



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN XERIATRÍA E XERONTOLOXÍA

Curso académico 2014-2015

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Evaluación de los beneficios de la utilización de los Centros de Día para los cuidadores informales de familiares con demencia

Laura Romeo García

Enero de 2015

Tutora: Ana Belén Maseda Rodríguez

Contenido

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
La Enfermedad de Alzheimer. Los que padecen	6
<i>Cambios cognitivos en la EA</i>	6
<i>Cambios funcionales en la EA</i>	7
Los que cuidan.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
Participantes.....	9
Procedimiento	9
Instrumentos de valoración.....	10
a) Usuarios.....	10
b) Cuidadores	11
Análisis estadístico.....	11
RESULTADOS.....	12
Usuarios.....	12
Cuidadores	12
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIONES.....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	16
TABLAS	17

Evaluación de los beneficios de la utilización de los Centros de Día para los cuidadores informales de familiares con demencia

RESUMEN

Introducción: casi la mitad de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) y/o demencia viven en sus hogares y son cuidados por sus familias.

Cuidar a un anciano con demencia, físicamente dependiente, deteriorado cognitivamente y/o con trastornos del comportamiento genera una gran sobrecarga en el cuidador informal.

El objetivo principal de este estudio es demostrar la eficacia de los Centros de Día (CD) en la reducción del nivel de sobrecarga de los cuidadores.

Material y método: se realizó un estudio transversal. Se analizaron datos de 38 usuarios que acudían a un CD y de sus cuidadores.

Resultados: de los 38 usuarios el 65,8% eran mujeres. La media de edad fue de $81,7 \pm 14,3$ años. La mayoría de los usuarios del CD tenían deterioro cognitivo, dependencia en mayor o menor grado para las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

No se ha observado correlación significativa entre el déficit cognitivo, o la dependencia para las AVD con el nivel de sobrecarga del cuidador principal.

Conclusión: el uso de los CD aporta grandes beneficios a los cuidadores informales de los pacientes con demencia.

Los cuidadores que utilizan los CD no presentan sobrecarga o muy escasa.

Palabras clave

Demencia. Cuidador informal. Centro de Día. Sobrecarga.

Evaluation of the benefits of using adult Day Care Centers for family caregivers of relatives with dementia

ABSTRACT

Introduction: almost half of patients with Alzheimer's Disease (AD) or dementia live at home and are cared by their families.

Care for an elderly with dementia, physically dependent, cognitively impaired and/or with behavioural disorder generates a severe burden on informal caregivers.

The aim of this study is to demonstrate the effectiveness of the Day Care Center (DCC) on reducing the burden of the caregivers.

Material and method: across-sectional design was carried out. Data from 38 DCC users and their caregivers were analysed.

Results: from the 38 users, 65,8% were women. The mean age was $81,7 \pm 14,3$ years. Most users of DCC had cognitive impairment and to a greater or lesser extent for activities of daily living (ADL).

It was not observed significant correlation between cognitive deficits or dependence for ADL with the burden level of the main caregiver.

Conclusion: using DCC provides measurable benefits to informal caregivers of patients with dementia.

Key words

Dementia. Informal caregiver. Day Care Center. Burden.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Alzheimer. Los que padecen

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es un tipo de demencia¹. Se caracteriza por la aparición progresiva de déficits cognitivos, funcionales, e incluso trastornos de tipo cognitivo-conductuales^{2,3,4}.

En el mundo hay en torno a 35,6 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. La EA, que es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 70% de los casos⁵.

La demencia tiene un efecto abrumador en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores. A menudo surgen presiones físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho estrés a las familias y cuidadores, que necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes.

Cambios cognitivos en la EA

El estado cognitivo es la capacidad que el individuo tiene de realizar funciones cerebrales superiores, que le permiten relacionarse con el medio⁶. En relación con la EA los ámbitos cognitivos alterados serían: la memoria, la orientación, la capacidad visuoespacial, el lenguaje (tanto oral como escrito), la praxis y las capacidades ejecutivas.

Los cambios en la conducta producidos por la EA engloban: trastornos del contenido del pensamiento, de la percepción, de humor y comportamiento. Aquellas personas que sufren la enfermedad pueden presentar delirios y alucinaciones (se asocian con un rápido declive cognitivo), así como cambios bruscos de humor.

