

# Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor

## *Prevalence of burden syndrome, anxious and depressive symptoms in caregivers of the elderly*

*Elvira Cabada Ramos y Víctor Alberto Martínez Castillo<sup>1</sup>*

### RESUMEN

El síndrome del cuidador aparece en aquellas personas que se desempeñan como encargados principales de personas dependientes y se caracteriza por agotamiento físico y mental. El presente estudio tuvo como finalidad identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga y la sintomatología ansiosa depresiva en los cuidadores del adulto mayor mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit y las Escalas de Depresión y de Ansiedad de Beck. Los resultados muestran que 52% de los cuidadores mostraba el síndrome del cuidador, 36% depresión y 98% ansiedad. Los autores concluyen que es necesario proporcionar a los cuidadores las herramientas necesarias para un mejor manejo de los pacientes, lo que repercutirá en su salud mental y física al apreciar que sus intervenciones son adecuadas, y promoverá su participación en los grupos de apoyo.

**Palabras claves:** Sobrecarga; Cuidador; Ansiedad; Depresión; Paciente.

### ABSTRACT

*The burden caregiver syndrome appears in primary caregivers of a dependent person, and is characterized by physical and mental exhaustion. The present study aimed to identify the prevalence of the burden syndrome and depressive and anxious symptoms in caregivers of the elderly as measured by Zarit Scale of Overload and Beck's Depression and Anxiety Inventories. Results show that 52% of caregivers suffered of the caregiver burden syndrome, 36% showed depressive symptoms, and 98% anxiety. The authors conclude that it is necessary to provide caregivers with the tools for a better management of their patients. This should improve their mental and physical health and foster a feeling that their interventions are appropriate which, in turn, may also promote their participation in support groups.*

**Key words:** Overload; Caregivers; Anxiety; Depression; Chronic patient.

## INTRODUCCIÓN

El cuidador es la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo, y el cuidador primario o principal es aquel que guarda una relación directa con el paciente, pudiendo ser el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres (Torres et al., 2006).

El cuidado y atención de un paciente es un proceso dinámico que requerirá incrementar paulatinamente las atenciones y tareas debido a la duración de la enfermedad, que en más de 70% de los casos se trata de un proceso superior a los seis años. Asimismo, la pérdida progresiva de la capacidad física y cognitiva del paciente deriva en una dependencia total o parcial que requiere de los cuidados de personas cercanas en su entorno familiar (García, Otero y Plata, 2007).

<sup>1</sup> Servicio de Psicología, Clínica Hospital ISSSTE, Av. Las Gardenias s/n, Col. El Espinal, 94301 Orizaba, Ver., México, correo electrónico: elviracabada@hotmail.com. Artículo recibido el 5 de enero y aceptado el 13 de abril de 2016.

Los cuidadores de pacientes dependientes están sometidos a circunstancias estresantes que los pueden conducir al agotamiento. Tal sobrecarga sentida por los cuidadores repercute negativamente en su salud; de hecho, se ha descrito un incremento de la ansiedad y la depresión, así como una mayor vulnerabilidad y mortalidad cuando se trata de cuidadores de edad avanzada; también tiene un efecto directo en la persona a la que se cuida, y se relaciona con mayores tasas de institucionalización del paciente, con su deterioro funcional y con una mayor mortalidad (Moreno et al., 2008).

El síndrome de sobrecarga del cuidador se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico ya que la persona tiene que afrontar súbitamente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía, por lo que pierde su independencia, desatiende sus tareas y abandona su proyecto de vida, lo que se traduce en importantes cambios en las relaciones familiares, sociales y laborales, e incluso en la situación económica.

La persona que funge como cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés que se deriva del cuidado, lo que acarrea su agotamiento por la frecuente falta de apoyo de otros miembros de la familia, quienes en muchas ocasiones actúan como jueces y afectan con ello los vínculos afectivos (Flores, Rivas y Segel, 2012).

La función de cuidar se constituye en una situación estresante que puede desbordar y agotar los recursos personales y repercutir en la salud física y el estado de ánimo del cuidador, así como modificar los umbrales de percepción del sufrimiento y el dolor del enfermo bajo su cuidado (Dueñas et al., 2006).

