

El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador

Nuria Segura Domínguez^a, Ruth Gómez Caballo^a, Rosana López Quintana^a, Eva Gil Paredes^b, Clara Saiz Cantero^c y José Cordero Guevara^d

^aDepartamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Burgos. España.

^bDepartamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Logroño. España.

^cDepartamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria. Alicante. España.

^dDepartamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Burgos. Gerencia de Atención Primaria. Burgos. España.

RESUMEN

Introducción: se describen las características clínicas, funcionales y socioeconómicas de un grupo de pacientes que precisan atención para cuidados domiciliarios. Se evalúa la repercusión en el cuidador principal del hecho de cuidar.

Material y método: estudio descriptivo transversal. Marco comunitario (Centro de Salud San Agustín de Burgos). Se recogen datos de la historia clínica del paciente y se aplica un cuestionario específico a un grupo de cuidadores. Análisis estadístico: SPSS versión 10.0.

Resultados

Pacientes: 88 casos (63,6% mujeres), 93,2% mayores de 65 años. Más del 50% con dependencia grave o total. La mayoría vive en domicilio propio. El 21,6% de las viviendas no dispone de ascensor.

Cuidadores: edad media \pm desviación estándar de 62,0 \pm 14,9 años; el 84% eran mujeres (hija en el 56% de los casos, cónyuge en el 36%). Dos terceras partes están casados. Principales quejas del cuidador: falta de tiempo libre (60%), restricción en su vida anterior (84%), cambio de proyectos personales (66%). Tienen lumbalgias (64%) y algias musculares (40%), ansiedad (36%), depresión (44%) y síndrome de estrés del cuidador (36%). Más estrés en enfermos terminales, enfermedad mental y déficit visuales y auditivos. Menor necesidad de consultas médicas a mayor tiempo de inclusión en el programa.

Conclusiones: el paciente inmovilizado tipo en nuestro medio es una mujer anciana, viuda, que vive en su domicilio, cuidada por una hija/o, con escaso apoyo social, importante comorbilidad y polimedicada. La mayoría de los cuidadores son mujeres casadas de mediana edad, con gran prevalencia de ansiedad/depresión, y pueden estar infratratados.

Palabras clave

Atención domiciliaria. Paciente crónico. Cuidador. Programas de salud.

Dependence in the elderly and mental and physical strain among caregivers

ABSTRACT

Introduction: the aim of this study was to describe the clinical, functional and socioeconomic characteristics in a group of patients requiring home care and to identify the effects of this activity on their main caregivers.

Material and method: a descriptive, cross-sectional study was performed in the San Agustín Health Centre in Burgos (Spain). Data from patients' medical records were collected and a specific questionnaire was administered to a group of caregivers. The statistical analysis was performed using the SPSS statistical package, version 10.0.

Results

Patients: there were 88 patients (63.6% women), of which 93.2% were aged more than 65 years. More than 50% showed severe or complete dependence. Most of the patients lived in their own homes. A total of 21.6% homes had no lift.

Caregivers: the mean \pm SD age was 62.0 \pm 14.9 years, and 84% were women. Fifty-six percent of caregivers were daughters and 36% were spouses. Two-thirds were married. Caregivers complained mainly of lack of free time (60%), restriction of their former lives (84%), and changes in personal plans (66%). Low back pain was present in 64% and muscular aches in 40%. Anxiety was present in 36% and depression in 44%. Caregiver stress syndrome was found in 36%. Stress was greater among the caregivers of persons with terminal disease, mental illness, and visual and auditory impairment. The longer the period of inclusion in the program, the lower the need for medical consultations.

Conclusions: the profile of immobile patients in our environment corresponds to an elderly widow, living in her own home, cared for by a son or daughter, with little social support, substantial comorbidity, and receiving polymedication. Most of the caregivers are married, middle-aged women, with a high prevalence of anxiety/depression, and who may be under-treated.

Este trabajo ha sido financiado por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Burgos (Burgos).

Correspondencia: Dra. N. Segura Domínguez.
C/Demóstenes, 9, P5 2D. 29010 Málaga. España.
Correo electrónico: nuriasedo@hotmail.com

Key words

Home Care. Chronic patient. Caregiver. Community health services.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la larga supervivencia a enfermedades crónicas incapacitantes han hecho que en la actualidad se haya incrementado de forma importante el número de los llamados «pacientes inmovilizados».