Es importante destacar que los cambios en el comportamiento, que se producen comúnmente en la EA influyen en la percepción de la sobrecarga del cuidador principal. Este tipo de trastorno se asocia a los estados más avanzados de la enfermedad, siendo la agresividad la causa más importante de estrés en los cuidadores^{7,8,9,10}.

Cambios funcionales en la EA

Es evidente que a los déficits cognitivos y sintomatología de la EA le acompañan cambios en la capacidad funcional¹¹. La EA se caracteriza por el deterioro progresivo de las actividades de la vida diaria (AVD).

Las AVD comprenden todas aquellas actividades necesarias para el mantenimiento de la independencia del individuo. Se pueden clasificar en actividades instrumentales (AIVD) y básicas (ABVD). Las primeras se refieren a tareas como cocinar, comprar, utilizar el teléfono, etc. Las segundas, a actividades de autocuidado como vestirse, comer, lavarse, etc.

El deterioro progresivo en este tipo de actividades conlleva a una situación de sobrecarga tanto en los pacientes con EA, en sus cuidadores, como en la sociedad.

La capacidad para realizar las AIVD declina en las primeras fases de la EA. La pérdida de independencia para realizar las ABVD, añadida a la pérdida en las AIVD, conduce a la persona con EA a depender constantemente de su cuidador principal¹².

Por lo tanto, el deterioro funcional tiene gran importancia en relación a los cuidadores de pacientes con EA. Generalmente, este hecho provoca gran sobrecarga en los cuidadores y conduce a la institucionalización de los pacientes con EA. Es importante identificar a estos pacientes y tratarlos lo antes posible, con el fin de preservar su nivel de independencia y retrasar o evitar así la institucionalización¹³.

Los que cuidan

El papel de los cuidadores informales de los pacientes que padecen demencia y/o EA es imprescindible en el transcurso de la enfermedad. Casi la mitad de las personas que sufren demencia viven en sus hogares y son cuidados por sus familias¹⁴. Zarit se refirió a estos cuidadores como “las víctimas ocultas”¹⁵. El cuidado informal es la atención no remunerada que se presta a personas

con algún tipo de dependencia, ya sea física o psíquica, por parte de los miembros de la familia o extrafamiliares (amigos y/o vecinos).

El cuidador principal se define como el individuo que dedica gran parte de su tiempo al cuidado del “enfermo”¹⁶. Es poco convencional que toda la familia comparta equitativamente el cuidado del mayor dependiente. La mayoría de las veces el cuidador principal es el cuidador único¹⁷.

El cuidador principal suele ser mujer, de edad intermedia, ama de casa, y en la mayoría de los casos hija o cónyuge de la persona dependiente^{18,17}.

Los cuidadores de personas con demencia y/o EA se han considerado como un grupo especial. Cuidar a un anciano con demencia, físicamente dependiente, que precisa ayuda en las actividades de la vida diaria (levantarse, comer, asearse....) lleva al cuidador principal hacia situaciones de fatiga y agotamiento. Los pacientes con demencia también presentan trastornos psiquiátricos (ideas delirantes, cambios en el comportamiento) producidos por la propia enfermedad que generan una gran sobrecarga emocional en los cuidadores^{18,19}. Se asume así, que cuidar a alguien con demencia provoca un mayor deterioro en la salud del cuidador que cuidar a un familiar con otro tipo de enfermedad²⁰.

Inevitablemente, los cuidadores se encuentran en riesgo de sufrir problemas emocionales. Estos problemas, dependen más de su percepción e interpretación de la situación y de sus recursos personales para abordarla, que de las circunstancias reales de cuidado²¹.

El deterioro en la salud del cuidador informal puede verse beneficiado por el cuidado formal, cuidado de los mayores por profesionales tanto de iniciativa pública como privada. Los distintos servicios de ayuda formal, como los centros de día (CD), influyen en la problemática emocional de los cuidadores. El objetivo de estos servicios es ofrecer un tiempo de respiro a los cuidadores. Sin embargo, este tipo de servicios de apoyo son escasos y no existe evidencia de su eficacia.

