psicología. Centro de Humanización de la Salud. Tres Cantos. Madrid. España.

Correspondencia:

Marta Villacieros Durbán
Sector Escultores 39
28760 Tres Cantos. Madrid (España)
Correo electrónico: investigacion@humanizar.es
Tel.: 918 06 06 96
Fax: 918 04 00 33

RESUMEN

Objetivo. El objetivo del estudio fue el diseño y validación de dos escalas para medir la conciencia de sobrecarga y la necesidad de apoyo profesional para un cuidado integral (paciente-familiar-profesional) tanto para cuidadores formales como informales de pacientes con demencia.

Método. Estudio descriptivo y correlacional de validación de escala. Tras una revisión bibliográfica se redactaron los ítems preliminares, que los expertos validaron como adecuados en cuanto a contenido.

Se realizaron análisis factoriales exploratorios para determinar la estructura de los cuestionarios (extracción de mínimos cuadrados no ponderados, rotación oblimin) y de validez de criterio mediante correlación de Pearson con una variable externa. La consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados. De los 372 cuestionarios contestados, fueron válidos un total de 320. Un 85% (272) fueron mujeres y un 15% (48), hombres. Ambas escalas (formal e informal) dieron lugar a dos factores denominados sobrecarga y necesidad de apoyo. La primera escala de 11 ítems con alfa de Cronbach 0,917 y la segunda escala de 9 ítems con un alfa de Cronbach de 0,802.

Conclusión. Las escalas de sobrecarga y necesidad de apoyo para cuidador formal e informal mostraron ser escalas fiables y válidas con buen ajuste del modelo obtenido a los datos.

PALABRAS CLAVE: sobrecarga, demencia, cuidador formal, cuidador informal, escala de medida, necesidades de apoyo profesional.

ABSTRACT

Objective. The aim of the study was design and validation of two scales to measure the conscience of burden and the need of professional support for an integrative (care patient-familiar-professional) both for formal and informal caregivers of patients with dementia.

Method. Descriptive and correlational study for scale validation. After a literature review, preliminary items were formulated, that experts validated as adequate for content. Exploratory Factorial Analysis were done to determinate questionnaires structure (unweighted least squares extraction, oblimin rotation) and criterion validity by Pearson correlation with an external variable. Internal consistency by Cronbach alpha coefficient.

Results. Of 372 answered questionnaires a total of 320 were valid. From them 85% (272) were women and 15% (48) men. Both scales (formal and informal) gave a structure with two factors named as Burden and Professional Support Needs. The first scale with 11 variables and Cronbach's alpha coefficient .917 and the second scale with 9 variables and Cronbach's alpha of .802.

Conclusions. The scales of Burden and Professional Support Needs for formal and informal caregivers" showed to be reliable and valid scales, showing a model good fit to data.

KEYWORDS: Burden; dementia, formal caregiver, informal caregiver, measuring scale, professional support needs.

■ INTRODUCCIÓN

La demencia es "un síndrome clínico caracterizado por déficits cognitivos múltiples persistentes y progresivos. Este deterioro conlleva una pérdida de la autonomía del paciente e interfiere en su calidad de vida, así como un detrimento de la actividad social, laboral y de ocio tanto del paciente como de sus cuidadores"^(1,2).

Podemos definir al cuidador como "aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales"⁽³⁾. El cuidador "informal" es aquel que asume las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica; habitualmente suele ser un familiar, amigo o vecino del paciente⁽⁴⁾. El cuidador "formal" es aquel profesional

de una institución pública, entidad o autónomo que recibe honorarios por las tareas que realiza⁽⁵⁾.

El cuidado de personas con algún tipo de demencia genera preocupación, incertidumbre y temor en la familia, e implica una gran variedad de actividades y responsabilidades altamente demandantes y estresantes. Existen diversos estudios que han demostrado las repercusiones del cuidado de personas con alguna dependencia sobre el cuidador informal, como niveles altos de estrés, problemas de salud física, reducción en la satisfacción en la vida, tensión emocional y física^(6,7,8). También, en otros estudios recientes^(9,10) se ha encontrado que los cuidadores consumen fármacos para dormir o calmar los nervios de forma habitual o padecen sentimientos de culpa⁽¹¹⁾, de impotencia y resignación⁽¹²⁾.