Mantenerlos en su hogar mejora claramente su grado de bienestar¹. Pero el cuidado permanente de la persona enferma es un factor de riesgo para los que la atienden, especialmente para el llamado cuidador principal². La sobrecarga física y psíquica del cuidador genera cierto agotamiento. Su estabilidad familiar se ve alterada, y en la actualidad, con la inserción de la mujer en el campo laboral, la situación es aún más difícil³.

Los equipos de atención primaria debemos conocer la situación real de estos pacientes y sus cuidadores, para identificar sus problemas de salud y diseñar estrategias adecuadas para su mejor control y apoyo. Estudios realizados han demostrado que un seguimiento a domicilio reduce el número de ingresos en el hospital⁴.

Con este estudio pretendemos conocer las características sociosanitarias de los pacientes inmovilizados en nuestra zona de salud, y detectar las posibles carencias existentes, así como la evaluación de la repercusión psíquica y física en el cuidador principal del hecho de cuidar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra zona de salud atiende a una población de 20.027 habitantes, con un porcentaje del 18,6% de pacientes mayores de 65 años. Se trata de una comunidad predominantemente urbana, con un nivel socioeconómico medio-bajo. El centro de salud cuenta con 10 médicos de familia, 5 residentes de medicina familiar y comunitaria, 3 pediatras y 10 enfermeras.

Se diseñó un estudio descriptivo transversal. Se estudiaron todos los pacientes incluidos en el Programa del Inmovilizado del Centro de Salud San Agustín (Burgos) durante el año 2003.

En el programa⁵ se establece una primera visita, una vez originada la demanda, realizada por el médico, la enfermera y la trabajadora social, si se prevé que su intervención va a ser necesaria. Se cotejan los criterios de inclusión/exclusión, y en caso de incluir al paciente, se realiza la valoración integral, estableciendo un plan de actuación, que incluye la pauta de visitas sucesivas (recomendadas 3-4 al año). Debe reevaluarse al paciente siem-

pre que haya cambios o al menos una vez al año, y completar el programa con una evaluación al finalizar la atención, analizando el proceso con el equipo y extrayendo conclusiones.

Criterios de inclusión

Pacientes de cualquier edad registrados en el programa de inmovilizados durante el año 2003. Los criterios de inclusión en dicho programa comprenden a «toda persona que por ancianidad, padecimiento crónico, invalidante o terminal no tiene capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud en demanda de servicios». Se solicita consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Negativa a participar, no localizar al paciente.

Como fuente principal de datos se utilizan las historias clínicas del centro de salud, aunque en algunas ocasiones se completan con información obtenida directamente del médico y la enfermera de cada paciente.

Paralelamente, seleccionamos una muestra aleatoria de pacientes para realizar encuestas a los cuidadores familiares. El tamaño muestral se calculó a partir de valores previos de prevalencia de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes ancianos en poblaciones cercanas a la nuestra. El resultado se obtiene a partir de la fórmula del tamaño de muestra para estimar una proporción o prevalencia, permitiendo una distancia entre la proporción real de enfermos en la población y la de la muestra de máximo 7%, con un intervalo de confianza (IC) de 95% y un error alfa de 0,05. Obtenemos un resultado de 23 sujetos. Previamente aplicamos los siguientes criterios de exclusión: vivir solo, institucionalizado, paciente terminal, figura del cuidador mal definida y negativa a participar.

Contactamos telefónicamente y citamos de forma individual en el centro de salud a los cuidadores, que son entrevistados por residentes de tercer año de medicina familiar y comunitaria debidamente adiestrados.

Las variables recogidas fueron las siguientes:

Inmovilizados

Datos personales: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios.

Recursos socioeconómicos: tipo de cuidador, si vive en domicilio propio, estado de la vivienda (bueno, regular, malo), existencia de ascensor.

Datos biomédicos: patologías crónicas según los grandes grupos de enfermedades de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA)⁶, estado nutricional subjetivo, limitación para la alimentación, incontinencia urina-

ria y fecal, déficit visual y auditivo, trastornos del sueño, estado vacunal correcto/incorrecto para su edad, tratamiento farmacológico crónico⁷.