El objetivo principal de este estudio será ofrecer evidencia, basada en datos reales, de la eficacia de los centros de día en la reducción del nivel de

sobrecarga de los cuidadores, manifestada habitualmente por situaciones de fatiga, agotamiento y gran sobrecarga emocional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Para la realización del presente estudio, de corte transversal, se han recogido datos sobre usuarios y cuidadores que acuden al centro de día de la Asociación de Familiares de Alzheimer (AFAL), ubicado en la zona de Ferrol (AFAL-Ferrolterra).

Para participar, los usuarios del Centro de Día AFAL Ferrolterra debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: a) tener 65 o más años; b) presentar dependencia física; y c) alteración en el nivel cognitivo.

De los 39 usuarios que acudían al centro en el momento del estudio, se han utilizado los datos de 38, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Los 38 cuidadores informales respectivos de los usuarios participantes también se han incluido como muestra para el estudio. Los criterios de inclusión para los cuidadores familiares fueron: a) estar proporcionando cuidado a una persona de 65 o más años; b) identificarse como el principal responsable del cuidado de la persona mayor y c) acudir al centro de día de forma asidua.

Procedimiento

Tras obtener el consentimiento informado de pacientes y cuidadores, la información se ha recogido de la propia base de datos perteneciente al Centro de Día. Las historias pertenecientes a cada usuario contienen escalas de valoración cognitiva, funcional y social. Los instrumentos de valoración han sido manejados por personal del centro de día cualificado (psicóloga del centro y terapeutas ocupacionales).

Las variables recogidas a través de la base de datos del centro se seleccionaron para evaluar tanto a la persona mayor como a su cuidador.

Instrumentos de valoración

a) Usuarios

Para la recogida de datos pertenecientes a los usuarios se han tenido en cuenta datos sociodemográficos: edad, sexo, estado cognitivo y funcional.

Valoración cognitiva:

Para la valoración de la esfera cognitiva de los usuarios se ha utilizado como herramienta el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo (Mec de Lobo)²². Es un test de cribado sencillo y práctico que investiga la orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. Este instrumento tiene en cuenta el nivel educativo y de conciencia del individuo al que se evalúa.

Para la valoración de los usuarios se ha utilizado la validación al español²³ de este test, en este caso la versión de 35 puntos. Teniendo en cuenta que los usuarios son pacientes geriátricos (edad igual o superior a 65 años), de acuerdo con los autores del test, se ha utilizado el punto de corte de 23/24 puntos, considerándose presencia de déficit cognitivo en puntuaciones menores a 23, considerándose función cognoscitiva normal para puntuaciones mayores²⁴.

Valoración funcional:

Las ABVD han sido evaluadas mediante la utilización del Índice de Barthel²⁵, utilizándose la validación de esta escala al español²⁶. Esta escala evalúa la capacidad de realización de todas las ABVD: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón/cama, deambulación y subir y bajar escaleras. Según los puntos de corte establecidos por los autores de la escala, el nivel de independencia para estas actividades se clasifica de la siguiente manera: 1) < 20 puntos: dependencia total para las ABVD; 2) 20-35 puntos: dependencia grave; 3) 40-55 puntos: dependencia moderada; 4) ≥ 60 puntos: dependencia leve; 5) 100 puntos: independencia.

Las AIVD se evaluaron mediante el Índice de Lawton y Brody²⁷, que incluye información acerca de tareas como: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, controlar la

medicación y manejar el dinero. Para establecer los puntos de corte, se ha tenido en cuenta la validación del Índice de Lawton y Brody al español²⁸, estableciendo: que a cada respuesta se le asigna una puntuación. 0: dependiente o parcialmente dependiente y; 1: independiente para la actividad que se valora.

La puntuación total va desde 0, que indica baja función o persona con dependencia; a 8, que considera al individuo con independencia para las AIVD.

b) Cuidadores

Con respecto a los cuidadores principales de los usuarios se han tenido en cuenta variables sociodemográficas como: la edad, el sexo y parentesco con el familiar a su cuidado.

Asimismo, se ha tenido en cuenta como variable importante de medida, el nivel de sobrecarga de los cuidadores, valorado mediante la escala de Zarit²⁹. Esta escala consta de 22 ítems. No existe consenso sobre la puntuación de esta escala. Para establecer los rangos de puntuación en el estudio se ha tenido en cuenta la propuesta de Zarit de 1987³⁰, en la que clasifica la sobrecarga de la siguiente forma:

Sobrecarga severa (61-88 puntos).