Un estudio llevado a cabo por Ocampo y cols.⁽¹³⁾ demostró que el grupo de cuidadores que padecían sobrecarga por el cuidado tenía una mayor cantidad de enfermedades crónicas. Las de mayor frecuencia fueron: hipertensión arterial, accidente cerebrovascular y osteoartritis.

En cuanto a los cuidadores formales, estudios demuestran que el cuidado de pacientes puede dar lugar a que se genere el llamado síndrome de *burnout*, caracterizado por padecer síntomas como: nerviosismo, estrés crónico, fatiga, dificultad para relajarse, cansancio emocional y despersonalización⁽¹⁴⁾. Un estudio llevado a cabo por Painepán y cols.⁽¹⁵⁾ indica los síntomas más frecuentes en los cuidadores formales: somatización, disfunción social, ansiedad y depresión.

La sobrecarga del cuidador ha sido definida como “la percepción de los cuidadores al experimentar el conflicto de roles posiblemente debido a su progresiva mayor implicación en la tarea de cuidado”⁽¹⁶⁾ o “cuando se dan cambios importantes en la vida de los cuidadores, a nivel personal, familiar, laboral y social, pudiendo aparecer problemas de salud como consecuencia del cuidado”⁽¹⁷⁾. Robinson⁽¹⁸⁾ diferencia entre la sobrecarga objetiva del cuidador, que hace referencia a las actividades y tareas del cuidado como asegurar que el paciente tome la medicación, duerma y no presente alteraciones de conducta, y la sobrecarga subjetiva del cuidador, que comprende los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador.

Respecto a la evaluación de la sobrecarga, se han propuesto a lo largo de estos últimos años diversos instrumentos. El cuestionario más extendido y el más citado en los estudios es el Cuestionario de Zarit, diseñado para cuidadores informales⁽¹⁹⁾. El cuestionario *Caregiver Burnout Inventory* (CBI)⁽²⁰⁾ evalúa la sobrecarga distinguiendo dimensiones como el tiempo dedicado al paciente, problemas de salud, conflicto de roles o sobrecarga emocional; el Cuestionario de evaluación de repercusión familiar (IEQ, por sus siglas en inglés) evalúa la sobrecarga de los cuidadores mediante cuatro subescalas (tensión, supervisión, preocupación y estimulación)⁽²¹⁾; la Entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) mide la carga familiar en ocho módulos (actividades de vida cotidiana, contención, comportamientos alterados, gastos, rutina del cuidador, preocupación, ayuda, repercusión en la salud y evaluación del nivel de carga global)⁽²²⁾, y el Índice de esfuerzo del cuidador (IEC)⁽²³⁾ evalúa el grado de sobreesfuerzo de las personas cuidadoras de personas dependientes.

Para evitar la sobrecarga del cuidador, sea formal o informal, dentro del ámbito de los cuidados integrales, se da importancia al vínculo y cooperación que se puede generar entre los tres pilares de la unidad asistencial: paciente, familiar (o cuidador informal) y profesional (o cuidador formal). En este sentido, es importante analizar la conciencia de necesidad de apoyo profesional que tiene cada uno de los cuidadores, así como el sentido y la importancia que cada uno da a la atención emocional de su propio cuidado.

Por esta razón, el objetivo de este estudio fue desarrollar y validar una escala de medida sobre la conciencia de sobrecarga y necesidad de apoyo

profesional que se da en el cuidado integral de pacientes con demencia, para cada perfil de cuidador.

METODOLOGÍA

Participantes

El estudio se llevó a cabo con los asistentes de las Jornadas sobre Alzheimer impartidas en un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid. La mayor parte eran cuidadores (formales o informales), pero no todos. De los 372 asistentes que respondieron al cuestionario se seleccionaron los que manifestaban tener experiencia en el cuidado de pacientes. Además, se excluyó del análisis a los participantes que tuviesen un 50% de valores perdidos en los cuestionarios, por lo que la muestra final quedó en N = 320. La edad de los participantes estaba comprendida entre 17 y 79 años (media [M] = 42,21, desviación típica [DT] = 14,14), y la distribución por sexos fue de un 15% (48) de hombres y del 85% (272) de mujeres.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo durante las Jornadas ya mencionadas en abril de 2016. El cuestionario autoadministrado se repartió junto con las inscripciones de las jornadas. En las instrucciones se daba a conocer a los participantes el objetivo del estudio (la mejora de la atención a las personas con demencia) y se les solicitaba su participación, anónima y voluntaria, a la cual accedían contestando el cuestionario.

