

D

epresión y su relación con la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con demencia¹

Depresion and Quality of Life in a Group
of Dementia Caregivers

Jhon Alexander Moreno Moreno MS²,
Juan Carlos Arango Lasprilla, Ph.D.³,
Heather Rogers, PhD, MPH⁴

Resumen

Los cuidadores de pacientes con demencia son susceptibles de presentar depresión y, por consiguiente, esto podría incrementar la posibilidad de que aparezcan problemas que pudiesen alterar su calidad de vida, tanto a nivel físico como emocional. El presente estudio busca determinar si existe una relación entre la presencia o ausencia de depresión, y la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con demencia de la ciudad de Bogotá, Colombia. Se concluye que la depresión genera un deterioro en los indicadores de salud física y mental en personas expuestas al estrés crónico, como son los cuidadores de pacientes con demencia.

Palabras Claves: Depresión, Demencia, Calidad de vida, Cuidadores.

Abstract

Dementia caregivers are susceptible to experience depression symptoms; this is likely to produce other health problems that might seriously affect their quality of life. This study analyzes and describes the relationship between depression and quality of life in a group of dementia caregivers from Bogota, Colombia. It is concluded that depression affects the physical and mental health of people exposed to chronic stress.

Key Words: Quality of life, Depression, Dementia, Care Giving.

-
- 1 Esta investigación fue realizada en el Hospital Central de la Policía de Bogotá, realizada por los investigadores que aparecen como responsables de la investigación.
 - 2 Hospital Central de la Policía, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: neuropsicalex@yahoo.fr
 - 3 Grupo de Rehabilitación en Salud, Universidad de Antioquia.
 - 4 Department of Medical and Clinical Psychology, Uniformed Services University of the Health Sciences. Bethesda, Maryland (USA).

Introducción

La demencia es un síndrome neurodegenerativo que constituye un reto mundial para la sociedad, los sistemas de salud, los pacientes, las familias y los cuidadores, en la medida que corresponde a una enfermedad que conlleva una serie de cambios o alteraciones en el estado cognitivo, emocional y funcional de la persona que lo presenta (Arango-Lasprilla, Rogers, y Fernández, 2003). Además, la gran mayoría de cuadros demenciales suelen ser incurables, irreversibles y lentamente progresivos, hasta el punto que la enfermedad puede durar hasta 20 años (Takai et al., 2009). En la actualidad, la demencia es considerada como la cuarta causa de discapacidad en el mundo (Arizaga, 2002, 2005), y se calcula que para el año 2040, el 71% de los 81.1 millones de los casos de demencia estarán en países en vías de desarrollo (Kalaria et al., 2008). Los costos directos e indirectos del tratamiento de cada paciente van desde 36000 hasta 47000 dólares al año (Coon y Edgerly, 1999) con un estimado de 73 billones de dólares anuales para Latinoamérica (Allegri et al., 2006).

La demencia es una enfermedad que afecta no solo a la persona que la padece sino también a la familia (Gwyter, 1998; Heru y Ryan, 2006; Arango-Lasprilla, Moreno, Gómez y Rogers, 2008; Moreno, 2008; Cheng, Che, Ying, Hua, Yang y Chiu, 2009; Pashby, Hann y Sunico, 2009; Arango-Lasprilla, Moreno, Rogers y Francis, 2009). Habitualmente, los familiares de los pacientes con demencia son quienes proporcionan el cuidado del enfermo de manera informal, no profesional, sin remuneración, sin recesos por incapacidad médica o vacaciones, y en ocasiones de forma paralela a su empleo formal. Usualmente, el cónyuge es quien provee la asistencia

pero también es común que los hijos/as y otros familiares asuman el cuidado de estos pacientes (Schultz y Martire, 2004).

Cuidar a una persona con demencia suele ser una tarea difícil debido a que con el progreso de la enfermedad, los pacientes se vuelven cada vez más dependientes hasta el punto de necesitar ayuda en las actividades básicas de la vida diaria como el baño, el vestido y la alimentación (Sun, Hilgeman, Durkin, Allen y Burgio, 2009). Por lo anterior, cuidar a un paciente con demencia se ha descrito como un día de 36 horas (Mace y Robins, 1999) ya que los cuidadores suelen dedicar hasta tres cuartos del día en el cuidado del paciente (Serano-Aguilar, Lopez-Bastida y Yanes-Lopez, 2006).

Diferentes estudios coinciden en afirmar que el cuidar una persona con demencia, incrementa el riesgo de presentar mayores problemas físicos (dolor corporal, limitaciones para realizar las actividades básicas propias, inmunosupresión, disminución de la salud, incremento de patologías crónicas y mayor susceptibilidad a infecciones y problemas respiratorios), sociales (aislamiento social, dificultades para interactuar con otros miembros de la familia y pérdida de amigos), laborales (pérdida del puesto de trabajo, accidentes laborales, ausentismo laboral y doble jornada de trabajo) y emocionales (ansiedad, sobrecarga, estrés y depresión) respecto del resto de la población. Además, se ha encontrado que dichos problemas suelen tener una repercusión a corto y largo plazo en la salud física y mental de estas personas (Kiecolt-Glaser et al., 1987; Garre-Olmo et al., 2000; Golimbet, 2001; McGartland, Berg-Weber, Tebb, y Parnell, 2001; Glozman, 2004; Mitrani, 2006; Thomas et al., 2006; Simonelli et al., 2007; Vellone et al., 2008).