Sobrecarga moderada-severa (41-60 puntos).

Sobrecarga leve-moderada (21-40 puntos).

Sobrecarga escasa-nula (< 21 puntos).

Análisis estadístico

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 21.0.

En función de los resultados obtenidos, se realizó una aproximación descriptiva de las variables de carácter cuantitativo, calculándose los valores medios y su correspondiente desviación estándar (DE), y la frecuencia observada y los porcentajes para las variables cualitativas. Se utilizó la prueba Chi-cuadrado para la comparación de porcentajes y la prueba estadística t de Student de

comparación de medias para variables cuantitativas. En todas las comparaciones se establece un nivel de significación estadística del $p < 0,05$.

RESULTADOS

Usuarios

De los 38 usuarios participantes en el estudio el 65,8% eran mujeres. La media de edad fue de $81,7 \pm 14,3$ años para ambos sexos, con un intervalo de edad de 65 a 85 años. No se observaron diferencias significativas en la media de edad entre hombres y mujeres.

Las características sociodemográficas de los usuarios, así como las tasas de prevalencia para deterioro cognitivo, dependencia en las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria, se observan en la Tabla 1. La mayoría de los participantes tenían deterioro cognitivo, dependencia leve para la realización de las ABVD y casi el 90% presentan dependencia para realizar una o más AIVD. En ninguna de estas variables se observaron diferencias significativas en relación al género. Podemos observar además, la puntuación obtenida en el MEC para cada grupo de edad de acuerdo al género (Tabla 2). Las diferencias observadas entre géneros no son estadísticamente significativas.

Cuidadores

La mayoría de cuidadores son mujeres. El porcentaje del género femenino en el ámbito del cuidado representa en la muestra un 73,7%, frente al género masculino, con un 26,3%.

Las características principales de los cuidadores se representan en la Tabla 3. Presentan una media de edad de $60,1 \pm 19,2$ años, siendo en su mayoría el cuidador principal hijo/a (57,9%), o un cónyuge (21,6%). La diferencia de edad del cuidador no fue significativa en relación al género.

El 45,9% de los cuidadores manifiesta un nivel leve-moderado de sobrecarga, presentado sólo un 2,8% sobrecarga severa. El nivel de sobrecarga no se relacionó con el género del cuidador.

Tal y como puede observarse en la Tabla 4, la dependencia en las ABVD no se relaciona con un mayor nivel de sobrecarga percibido por el cuidador. En el caso de déficit cognitivo y dependencia para las AIVD, el grupo más representado fue el de leve percepción de sobrecarga del cuidador principal.

No se ha encontrado correlación significativa entre el déficit cognitivo, o la dependencia para las AIVD o en las ABVD con el nivel de sobrecarga del cuidador principal.

DISCUSIÓN

El perfil más común de los usuarios de los CD es el de pacientes con deterioro cognitivo y/o funcional. Se ha observado que la utilización de los CD proporciona cambios positivos en los pacientes con déficit cognitivo³¹. Aunque hay estudios que defienden lo contrario³². Los cambios de la conducta en la EA se ven favorecidos por la asistencia a los CD, disminuyendo los episodios de agitación³³.

La revisión de la literatura disponible pone en evidencia el beneficio aportado por los CD a los pacientes utilizan dicho servicio, ya que: mantienen su calidad de vida, mejoran los síntomas de depresión y las relaciones sociales^{33,34}.

Los beneficiarios de los CD, no son sólo los usuarios (pacientes con demencia y/o EA), sino también los cuidadores informales, quienes soportan la responsabilidad del cuidado del paciente con deterioro cognitivo y/o funcional.

Los datos recogidos a través de la muestra de nuestro estudio confirman, al igual que otros trabajos, que el perfil más común del cuidador informal del paciente con demencia es: mujer, de mediana edad e hija/o del paciente^{33,18,17}.