Instrumentos

Se trata de un estudio de validación de las escalas de conciencia de sobrecarga y necesidad de apoyo del cuidador. Los ítems se desarrollaron en función de la experiencia de psicólogos expertos en geriatría y cuidados integrales en Alzheimer. Un panel de expertos analizó la adecuación de los ítems, y para la escala referida al cuidador informal consensuaron 16 ítems, mientras que para la escala referida al cuidador formal resultaron un total de 20 ítems. Las opciones de respuesta para ambas escalas eran de tipo Likert desde el 1 (nada) hasta el 5 (mucho).

En el cuestionario se incluyeron 8 ítems referentes al deseo de apoyo profesional para utilizar como criterio de validez de contenido bajo los que se preguntaba sobre los aspectos en los que al cuidador le gustaría recibir apoyo profesional con el encabezado *Me gustaría tener apoyo profesional para mejorar...* Inicialmente, estas preguntas se podían responder bajo una escala de tipo Likert con opción de respuesta desde el 1 (nada) hasta el 5 (mucho). Dado que ninguna persona respondió con la opción 1 (nada) se recodificaron las opciones a 4 (1 = nada; 2 = medio; 3 = bastante y 4 = mucho). La consistencia interna de esta escala llamada Escala de deseo de apoyo profesional fue de alfa de Cronbach = 0,823.

Se añadieron otras variables demográficas (edad y sexo), experiencia en el cuidado de personas con demencia, nivel de estudios (Bachillerato o previos y superiores o universitarios), e interés por asistir a las jornadas (formación, encuentro, otro). También se preguntó por el rol con las opciones profesional sociosanitario, estudiante sociosanitario, voluntario sociosanitario y familiar de ser querido con demencia (todas ellas a responder sí o no) y en caso de responder sí a familiar, vínculo familiar (pareja, progenitor, abuelo, amigo, vecino, otro).

Por último, se preguntó por la experiencia en el cuidado de personas con demencia (sí o no) y sobre la importancia que le da al trabajo multidisciplinar bajo la pregunta “¿en qué medida considera importante una

atención que incluya al paciente, a la familia y a los profesionales en su conjunto? a valorar del 1 (nada) al 10 (mucho).

Análisis de datos

En primer lugar, se evaluó la adecuación de los datos para el análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. A continuación, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para obtener la estructura factorial de la escala bajo mínimos cuadrados no ponderados y rotación oblimin, partiendo de la matriz de correlaciones policóricas, más adecuada para el análisis como corresponde de acuerdo a la naturaleza ordinal de las variables de las que disponemos. Se usaron los siguientes índices para evaluar el ajuste del modelo: la prueba de χ^2 (no significativa), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA < 0,08), el índice de bondad de ajuste (GFI > 0,90) y el índice de ajuste comparado (CFI > 0,95)⁽²⁴⁾.

Así mismo, se obtuvo la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach y se estudió la validez de criterio mediante análisis de correlación de Pearson.

Los programas estadísticos utilizados para el análisis fueron: SPSS 22.0 y Factor 10.4.

■ RESULTADOS

Características sociodemográficas

La mayoría de los participantes fueron profesionales sociosanitarios (N = 179; 55,9%), seguidos por estudiantes sociosanitarios (N = 103; 32,2%), familiares (N = 70; 21,9%) y voluntarios sociosanitarios (N = 36; 11,3%).

El 92,8% (297) de los asistentes manifestaron tener interés en las jornadas por la formación que supone. Respecto al tipo de cuidador, un 33,1% (106) se manifestó cuidador informal y el 79,4% (254) cuidador formal, y ambos roles se solapaban en el 12,5% (40) de los casos (tabla 1).

Respecto al vínculo familiar, de los 70 cuidadores familiares, para 32 (45,7%), el ser querido con demencia era padre/madre, para 17 (24,3%) se trataba de otro parentesco (primo/a, cuñado/a, tío/a), en 11 (15,7%) era abuelo/a, para 7 (10%) marido/mujer y para 3 (4,3%) era un amigo/vecino.

Por último, un porcentaje alto (97,4%; N = 299) de cuidadores formales e informales estuvo de acuerdo y muy de acuerdo, puntuando más de 7 en la variable respecto a la atención integral (M = 9,64; DT = 0,872), considerando importante la atención que incluya al paciente, a la familia y a los profesionales en su conjunto.