La sobrecarga puede describirse como *objetiva* en cuanto que incluye todas aquellas actividades que el cuidador y su familia hacen para ayudar, supervisar y controlar todo lo referente al enfermo del que se hacen cargo, lo que implica graves alteraciones en la rutina y las relaciones interpersonales y familiares, así como restricciones en las actividades laborales y de ocio en la vida diaria. A su vez, la sobrecarga *subjetiva* se define como las actitudes y reacciones que se experimentan ante la función de cuidar (Biegel, Sales y Schulz, 1991).

Los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas dependen parcial o totalmente de las personas que se hacen cargo de ellos, lo que conduce a sus cuidadores al mencionado desgaste o sobrecarga emocional, física y espiritual que se manifiesta asimismo en el cambio de actitud, irritabilidad, fatiga, ansiedad y depresión, y también pueden sentirse culpables cuando emplean un tiempo para sí mismos y no para su familiar enfermo.

La depresión es una de las enfermedades que suelen estar asociadas al síndrome de sobrecarga, constituyendo un cuadro complejo que incluye síntomas anímicos tales como la tristeza y ansiedad, que están presentes en la mayoría de los casos, así como sintomatología motivacional, como anhedonia, pérdida de la autoestima, pesimismo, pensamientos reiterados de muerte, dificultades para mantener la atención, alteraciones en los patrones del sueño o disminución del apetito, los que provocan un deterioro funcional en el individuo.

También se observa en los cuidadores una sintomatología ansiosa caracterizada por preocupación excesiva y una serie de síntomas somáticos, tales como irritabilidad, inquietud, impaciencia, tensión muscular, taquicardia, opresión precordial, disnea, náusea, sudoración, sofocamiento, parestesias y temblores (Hidalgo y Santos, 2005).

El programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico Degenerativo (ADEC), puesto en práctica en la Clínica Hospital ISSSTE de la ciudad de Orizaba (México), tiene como objetivo brindar servicios médicos en su domicilio a pacientes que, debido a las características y naturaleza del padecimiento, así como por sus complicaciones, les es difícil trasladarse a la unidad médica para recibir los tratamientos que sirvan para mejorar su condición de vida; tales servicios son otorgados en el núcleo familiar por personal especializado multidisciplinario, y su seguimiento queda a cargo del cuidador principal (Hernández y Lara, 2000).

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga y de la sintomatología ansiosa y depresiva en una muestra no probabilística, por conveniencia, de cuidadores de adultos mayores.

## MÉTODO

### Participantes

Participaron 56 cuidadores principales o primarios, a los que se aplicaron los instrumentos que se detallan abajo. Dicha muestra correspondió a 60% de los pacientes inscritos en el referido programa.

### Instrumentos

#### *Escala de Sobrecarga de Zarit.*

Este instrumento, elaborado por Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980), consta de 22 reactivos que se evalúan de acuerdo a una escala de Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El punto de corte es a partir de 46 puntos, donde no hay sobrecarga; de 47-55 hay sobrecarga leve, y más de 56 puntos implican una sobrecarga intensa. Este instrumento evalúa las repercusiones negativas de prestar cuidados a un enfermo en determinadas áreas de la vida, como la salud física y psíquica, las actividades sociales y los recursos económicos (cf. Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa, 2008).

#### *Inventario de Depresión de Beck.*

Está formado de 21 reactivos en los que se manejan cuatro valores: el 0 es indicativo de la ausencia del síntoma y el 3 el de mayor incidencia. Evalúa síntomas clínicos de melancolía y pensamientos intrusivos, ideación suicida, alteraciones en los patrones de sueño, alimentación, interés por el medio y deseo sexual. Los puntos de corte son los siguientes: no depresión, 0-9 puntos; depresión leve, 10-18 puntos; depresión moderada, 19-29 puntos; depresión grave, más de 30 puntos (Acosta y Gardía, 2007; Beck, War, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; García et al., 2008; Jurado et al., 1998).