Los cuidadores informales de pacientes con deterioro cognitivo y funcional suelen presentar niveles elevados de sobrecarga, tanto física como emocional^{18,19}. Sin embargo, en la muestra evaluada a través de este estudio, donde los cuidadores están utilizando los CD como servicio de apoyo/respiro, el nivel de sobrecarga fue escaso, o en todo caso, menor de lo esperado³⁵. Esto coincide con el hecho de que el nivel de estrés disminuye en los

cuidadores que utilizan servicios de apoyo/respiro como los CD, además de mejorar, al mismo tiempo, su bienestar psicológico^{36,37}.

Señalar que según otros estudios, y en concordancia con nuestros resultados, los CD aportan beneficio tanto a los cuidadores como a los usuarios.

Esto solo sucede cuando las familias deciden utilizar los CD voluntariamente, sin coacciones exteriores familiares o sociales y durante un periodo suficiente de tiempo. Sin embargo, hay autores que afirman que el beneficio aportado por la utilización de los CD ya se aprecia a los pocos días de la utilización de este tipo de servicio.

Entre los beneficios observados, se ha visto además que los cuidadores que utilizan más días a la semana los CD tienen menor incremento de los síntomas depresivos.

Considerando que los cuidadores informales están expuestos a situaciones de estrés relacionados con el cuidado y también a otras situaciones de estrés relacionadas con la vida cotidiana se ha observado que los niveles de estrés relacionadas con el cuidado disminuyen los días en los que se utiliza el CD, mientras que aumentan las situaciones positivas y el estrés no relacionado con el cuidado. Si los cuidadores informales pueden disponer de más tiempo para ellos mismos disfrutarán de sus obligaciones laborales como “tiempo de ocio” o “vía de escape” y también de la realización de las actividades de su vida cotidiana.

Estas afirmaciones sugieren que el uso de los CD está asociado con un alivio temporal del cuidador y que este servicio podría jugar un papel fundamental en la ayuda a los cuidadores y la prevención del deterioro emocional y físico de los mismos.

La utilización de los CD alivia el peso del cuidado. Sin embargo, no evitan la responsabilidad asumida por el cuidador. Los CD son vistos por el cuidador como un elemento de alivio o respiro que no le exime de ninguna manera, de la responsabilidad adquirida, aunque sí disminuyen la percepción de carga que el cuidado le pueda proporcionar.

Señalar por último, que a pesar de las claras limitaciones del estudio (tamaño reducido de la muestra o ausencia de sobrecarga en los cuidadores evaluados), los resultados obtenidos indican que la utilización de los centros de día beneficia a los cuidadores. En investigaciones futuras sería conveniente realizar un estudio similar, incluyendo un mayor tamaño muestral, realizando a su vez un seguimiento longitudinal del nivel de sobrecarga de los cuidadores, para así poder confirmar el beneficio de los CD a largo plazo, e incluso poder tener en cuenta las variaciones interindividuales de las personas cuidadas, en cuanto al nivel de deterioro funcional y/o cognitivo de los usuarios.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a partir de nuestro estudio, contrastados con la literatura más reciente, hacen que podamos afirmar que el uso de los CD aporta grandes beneficios a los cuidadores informales de los pacientes con demencia y/o EA. Aunque no reducen la responsabilidad, disminuyen el nivel de sobrecarga, y por lo tanto, los síntomas psicológicos y físicos del cuidador que conducen a ella.

Los datos recogidos a través de la muestra evaluada concluyen que los cuidadores informales que utilizan los CD como opción voluntaria de respiro del cuidado, no presentan sobrecarga o muy escasa.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹Peña-Casanova. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.
- ² De los Reyes Aragón CJ. Sobre el día mundial contra el Alzheimer. *Psicología desde Caribe* [en línea] 2013, 30 (Mayo-Agosto): [Fecha consulta: 17 de Junio de 2014] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328601001> ISSN 0123-417 X.
- ³ Potkin SG. The ABC of Alzheimer Disease: ADL and Improving Day-to-Day Functioning of Patients. *Int Psychogeriatr*. 2002;14(1):7-26.
- ⁴ Martín Carrasco M, Aguilera Ortíz L, Sánchez Ayala MI, Mateos Álvarez R, Franco Martín M. Consenso Español sobre demencias. Barcelona: Sociedad Española de Psicogeriatría. Novartis Neuroscience; 2005.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia [sede web]. Ginebra: OMS; 2012 [acceso 27 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int>.
- ⁶ Millán Calenti JC. Gerontología y Geriatría. Valoración e Intervención. Madrid: Médica Panamericana; 2011.
- ⁷ Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. I: Disorders of thought content. *Brit J Psychiat*. 1990;157:72-6.
- ⁸ Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. II: Disorders of Perception. *Brit J Psychiat*. 1990;157:76-81.
- ⁹ Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. III: Disorders of mood. *Brit J Psychiat*. 1990;157:81-86.
- ¹⁰ Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. IV: Disorders of behaviour. 1990;157:86-94.
- ¹¹ Reisberg B, Finkel S, Overall J, Schmidt-Gollas N, Lehfeld H, Sclan SG et al. The Alzheimer's Disease Activities of Daily Living International Scale (ADL-IS). *Int Psychogeriatr*. 2001;13(2):163-181.
- ¹² Gauthier L, Gauthier S. Assessment of Functional Changes in Alzheimer's Disease. *Neuroepidemiology*. 1990;9:183-88.