Análisis de la escala para el cuidador informal

Se eliminaron 5 de los 16 ítems por obtener coeficientes de saturación inferiores a 0,40 e índices de homogeneidad corregida menores de 0,30⁽²⁵⁾.

La prueba de esfericidad de Bartlett ($p = 0,0001$) y el índice KMO (0,89) confirmaron la adecuación de los datos para realizar el AFE con los 11 ítems restantes. La escala explica el 57,5% de la varianza total, en una estructura de dos factores. Los índices de ajuste obtenidos arrojaron buenos resultados: $\chi^2 = 9,99$ con 34 grados de libertad ($p = 0,999$), índice RMSEA = 0,07, CFI = 0,98 y GFI = 0,99.

El factor 1, sobrecarga, refiere los síntomas físicos, psicológicos y emocionales que padecen los cuidadores, y el factor 2, necesidad de apoyo profesional, refiere la necesidad de tener a alguien para compartir las experiencias y desahogarse. La correlación entre ambos factores es igual a 0,42.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio (N = 320)

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	272	85
	Hombre	48	15
Estudios	Bachillerato	122	35
	Superiores	208	65
Profesional	Sí	179	55,9
	No	141	44,1
Estudiante	Sí	103	32,2
	No	141	67,8
Voluntario	Sí	36	11,3
	No	284	88,8
Familiar	Sí	70	21,9
	No	250	78,1
Interés en las jornadas	La formación	297	92,811
	El encuentro	11	3,4
	Otro	12	3,8
Soy cuidador formal	Sí	254	79,4
	No	66	20,6
Soy cuidador informal	Sí	106	33,1
	No	214	66,9

El coeficiente de fiabilidad fue alfa = 0,90 con una n válida de 106 cuestionarios completos. El factor 1 (8 ítems) obtuvo un alfa = 0,917 y el factor 2 (3 ítems), un alfa = 0,803 (tabla 2).

Análisis de la escala para el cuidador formal

Dado que algunos ítems eran inversos, se recodificaron previo al AFE. Tanto el índice KMO (0,815) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 599,9$; $p < 0,00001$) pusieron de manifiesto la adecuación de la matriz para el análisis. Tras el AFE se descartaron 8 ítems que no mostraron saturaciones mayores de 0,40, por lo que la escala quedó con 12 ítems y un coeficiente de fiabilidad alfa = 0,82 con un N válido de 204 cuestionarios.

Como se puede apreciar en la tabla 3, los ítems se ajustan a un modelo de dos factores, que explican el 49,1% de la varianza común. Los índices muestran buen ajuste a los datos: $\chi^2 = 24,20$ con 43 grados de libertad ($p = 0,98$), índice RMSEA = 0,043, CFI = 0,987 y GFI = 0,989.

El factor 1, sobrecarga, está formado por 8 ítems que hacen referencia a los problemas fisiológicos, psicológicos y emocionales que padecen los profesionales en el cuidado de pacientes con demencia y refiere una consistencia interna de alfa = 0,820. El factor 2, necesidad de apoyo profesional, incluye 4 ítems que recogen la necesidad de apoyo y atención tanto emocional como psicológica y la necesidad de tener recursos para hacer frente a los problemas, con un alfa = 0,689. La correlación entre ambos factores es igual a 0,375 (tabla 3).

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio de la Escala de sobrecarga y necesidad de apoyo del cuidador informal

Ítems	Media	DT	Saturación en factor 1	Saturación en factor 2
Factor 1; sobrecarga:				
4. Siento que he perdido el control de mi vida desde que cuido a mi familiar	2,49	1,48	0,775	
6. Espero a estar desbordado/a para pedir ayuda	2,72	1,49	0,711	
7. Sé que como yo cuido, nadie va a cuidar a mi ser querido	2,84	1,50	0,448	
8. Delegar el cuidado en otros me hace sentir culpable	2,65	1,51	0,716	
9. El cuidado me deja poco tiempo para mi vida social y/o laboral	2,89	1,42	0,808	
10. Me siento agotado/a físicamente por el cuidado de mi familiar	2,62	1,43	0,884	
11. Creo que estoy sufriendo algunos síntomas físicos debido al cuidado (problemas digestivos, en la piel, taquicardias, otros dolores...)	2,36	1,47	0,924	
12. Tengo problemas para conciliar el sueño, ahora o en algún momento	2,47	1,46	0,721	
Factor 2; Necesidad de apoyo profesional:				
1. Me gustaría tener a alguien de confianza con quien desahogarme	3,72	1,26		0,528
2. Me gustaría hablar con alguien que, teniendo esta experiencia, me pueda orientar	4,21	1,12		0,913
3. Me gustaría tener un grupo donde compartir las experiencias del cuidado	3,90	1,18		0,696
Varianza total (%)			57,5	
Coefficiente de alfa de Cronbach			0,917	0,803

DT: desviación típica.