#### *Inventario de Ansiedad de Beck.*

Es un instrumento compuesto por 21 ítems, cuyos puntos de corte establecidos son, a saber: 0-21, ansiedad muy baja; 22-35, ansiedad moderada, y más de 36, ansiedad severa. Describe síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas (cf. Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Paz, 2010; Tafuya y Peresmitré, 2006).

Adicionalmente, se aplicó un formato de entrevista estructurada, con preguntas relacionadas al

sexo, edad, escolaridad y parentesco con el enfermo; padecimientos de éste y del cuidador; estado civil, tiempo de cuidar al paciente, ocupación, número de integrantes en la familia, tipo de familia y tipos de apoyo solicitado (social, emocional, económico, temporal), participación en grupos de ayuda mutua y capacitación para el manejo del paciente.

### Procedimiento

Se visitó en su domicilio particular a los cuidadores de pacientes inscritos en el programa ADEC, de acuerdo a las citas asignadas los días martes por el médico responsable. La encuesta se aplicó de manera individual a aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión de ser el cuidador principal, quienes firmaron un formato de consentimiento informado. La aplicación de los instrumentos a cada uno de los participantes tomó una hora y media.

Se les dieron instrucciones verbales sobre el llenado de los formatos de evaluación, los que fueron contestados de manera autoaplicada a fin de evitar sesgos en sus respuestas, dejando abierta la posibilidad de aclarar reactivos que no fueran comprendidos. Se contó con la autorización y registro del Comité de Ética en Investigación de la Clínica Hospital ISSSTE de Orizaba y del Departamento de Investigación de la Subdirección General Médica.

### Análisis estadístico

Mediante el programa SPSS, se obtuvieron porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las cuantitativas. Entre las herramientas de la estadística inferencial, se emplearon las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Spearman, con un nivel de significancia de  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

En el Cuadro 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra utilizada, y en el Cuadro 2 el parentesco del cuidador con el paciente.

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas de la muestra (n = 56).

Sexo		Ocupación		Estado civil		Escolaridad			
M	F	Hogar	Asalariado	Casado	Soltero	Prim.	Sec.	Prep.	Lic.
20%	80%	61%	39%	46%	54%	13%	18%	30%	39%

**Cuadro 2.** Parentesco (n = 56).

Hijo	Esposa	Nieto	Otros (Tíos, nueras, etc.)
66%	8%	13%	13%

La muestra tuvo una media de edad de 45.9 + 14.5 años y el grupo familiar estuvo compuesto en promedio por 4 + 2 personas. La totalidad correspondió a familias extensas.

La media de tiempo de fungir como cuidador fue de 5 años, 6 meses. Los soportes requeridos por los cuidadores fueron los siguientes: económico, 30%; emocional, 27%, y temporal, 25%. De ellos, 18% dijo no quererlo.

De los cuidadores, 36% informó padecer diabetes mellitus II e hipertensión arterial sistémica. Respecto a los pacientes de los que se hacían cargo, idéntica proporción había sido diagnosticada con insuficiencia renal crónica en proceso de diálisis peritoneal ambulatoria, 36% con secuelas de accidente vascular cerebral asociado con síndrome de inmovilidad, 20% con diabetes mellitus II y 8% con artritis e hipertensión arterial sistémica.

Ninguno de los cuidadores había acudido a algún grupo de ayuda, si bien la totalidad de los cuidadores de pacientes dializados había recibido capacitación para su manejo.

De las cuidadoras mujeres, 49% eran solteras, con una edad media de 48.47 años, en un rango de edad de 20 a 86 años. De ellas, 36% informó encontrarse en tratamiento médico por padecimientos físicos, de las cuales 25% lo recibía por diabetes mellitus II. El 38% tenía escolaridad de licenciatura, 52% estaban dedicadas a las labores del hogar, con un promedio de tiempo de desempeñar el papel de cuidadoras de seis años.