-
- ¹³ Marshall GA, Rentz DM, Frey MT, Locascio JJ, Johnson KA, Sperling RA et al. Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7:300-308.
- ¹⁴ Hébert R, Bravo G, Prévillé M. Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of Community-Dwelling Older Persons with Dementia. *Can J Aging.* 2000;19(4):494-507.
- ¹⁵ Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. Nueva York: Nueva York University Press; 1985.
- ¹⁶ Roig MV, Abengózar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *An Psicol.* 1998;14:215-227.
- ¹⁷ IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid. IMSERSO: 2005.
- ¹⁸ Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol.* 1996;6:338-346.
- ¹⁹ Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos K, Schneider LS. Caregiver Burden in Alzheimer's Disease: Cross Sectional and Longitudinal Patient Correlates. *Am J Geriatr Psychiat.* 2010;18(10):917-27.
- ²⁰ 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 Prim.* 2004;34:170-77.
- ²¹ Crespo-López M, López-Martínez J. Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40(3):55-61.
- ²² Lobo A, Ventura T, Marco C. Psychiatric morbidity among residents in a home for elderly in Spain: prevalence of disorder and validity of screening. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1990;5:83-91.
- ²³ Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El "Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas

en pacientes médicos". *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1979;3:189-202.

²⁴ Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T et al. Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Med Clin*. 1999;5(112):767-74.

²⁵ Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.

²⁶ Baztán J, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: un instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28(1):32-40.

²⁷ Powell Lawton M, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.

²⁸ Vergara I, Bilbao A, Orive M, García-Gutiérrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Out*. 2012;10:130.

²⁹ Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.

³⁰ Zarit SH, Zarit JM. Instructions for the Burden Interview. Technical Document. University Park, PA. Pennsylvania State University: 1987.

³¹ Adam S, Vanr De Linden M, Juillerat A, Salmon E. The cognitive management of daily life activities in patients with mild to moderate Alzheimer's disease in a day care centre: A case report. *Neuropsychol Rehabil*. 2000;10(5):485-509.

³² Young D, Yip A, Ho F. Effectiveness of day care services for dementia patients and their caregivers. *Asian J Gerontol Geriatr*. 2013;8:9-15.

³³ Zank S, Schacke C. Evaluation of Geriatric Day Care Units: Effects on Patients and Caregivers. *J Gerontol*. 2002;57B(4):348-57.

³⁴ Gaugler JE, Zarit SH. The Effectiveness of Adult Day Services of Disabled Older People. *J Aging Social Policy*. 2001;12(2):23-47.

³⁵ Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting Caregiver Burden and Depression in Alzheimer's Disease. *J Gerontol.* 2000;55B(1):S2-S13.

³⁶ Zarit SH, Stephens MA, Townsend A, Greene R. Stress Reduction for Family Caregivers: Effects of Adult Day Care Use. *J Gerontol.* 1998;53B(5):S267-77.

³⁷ Zarit SH, Kim K, Femia EE, Almeida DM, Klein LC. The Effects of Adult Day Services on Family Caregivers Daily Stress, Affect, and Health: Outcomes From the Daily Stress and Health (DasSH) Study. *Gerontologist.* 2013: 1-10.

TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas mayores incluidas en el análisis y tasas de prevalencia para deterioro cognitivo, dependencia en las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria.