Respecto a la validez de criterio, se confirma que todas las correlaciones son positivas y significativas ($p < 0,01$; $p < 0,05$) con la suma de ítems “Escala deseo de apoyo profesional,” para ambas escalas y sus dimensiones (tablas 4 y 5). Esto indica que ambas miden conciencia de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional en la misma dirección (tablas 4 y 5). No se encontraron diferencias en las puntuaciones de las escalas formal e informal según el sexo y la edad.

■ DISCUSIÓN

Las escalas de conciencia de sobrecarga y necesidad de apoyo del profesional son dos escalas breves y de rápida administración que han mostrado ser instrumentos válidos y fiables para medir las necesidades de los cuidadores. Además, este instrumento permite diferenciar entre las particularidades de cada tipo de cuidador (formal o informal) y evaluar la conciencia de la sobrecarga.

Los índices de ajuste y de consistencia interna muestran buen ajuste del modelo obtenido a los datos así como fiabilidad en la medida^(26,27). La varianza que explican también es suficiente, y la del cuidador informal es mayor que la del cuidador formal.

En ambas escalas se recogen, por un lado, la conciencia de las consecuencias físicas o emocionales que supone el cuidado de personas con demencia y, por otro lado, la necesidad de apoyo profesional, de información sobre los problemas que supone el cuidado y alternativas

para enfrentarlos. De acuerdo con Fernández Puebla⁽²⁸⁾, el apoyo cubre aspectos como el reconocimiento, la pertenencia, la percepción de autoestima y la obtención de bienes necesarios, como el cuidado en la enfermedad.

La correlación, moderada, entre ambos factores de ambas escalas explicita que el hecho de tener conciencia de sobrecarga implica también, en los cuidadores, la necesidad de apoyo profesional o viceversa.

La principal limitación de este estudio reside en el tamaño de la muestra. Por lo que es conveniente continuar con el proceso de validación mediante análisis factorial confirmatorio. Aun así, en este estudio podemos ver que los cuidadores informales (familiares, amigos, vecinos...) son más conscientes de la necesidad de apoyo que los cuidadores formales (profesionales sociosanitarios, estudiantes, voluntarios,...), lo que enlaza con el debate sobre la capacidad de los profesionales sociosanitarios de detectar los síntomas de la sobrecarga y por tanto su resolución (desahogarse adecuadamente, pedir ayuda, etc.).

En conclusión, se han desarrollado dos cuestionarios específicos tanto para cuidador formal como para el informal, que ofrecen una medida del grado de sobrecarga que supone el cuidado de otras personas y las consecuencias de este, determinando a la vez las necesidades de apoyo profesional ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio de la Escala de sobrecarga y necesidad de apoyo del cuidador formal

Ítems	Media	DT	Saturación en factor 1	Saturación en factor 2
Factor 1; sobrecarga:				
3. Necesito desahogarme del día a día laboral cuidando a personas con demencia	3,02	1,27	0,573	
4. Como profesional me siento solo ante algunos problemas que me ocasiona el cuidado	2,85	1,20	0,644	
6. Trabajar cuidando a una persona con demencia supone una sobrecarga emocional	3,57	1,19	0,595	
10. Cuidar de otros creo que afecta a mis relaciones laborales, familiares,...	2,45	1,23	0,625	
14. Me siento agotado/a físicamente de mi trabajo en el cuidado de personas con demencia	2,57	1,14	0,622	
15. Creo que estoy sufriendo algunos síntomas físicos debido a mi trabajo (problemas digestivos, en la piel, taquicardias, otros dolores)	2,02	1,17	0,565	
16. Tengo problemas para conciliar el sueño, ahora o en algún momento	2,07	1,22	0,532	
17. En algún momento he sentido que "Dios me ha abandonado"	1,70	1,17	0,467	
Factor 2; necesidad de apoyo:				
1. Es importante la atención emocional a profesionales	4,65	0,619		0,451
8. Puedo disfrutar de mi vida social	4,24	0,971		0,670
9. Es importante entender las causas de los comportamientos disruptivos	4,39	0,828		0,749
13. Puedo crear un ambiente relajado con las personas a las que cuido	3,98	0,872		0,473
Varianza total (%)	49,1			
Coefficiente de alfa de Cronbach			0,820	0,689

DT: desviación típica.