En cuanto a los cuidadores varones, dijeron tener una edad media de 35.45 años en un rango de 18 a 62 años, de los cuales 98% estaban dedicados exclusivamente a las labores del hogar. Ninguno reportó padecer algún tipo de enfermedad física o mental que se encontrara bajo control médico. De ellos, 54% tenía escolaridad de bachillerato y 64% eran solteros, con un promedio de tiempo de

cinco años y diez meses de haberse hecho cargo del paciente.

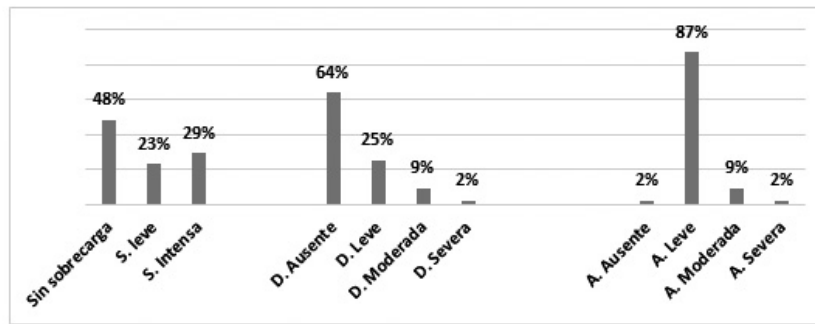
De acuerdo a la Escala de Sobrecarga de Zarit, 52% de los cuidadores estudiados manifestaba síndrome de sobrecarga de leve a intensa, de acuerdo a su evaluación subjetiva, con un puntaje promedio de 49.20 + 15.09. El reactivo de esta escala que obtuvo mayor porcentaje de respuesta (62%) es el referente a que el cuidador ha resentido la extrema dependencia del enfermo para que le solucione una gran parte de las actividades de la vida diaria. El 60% de los cuidadores principales de los pacientes que cursaban con insuficiencia renal crónica y 50% de los que sufrían diabetes mellitus exhibieron sintomatología de sobrecarga de leve a intensa, al igual que 64% de las mujeres solteras, 56% de las casadas, 25% de los hombres solteros y 56% de los casados.

En cuanto a los inventarios de Beck, 36% del total de la muestra reportó síntomas depresivos de tipo leve a severo, con un puntaje promedio de 9 + 6.

El síntoma más significativo en el Inventario de Depresión de Beck, en 61% de los casos, fue el referente a problemas para conciliar y mantener una buena calidad y cantidad de sueño por frecuentes despertares.

Los cuidadores de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial sistémica presentaron, en 75% de los casos, una sintomatología depresiva de leve a moderada, al igual que 57% de las mujeres casadas, 27% de las solteras y 13% de los hombres solteros.

Relacionado con la sintomatología ansiosa, según los datos obtenidos mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, 98% la presentó de leve a grave, con un un puntaje medio de 11.84 + 9.5 (Figura 1).

**Figura 1.** Resultados generales de la muestra en la Escala de Sobrecarga de Zarit y los Inventarios de Depresión y de Ansiedad de Beck.

La respuesta más significativa, en 70% de los casos, fue la referente a estar nervioso y tenso la mayor parte del día. Las mujeres casadas reportaron sintomatología ansiosa en 92%; las solteras, en 91%; en cuanto a los hombres, 87% de los solteros la manifestaron.

En las pruebas de comparación hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en lo que respecta al síndrome de sobrecarga del cuidador, siendo mayor en los primeros (64%) que en las segundas (49%).

En lo que respecta a sintomatología depresiva y ansiosa, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las pruebas de comparación por sexo, ocupación, parentesco, estado civil y grupo de edad (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Pruebas de comparación de variables.

Variables	Pruebas de comparación (valor de <i>p</i> )		
	Síndrome del cuidador de Zarit	Síntomas depresivos de Beck	Síntomas ansiosos de Beck
Sexo	0.019	0.674	0.336
Grupo de edad (18-49, 50-86)	0.405	0.306	0.752
Ocupación	0.526	0.526	0.974
Parentesco	0.287	0.425	0.416
Edo. civil	0.814	0.737	0.243

No se halló una correlación lineal (.079), entre el síndrome de sobrecarga y la sintomatología depresiva, con un nivel de significancia de 0.519, ni tampoco entre el síndrome de sobrecarga y la ansiedad (0.002), con un nivel de significancia de 0.991.