Capacidad funcional y capacidad mental: ocupación de ocio y tiempo libre, ejercicio físico, autopercepción/auto-concepto, escala de Barber⁸, escala de Barthel⁹ e índice de Katz¹⁰ (capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria) y escala de Pfeiffer¹¹ (esfera cognitiva).

Uso de servicios sociosanitarios: motivo de inclusión, tiempo de inclusión en meses, número de visitas domiciliarias programadas del médico y la enfermera, número de hospitalizaciones. Si hubo derivación a trabajador social, y el motivo.

Cuidadores

Sexo, edad, estado civil, relación de parentesco con los pacientes, nivel de estudios, si se sentían capaces de cuidarles, si tenían suficiente tiempo libre, si el cuidado del paciente le produce síntomas físicos, toma de fármacos: analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), ansiolíticos/hipnóticos¹², antidepresivos y frecuentación del cuidador (número de veces que ha acudido a la consulta en los últimos 6 meses, excluyendo visitas burocráticas).

Se midió el malestar psíquico según la escala de ansiedad y depresión de Goldberg^{13,14} y el índice de esfuerzo del cuidador (Caregiver Strain Questionnaire)¹⁵.

Se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0. Para el análisis de las variables cualitativas, se realizó el recuento y la expresión porcentual. La distribución de las variables cuantitativas se estudió mediante medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica, rango).

En función de los resultados obtenidos, se diseñaron tablas de contingencia para establecer posibles relaciones entre las variables más significativas. La relación entre las distintas variables se estableció mediante pruebas no paramétricas, dado el tamaño muestral. En todas las comparaciones se establece un nivel de significación del 95% para un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Inmovilizados

De los 120 pacientes seleccionados en el listado inicial, finalmente participó un total de 88.

El 63,6% eran mujeres. La media de edad fue de 81,7 años, con un intervalo de 52 a 102 años, desviación típica del 9,9, con diferencias según el sexo (mujeres, 83,7 años; varones, 78,2 años). A mayor edad aumenta la prevalencia de enfermedades mentales de forma significativa

TABLA 1. Características del paciente inmovilizado (n = 88)

Variable	n	Porcentaje
Edad		
< 50 años	1	1,1
51-65 años	5	5,7
66-80 años	31	35,2
81-95 años	43	48,9
> 96 años	8	9,1
Sexo		
Mujeres	56	63,6
Varones	32	36,4
Estado civil		
Soltero	7	8
Casado	41	46,6
Viudo	33	37,5
No consta	7	8
Domicilio propio	58	65,9
Vive solo	7	8
Toma más de 4 fármacos	63	71,3
Hospitalizado en el año 2003	35	39,8

TABLA 2. Capacidad funcional y mental (n = 88)

	n	Porcentaje
Índice de Pfeiffer		
Normal (0-2 puntos)	19	21,6
Deterioro cognitivo leve (3-4 puntos)	9	10,2
Deterioro cognitivo moderado (5-7 puntos)	8	9,1
Deterioro cognitivo importante (8-10 puntos)	17	19,3
No consta	35	39,8
Índice de Barthel		
Dependencia total	32	36,4
Dependencia grave	14	15,9
Dependencia moderada	24	27,3
Dependencia leve	18	20,5

(Pearson, 0,522; $p < 0,01$). Las características del paciente inmovilizado se describen en las tablas 1 y 2. El 29,5% falleció durante el período de estudio.

El principal motivo de inclusión fue el padecimiento de una enfermedad invalidante (84,1%). La media de tiempo de inclusión en el programa fue de 32,0 meses (desviación típica, 42,4).

Las patologías médicas más prevalentes se reflejan en la tabla 3. Encontramos una prevalencia de diabetes mellitus del 30,7%, y de obesidad del 43,5%. El 37,5% de los pacientes presentaba artrosis.