Tabla 4. Correlaciones entre la Escala de sobrecarga y necesidad de apoyo del cuidador informal con la Escala de deseo de apoyo profesional

Correlación de Pearson	F1 - Sobrecarga	F2 - Necesidad de apoyo	Total escala
Deseo de apoyo profesional	0,380 ^a	0,526 ^a	0,475 ^a

^a $p < 0,01$.

Tabla 5. Correlaciones entre la Escala de sobrecarga y necesidad de apoyo del cuidador formal con la Escala de deseo de apoyo profesional

Correlación de Pearson	F1 - Sobrecarga	F2 - Necesidad de apoyo	Total escala
Deseo de apoyo profesional	0,154 ^a	0,170 ^b	0,240 ^b

^a $p < 0,01$. ^b $p < 0,05$

BIBLIOGRAFÍA

- Bermejo JC. Cuidar a las personas mayores dependientes. Santander: Sal Terrae; 2002.
- Prieta C, Eimil M, López C, Llanero M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Fundación cerebro; 2011 [fecha de consulta 29 de noviembre del 2016]. Disponible en: http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- Lozano JA, Cárdenas AJ, García M, Gómez M. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Jano. 1997;3(1218):261-72.
- Zabalegui A, Juando C, Izquierdo M, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos. 2004;15(4):13-22.
- Marco E. Calidad de Vida del Cuidador del Hemipléjico Vascular [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005 [recuperado el 28 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4454/emn1de1.pdf?sequence=1>
- Zarit SH, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55.
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple S, Skaff M. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. The Gerontologist. 1990;30(5):583-94.
- Whitman LJ, Merluzzi TD, White DR. Life-span Perspectives on Health and Illness. London: Lawrence Erlbaum Associates; 1999.
- Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2006 [recuperado el 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/781/Tes_PerezPenarandaA_CuidadorPrimarioFamiliares_2006.pdf?sequence=1
- Crespo M, López J. Los costes de cuidar. Análisis del estado emocional de cuidadores informales de mayores dependientes. JANO. 2004;151:178-9.
- Sanders S, Ott C, Kelber S, Noonan P. The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related demential. Death stud. 2008;32(6):495-523.
- Arango J, Rogers H, Fernández-Guinea S. La familia y el cuidador del paciente con demencia y sus recursos. Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. México: Ardlia; 2003.
- Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Lobo L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colombia Médica. 2007;38(1):40-6.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Ann Rev Psychology. 2001;52(1):397-422.
- Painepán B, Kühne W. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa psicológica. 2012;9(1):5-14.
- Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measurement caregiving appraisal. J Gerontol. 1989;44(3):61-71.
- Huete F, Pérez ZU, Gutiérrez MM, Herrero MR. Sobrecarga del cuidador principal. Nure Investigación. 2010;7(48).
- Robinson KM. Predictors of Burden Among Wife Caregivers. Scholarly Inquiry for Nursing Practice. 1990;4(3):189-203.
- García R, Botello G. Práctica de la geriatría. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- Novak M, Guest C. Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory. The Gerontologist. 1989;29:798-803.
- Wijngaarden BO, Schene AH, Koeter M, Vázquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, et al. Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European Version. Br J Psychiatry. 2000;177(39):21-7.
- Vilaplana M, Ochoa S, Martínez A, Villalta V, Martínez-Leal R, Puigdollers E, et al. Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) en familiares de pacientes con esquizofrenia. Actas Españolas de Psiquiatría. 2007;35(6):372-81.
- Alonso SL, Serrano MM. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enferm Común. 2005;1(1):12-7.
- Abad FJ, Olea J, Ponsoda V, García C. Medición en Ciencias Sociales y de la Salud. Madrid: Síntesis; 2011.
- Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. New York: Routledge; 2012.
- Fleiss J. The design and analysis of clinical experiments. New York: John Wiley & Sons; 1986.
- Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar. 2011;34(1):63-72.
- Puebla AG. Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. Revista de administración sanitaria siglo XXI. 2004;2(2):299-316.