## DISCUSIÓN

En un trabajo anterior realizado por Paz (2010) en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México (INNN) —escenario en el cual se llevó a cabo el presente estudio en cuidadores de pacientes de consulta externa, tomándose en cuenta variables sociodemográficas y de desgaste del cuidador—, se halló que casi todos los cuidadores pertenecían al sistema informal y sin capacitación, siendo mujeres la gran mayoría, con una edad media de  $47.7 \pm 15.1$  años, los más de ellos dedicados al hogar y cuidando a un familiar cercano; casi la mitad de los mismos sufría algún padecimiento, y en cerca de las dos terceras partes dicho padecimiento fue posterior al inicio de la mencionada tarea.

En el presente estudio los datos sociodemográficos coincidieron con los descritos en el INNN, ya que predominaron las mujeres como cuidadoras principales de familiares cercanos, de las cuales solamente una tercera parte estaba capacitada para manejar al paciente, de acuerdo a los datos de la entrevista estructurada. Los cuidadores evaluados mostraron desgaste y una sintomatología ansiosa y depresiva significativa. En el grupo analizado, nadie reportó haber adquirido enfermedad alguna durante el tiempo de fungir como cuidador; de hecho, todos los padecimientos aparecieron antes de ello, siendo las mujeres las que tuvieron una mayor prevalencia.

Este estudio incluyó a cuidadores de pacientes con diversidad de padecimientos, aunque con diagnósticos de enfermedades de tipo neurológico únicamente 18%; de estos casos, 60% sufría sobrecarga significativa. Los cuidadores de personas con insuficiencia renal crónica, que corresponden

a 36% de la muestra, fueron los que mayor desgaste presentaron en virtud del tipo de tratamiento del paciente.

En otro estudio realizado en España (Roca, 2003), utilizando para evaluar las escalas de Zarit y Beck, en el cual se compararon dos cuidadores: uno que asistía a un grupo de ayuda mutua y otro que no lo hacía, se halló un menor grado de depresión, ansiedad y desgaste en el que recibió apoyo y asistió al grupo de ayuda. En el presente estudio ninguno de los participantes había tenido la oportunidad de ser parte de algún grupo por no existir en su entorno. Un dato relevante hallado aquí es la necesidad que plantearon los cuidadores de tener apoyo económico, emocional y temporal por parte de otros miembros de la familia ya que, al formar parte de un grupo extenso, no los recibían.

En un estudio llevado a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" de la Ciudad de México por Alfaro et al. (2008), se encontraron correlaciones positivas entre los mismos instrumentos empleados aquí. Sin embargo, en el presente no hubo correlación alguna; únicamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al síndrome de sobrecarga entre hombres y mujeres. Alfaro et al. (2008) informaron una mayor sobrecarga en los cuidadores de pacientes terminales que en los de pacientes con dolor crónico. En el presente estudio se encontraron resultados similares en pacientes con mal pronóstico en el desarrollo de su padecimiento, como es el caso de los pacientes renales.

En otro estudio llevado a cabo en Colombia por Ocampo et al. (2007), se encontró que el promedio de edad de los cuidadores fue de 49.4 años, siendo mujeres casi todos ellos. Más de la mitad (54.2% de la muestra) sufría sobrecarga, 40% sobrecarga leve, y el resto sobrecarga intensa. En la presente investigación, 80% eran cuidadoras del sexo femenino, y la muestra presentó una mayor prevalencia de sobrecarga intensa en 29% de los casos.

En una investigación efectuada en Cuba por Pérez, Díaz, Herrera y Silveira (2001), 63.1% de los cuidadores estudiados reportaron ansiedad y 77.6% depresión; en el caso presente, la prevalencia de sintomatología depresiva de leve a moderada fue de 36%, menor a la padecida por los cuidadores cubanos, y 98% sufría ansiedad, mayor a la informada en el citado estudio.