TABLA 3. Distribución de frecuencias de las patologías médicas (n = 88)

Patologías	Frecuencia (%)
Aparato respiratorio	11,4
Sistema nervioso y órganos de los sentidos	78,4
Aparato circulatorio	76,1
Hipertensión arterial	58
Mentales (demencias)	33
Endocrinometabólicas	54,5
Neoplasias	23,9

TABLA 4. Problemas identificados (n = 88)

Problema	Frecuencia (%)
Incontinencia urinaria	53,4
Incontinencia fecal	43,2
Problemas de masticación	32,0
Mal estado nutricional	41,2
Trastornos del sueño	37,5
Limitación visual	40,9
Limitación auditiva	39,8

Los principales problemas detectados se exponen en la tabla 4. Destaca que el 42,5% presenta incontinencia urinaria y fecal simultáneamente. Ambas incontinencias se reparten de forma similar entre los sexos. La incontinencia urinaria aumenta con la edad, mientras que la fecal se mantiene estable en todos los grupos de edad.

La limitación visual y auditiva coexisten en el 21,5% de los pacientes. Ambas son más prevalentes en el sexo masculino, y aumentan con la edad, sobre todo la auditiva (25% en menores de 65 años a 59% en mayores de 81 años).

La autopercepción/autoconcepto de nuestros pacientes es mala en el 38,6% de los casos. La mala autopercepción se relaciona con la limitación visual, pero no con la limitación auditiva, ni con la incontinencia, ni con el hecho de vivir solo, ni con el estado civil del paciente. El 73,9% no realiza actividades de ocio en su tiempo libre. El 27,3% requirió derivación a la trabajadora social.

Cuidadores

De los 33 cuidadores con los que contactamos telefónicamente, 8 se negaron a participar (sin diferencias respecto a edad y sexo). Las características principales de los encuestados se describen en la tabla 5. Presentan una edad media \pm desviación estándar de 62,0 \pm 14,9 años.

El cuidador principal es un/a hijo/a en el 40,2% de los casos, el cónyuge en el 33,3%, y un cuidador no familiar

TABLA 5. Características de los cuidadores familiares (n = 25)

Variable	Porcentaje
Edad	
< 60 años	44,1
De 60 a 75 años	28,3
> 75 años	27,5
Mujeres	84,0
Parentesco	
Hija	56,4
Esposa	35,6
Estado civil	
Soltero	32,3
Casado	63,5
Viudo	4,2
Síntomas físicos	
Cefaleas	12,2
Lumbalgias	64,1
Algias musculares inespecíficas	40,0
Toma de fármacos	
Analgésicos/AINE	48,5
Ansiolíticos	20,3
Antidepresivos	4,2

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

en el 13,8% de los pacientes. El 84% son cuidadores de sexo femenino, y a los pacientes varones les cuidan más sus cónyuges (en el 62,5%), mientras que a las mujeres les cuidan más sus hijos (en el 54% de los casos), sobre todo conforme avanzan en edad.

La mayoría de los pacientes (96%) era dependiente para lavarse, el 48%, para comer, el 64% presentaba incontinencia fecal y/o urinaria, y el 60% necesitaba ayuda para trasladarse. La distribución del grado de autonomía de los pacientes según el índice de Katz se muestra en la figura 1.

El 68% de los cuidadores encuestados refiere sentirse capaz de cuidarles, aunque esta cifra disminuye a medida que aumenta la edad del cuidador ($p = 0,152$). Aunque no se alcanza significación estadística, este hecho parece cumplirse cuando el cuidador es de sexo femenino ($p = 0,199$), y en menor grado cuando el paciente presenta limitaciones visuales ($p = 0,572$) o auditivas ($p = 0,753$). Las principales quejas son: no tienen suficiente tiempo libre (60%), sobre todo los cuidadores de enfermos terminales ($p = 0,071$) y con patología respiratoria crónica ($p = 0,045$), el 84% ha tenido una restricción en su vida anterior, el 66% cambió sus proyectos personales, el 20% se considera totalmente desbordados.

El 40% presenta trastornos del sueño, y al 76% de cuidadores de pacientes con patología degenerativa le supone un esfuerzo físico significativo ($p < 0,005$). El 64% se reconoce excitado, nervioso o en tensión.