	Total (n=38)		Hombres (n=13)		Mujeres (n=25)	
	Media/ Frecuencia	DE/ Porcentaje	Media/ Frecuencia	DE/ Porcentaje	Media/ Frecuencia	DE/ Porcentaje
Edad (Años)	81,68	14,26	80,38	15,62	82,36	13,56
Deterioro cognitivo (MEC)	29	76,3%	10	76,9%	19	76,0%
ABVD (Barthel)						
Dependencia total	3	7,9%	1	7,7%	2	8,0%
Dependencia grave	5	13,2%	0	-	5	20,0%
Dependencia moderada	9	23,6%	4	30,8%	5	20,0%
Dependencia leve	16	42,1%	5	38,4%	11	44,0%
Independencia	5	13,2%	3	23,1%	2	8,0%
AIVD (Lawton y Brody)						
Dependencia	34	89,5%	10	76,9%	24	96,0%
Independencia	4	10,5%	3	23,1%	1	4,0%

DE: Desviación estándar

Tabla 2. Puntuaciones medias obtenidas en el Mini Examen Cognoscitivo (MEC-35) por edad y género [media \pm desviación típica (frecuencia)].

Edad, años	Total (n=38)	Hombres (n=13)	Mujeres (n=25)
65-69	29,00 \pm 2,83 (2)	27,00 (1)	31,00 (1)
70-74	17,50 \pm 13,44 (2)	8,00 (1)	27,00 (1)
75-79	14,67 \pm 8,31 (9)	19,00 \pm 5,57 (3)	12,50 \pm 9,01 (6)
80-84	11,13 \pm 7,48 (15)	10,40 \pm 3,78 (5)	11,50 \pm 8,96 (10)
\geq85	15,00 \pm 11,02 (10)	19,67 \pm 7,77 (3)	13,00 \pm 12,10 (7)
Total	14,26 \pm 9,34 (38)	15,62 \pm 7,34 (15)	13,56 \pm 10,29 (25)

Tabla 3. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de los cuidadores incluidos en el análisis.

	Total (n=38)		Hombres (n=10)		Mujeres (n=28)	
	Media/ Frecuenci a	DE/ Porcentaj e	Media/ Frecuenci a	DE/ Porcentaj e	Media/ Frecuenci a	DE/ Porcentaj e
Edad (Años)	60,13	19,22	63,00	26,72	59,11	16,25
Parentesco						
Hijo/a	22	57,9%	5	50,0%	17	60,7%
Yerno/ Nuera	1	2,6%	0	-	1	3,6%
Cónyuge	12	21,6%	4	40,0%	8	28,5%
Hermano/ a	2	5,3%	1	10,0%	1	3,6%
Nieto/a	1	2,6%	0	-	1	3,6%
Nivel de sobrecarga (Zarit)						
Severa	1	2,8%	0	-	1	3,7%
Moderad a-severa	6	16,2%	2	20,0%	4	14,8%
Leve- moderada	17	45,9%	3	30,0%	14	51,9%
Escasa- nula	13	35,1%	5	50,0%	8	29,6%

DE: Desviación estándar

Tabla 4. Nivel de sobrecarga del cuidador de acuerdo a la presencia o ausencia de dependencia en las actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria y al deterioro cognitivo de las personas mayores.

		NIVEL DE SOBRECARGA (ZARIT)			
		Severa	Moderada-severa	Leve-moderada	Escasa-nula
ABVD (Barthel)	Dependencia total	-	-	3 (17,6%)	-
	Dependencia grave	-	1 (16,7%)	2 (11,8%)	2 (15,4%)
	Dependencia moderada	-	4 (66,6%)	3 (17,6%)	1 (7,7%)
	Dependencia leve	1 (100,0%)	-	7 (41,2%)	8 (61,5%)
	Independiente	-	1 (16,7%)	2 (11,8%)	2 (15,4%)
AIVD (Lawton y Brody)	Dependencia	1 (100,0%)	5 (83,3%)	15 (88,2%)	12 (92,3%)
	Independencia	-	1 (16,7%)	2 (11,8%)	1 (7,7%)
Función cognoscitiva (MEC)	Déficit cognitivo	1 (100,0%)	5 (83,3%)	12 (70,6%)	10 (76,9%)
	Normal	-	1 (16,7%)	5 (29,4%)	3 (23,1%)