La muestra estudiada aquí se incluye en el grupo de cuidadores informales, familiares en su totalidad, tal como se reporta en la literatura, ya que asumen las principales tareas de atención del enfermo y son percibidos por otros miembros del grupo como los únicos responsables, sin que obtengan remuneración alguna por su tarea.

Nuestro estudio sugiere que la sintomatología depresiva que tiene como componente la irritabilidad, misma que estuvo presente en más de la mitad de los casos, puede ser un detonante para comportarse de forma agresiva con los pacientes y derivar después en maltrato hacia ellos.

Existe la necesidad de crear grupos de apoyo en el que los cuidadores puedan compartir sus experiencias con personas en condiciones similares, de que profesionales de la salud los orienten mediante grupos psicoeducativos y multidisciplinarios, y de reforzar o crear redes de apoyo entre vecinos y familiares que permitan al cuidador principal delegar por momentos su responsabilidad y recibir dicho apoyo.

Debido al envejecimiento de la población y al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas en nuestro entorno, lo que lleva a las personas a tener una vida con importantes deterioros en su salud, se debe prever que habrá una necesidad creciente de contar con cuidadores que tengan los conocimientos indispensables para desempeñarse de manera óptima, sin detrimento de su salud y en beneficio de las personas de que se hacen cargo.

## REFERENCIAS

- Acosta, Ch.O. y Gardía, F.R. (200). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Alfaro R., C.O., Morales V., T., Vázquez P., F., Sánchez R., S., Ramos R., B. y Guevara L., U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485-494.

- Alpuche R., V., Ramos R., B., Rojas R., R. y Figueroa L., C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-2457.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Biegel, D.E., Sales, E. y Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.
- Dueñas M., D.I., Martínez A., M., Morales, B., Muñoz, C., Viafara A., S. y Herrera J., A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(2) (Supl. 1), 31-48.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41.
- García G., A., Otero V., Y. y Plata M., E. (2007). Depresión y bournout de cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). *Memorias del 1er. Congreso Interdisciplinario de Investigación Aplicada, "Desarrollo e innovación en la red de Universidades"*. México, D.F., 26 y 27 de abril.
- García P., M., Bacaran M., T. et al. (2008). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. México: ARS Médica.
- Hernández, M.J. y Lara, A. (2000). *Manual del Programa de Atención Primaria del Enfermo Crónico (ADEC)*. Orizaba (México): Clínica-Hospital ISSSTE.
- Hidalgo R., I. y Santos G., L. (2005). *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria*. México: ARS Médica.
- Jurado C., S., Villegas M., E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Moreno G., L., Bernabeu W., M., Álvarez, T.M., Rincón G., M., Bohórquez C., P. y Cassani G., M. (2008). Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*, 40(04), 193-198.
- Ocampo J., M., Herrera J., A., Torres, P., Rodríguez J., A., Lobo, L. y García C., A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38(1), 40-46.
- Paz R., F. (2010). Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 19(1-2). Disponible en línea: [http://www.medicosecuador.com/revuecuatneurol/vol19\\_n1-2\\_2010/articulos\\_originales/predictores-de-ansiedad.htm](http://www.medicosecuador.com/revuecuatneurol/vol19_n1-2_2010/articulos_originales/predictores-de-ansiedad.htm).
- Pérez L., L., Díaz D., M., Herrera C., E. y Silveira H., P. (2001). Síndrome del cuidador en una población atendida por un equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 17(2), 107-111.
- Roca M., M. (2003). ¿Quién cuida al cuidador? *Informaciones Psiquiátricas* (2º trimestre), 172. Disponible en línea: [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2003/02\\_172\\_14.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2003/02_172_14.htm).
- Tafoya R., S. y Peresmitré, G. (2006). Inventario de Ansiedad, validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 5(3), 82-87.
- Torres F., I., Beltrán G., F.J., Martínez P., G., Zaldívar G., A., Quesada C., J. y Cruz T., J. (2006). Cuidar a un enfermo, ¿pesa? *La Ciencia y el Hombre*, 29(2), 47-50.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-654.