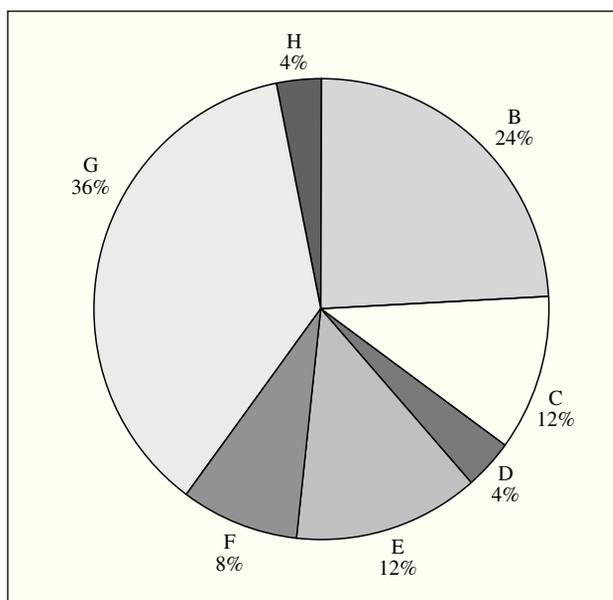


Figura 1. Índice de Katz de los pacientes en los que se estudió la situación de sobrecarga de sus cuidadores ($n = 25$). H: dependiente en al menos 2 funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Casi la mitad (48%) no había acudido al médico en los últimos 6 meses. Encontramos una frecuentación menor conforme aumenta el tiempo de inclusión en el programa ($p < 0,005$) y en pacientes de mayor edad ($p < 0,001$).

Encontramos una prevalencia de ansiedad medida según la escala de Goldberg del 36%. Sólo la mitad están en tratamiento con ansiolíticos/hipnóticos, y de éstos el 55% no ha acudido a su médico en los últimos 6 meses.

Cumplen criterios de depresión según la escala de Goldberg el 44% de los cuidadores. De éstos, sólo el 36% toma ansiolíticos, y en torno al 9% está siendo tratado con antidepresivos.

De los que presentan un alto grado de estrés según el índice de estrés del cuidador (36%), menos de la mitad toman ansiolíticos, y ninguno toma antidepresivos.

No hemos encontrado correlación significativa entre los índices de Katz ni de Barthel con el grado de depresión/ansiedad o estrés global en el cuidador. Sí encontramos mayor ansiedad en los cuidadores de pacientes de sexo femenino ($p < 0,01$), y menos estrés conforme avanza la edad del paciente (Pearson, 0,548; $p < 0,005$).

DISCUSIÓN

La relevancia de la atención domiciliar en nuestro medio es cada vez mayor, debido al envejecimiento progresivo de la población. En nuestra población contamos con el 18,6% de pacientes mayores de 65 años, cifra muy superior a la encontrada por otros autores nacionales⁷.

El perfil básico de los pacientes incluidos en el programa muestra un importante predominio de mujeres viudas y ancianas que padecen pluripatologías y se encuentran polimedicadas. Éste es un hecho concordante con la mayoría de estudios realizados^{16,17}.

Los déficits sensoriales afectan a un porcentaje elevado de pacientes, de forma similar a lo señalado por otros autores¹⁸, lo que implica un riesgo incrementado en la producción de accidentes domésticos. Además son un factor importante en cuanto a la producción de estrés en el cuidador.

La autopercepción de la salud se considera un parámetro válido en la medición del estado de salud, y la supervivencia está más ligada a la salud «subjetiva» que a la «objetiva»¹⁹. Su relación en nuestro estudio con las incapacidades de los ancianos nos hace pensar en la necesidad de apoyo psicológico y emocional durante nuestra asistencia en estos casos.

Diversos autores han demostrado un riesgo aumentado de morbilidad en el cuidador principal, frecuentemente infradiagnosticada²⁰. Es significativo el elevado porcentaje de malestar físico y psíquico detectado, como ocurre en otros trabajos de similares características. Destacamos el uso de la escala de Goldberg^{13,14} en nuestro estudio. Se trata de un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de familia. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

Hemos utilizado además el índice de esfuerzo del cuidador que no ha sido validado en España, aunque sí en Estados Unidos¹⁵. Justificamos su empleo por su amplio uso en nuestro medio, y por no disponer hasta la fecha de instrumentos validados específicos para este fin.

La existencia de mayores niveles de ansiedad/depresión y/o estrés en cuidadores de ancianos con déficit sensoriales, mentales y neurológicos indica una mayor necesidad de intervención en estos pacientes.

Que la frecuentación del cuidador disminuya con el tiempo de inclusión del paciente inmovilizado en el programa podría indicar una mayor adaptación a la situación y un aumento de la sensación de estabilidad y control por parte del cuidador entrenado. El hecho de que la ansiedad disminuya de forma inversamente proporcional a la edad del paciente inmovilizado podría explicarse igualmente por este motivo, si bien la experiencia clínica nos muestra, en relación con este aspecto, una peor aceptación psíquica del cuidado de inmovilizados jóvenes (accidentes, enfermedades invalidantes prematuras etc.).

El número de pacientes crónicos que no pudo ser estudiado por diversas razones fue del 26%, cifra menor que

en otros estudios⁷. No creemos que haya constituido una limitación del estudio, ya que la distribución de ambos subgrupos según sus características principales es similar.

El hecho de que el 24% de cuidadores rehusaron acudir a la entrevista (por no tener tiempo o creer no obtener ningún beneficio al hacerlo) no nos permite descartar la presencia de un sesgo de selección. Podríamos suponer que dichos sujetos pueden constituir un grupo con mayor sobrecarga y comorbilidad, que precisaría especial atención por nuestra parte.

Todos nuestros resultados justifican el abordaje de la población domiciliaria con planteamientos específicos y multidisciplinarios dentro de los programas de atención a la población adulta y anciana, realizando siempre además una evaluación de la repercusión psíquica y física en el cuidador principal del hecho de cuidar. De esta manera se procurará identificar precozmente patología relacionada y planificar en caso necesario estrategias adecuadas para un mejor control y apoyo desde el centro de salud, tratando así de evitar la aparición del denominado «síndrome del cuidador», mejorando así la calidad asistencial y el seguimiento en este tipo específico de situaciones, en las que los protocolos de actuación convencionales no son aplicables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albert Cuñat V, Maestro Castelblanque ME, Martínez Pérez JA, Monge Jordra V. Factores relacionados con la accidentalidad en personas mayores de 65 años de la provincia de Guadalajara. *Gac Sanit*. 2000;14:346-55.
2. Roca Roger M, Ubeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Vinets L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria*. 2000;26:217-23.
3. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria*. 1999;24:404-10.
4. Stuck EA, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *J Am Med Assoc*. 2002;287:1022-8.
5. Atención Domiciliaria a Inmovilizados. Cartera de Servicios, 313. Junta de Castilla y León. 2004.
6. WONCA. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson; 1988.
7. Segura Noguera MC, Barreiro Montaña M, Bastida Bastús D. Enfermos crónicos domiciliarios y consumo de psicofármacos. *Aten Primaria*. 2000;26:620-3.
8. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T. Valoración geriátrica integral. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Barcelona: Glosa; 2001.
9. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J*. 1965;14:56-61.
10. Álvarez M, Alaiz A, Bru E, Cabañeros J, Calzón M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años según el Índice de Katz. Fiabilidad del método. *Aten Primaria*. 1992;10:812-6.
11. González Montalvo JI, Rodríguez Mañas L, Ruipérez Cantera I. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos en un servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1992;27:129-33.
12. García L, Pardo C. Factores asociados a la ansiedad y toma de psicofármacos en cuidadores de pacientes incapacitados. *Aten Primaria*. 1996;18:103-10.
13. Montón C, Pérez Echeverría MJ, Campos R, García Campayo 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.
14. De la Gándara J. Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;20:389-94.
15. Robinson BC. Validation of a caregiver strain index. *J Gerontol*. 1983;38:344-8.
16. Hernando J, Iturrioz P, Torán P, Arratibel I, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*. 1992;9:133-6.
17. Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, Huidrobo L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1994;13:188-90.
18. González Montalvo JI, Jaramillo Gimes I, Rodríguez Mañas L, Guillén Llera F, Salgado Alba A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp*. 1990;187:165-9.
19. Gorroñogoitia Iturbe A, Ibáñez Pérez F, Olaskoaga Arrate A. Autopercepción de la salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Aten Primaria*. 1992;10:771-6.
20. Fengler AP, Goodrich N. Wives of elderly disabled men: the hidden patients. *Gerontologist*. 1979;19:175-83.