Con respecto a la salud mental, la depresión suele ser uno de los síntomas más comúnmente encontrados en cuidadores de personas con demencia (Meiland, Kat, Van Tilburg, Jonker y Droes, 2005; Schulz et al., 2008) y su prevalencia varía entre el 10% y el 60% (Zanetti, Frisoni, Bianchetti, Tamanza, Cigoli y Trabucchi, 1998; Neundorfer, McClendon, Smyth, Stuckey, Strauss y Patterson, 2001; Lavretzky, 2005; Mahoney, Regan, Katona y Livingston, 2005).

En comparación con cuidadores sin depresión, los cuidadores deprimidos suelen responder de manera negativa a las exigencias o requerimientos de los pacientes y experimentan mayor frustración (Shields, 1992). La depresión en los cuidadores se incrementa a medida que se comprometen las actividades básicas e instrumentales de los pacientes (Neundorfer, McClendon, Smyth, Stuckey, Strauss y Patterson, 2001; Kroenke, Spitzer y Williams, 2001) o cuando se presentan alteraciones de la conducta (Croog, Sudilovsky, Burlison y Baume, 2001). Usualmente, los cuidadores informales requieren mayor uso de medicación antidepresiva respecto de la población general (Schultz et al., 2008) y presentan mayores tasas de mortalidad y discapacidad (Schultz y Beach, 1999; Lavretzky, 2005; Brown, 2007; Gort et al., 2007).

Otros estudios señalan que los síntomas depresivos en los cuidadores de personas con demencia tienden a permanecer estables durante los primeros cinco años de llevar cuidando al paciente (Powers, Gallager-Thompson y Kraemer, 2002), y que estos dependen especialmente del tiempo de cuidado, del grado de dependencia del enfermo (Covinsky et al., 2003) y de la presencia de depresión en el paciente (Waite, Bebbington, Skelton-Robinson y Orrell, 2004). Aunque es común que las alteraciones emocio-

“Con respecto a la salud mental, la depresión suele ser uno de los síntomas más comúnmente encontrados en cuidadores de personas con demencia y su prevalencia varía entre el 10% y el 60%...”

nales en los cuidadores hagan su aparición al poco tiempo que la persona comienza a asumir su rol de cuidador y durante los primeros años del cuidado, algunos estudios han encontrado que estas pueden permanecer incluso luego de la muerte del paciente (Schulz, Boerner, Shear, Zhang y Gitlin, 2006).

Además de estar presente en cuidadores de personas con demencia, la depresión suele presentarse a menudo en personas con diferentes tipos de enfermedades crónicas (Chan et al., 2009). Kroenke, Spitzer y Williams (2001) realizaron un estudio en pacientes que asistieron a consulta médica general para el control de patologías crónicas como diabetes, hipertensión, artritis y EPOC. Ellos observaron que en la medida que aumentaba el nivel de depresión en estas personas, se producía una disminución de su calidad de vida en términos de salud mental, función social, salud general, rol físico, dolor y función física.

Según lo anterior, se puede decir que la depresión a menudo suele estar relacionada con la salud física y mental de las personas que la padecen. Diferentes estudios coinciden en señalar que la depresión es uno de los síntomas emocionales más importantes en cuidadores de personas con demencia. Sin embargo, pese a que es bien conocido que la depresión altera la calidad de vida en personas con enfermedades

“... el objetivo de este estudio es el determinar si existe una relación entre la presencia o no, de un trastorno de estado de ánimo (depresión vs no depresión) y la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con demencia de la ciudad de Bogotá-Colombia”.

crónicas, es poco lo que se conoce respecto a la relación entre la depresión y la calidad de vida en cuidadores de personas con demencia. Por tal motivo, el objetivo de este estudio es el determinar si existe una relación entre la presencia o no, de un trastorno de estado de ánimo (depresión vs no depresión) y la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con demencia de la ciudad de Bogotá-Colombia.

1. Participantes y método

1.1. Muestra

La muestra para el presente estudio estuvo conformada por 102 familiares/cuidadores informales de personas con demencia (73 sin trastorno del estado de ánimo y 29 con posible o probable trastorno del estado de ánimo) que asistieron al servicio de Clínica de Memoria del Hospital Central de la Policía en Bogotá, Colombia. Los criterios de inclusión y exclusión se presentan a continuación: 1) Ser el cuidador principal de la persona con diagnóstico de demencia, 2) Llevar cuidando a la persona con demencia como mínimo 3 meses, 3) No tener historia de problemas neurológicos o psiquiátricos, 4) No tener historia de problemas de aprendizaje.

En la tabla 1 se pueden observar las características sociodemográficas de ambos grupos. En general no hubo diferencias significativas entre los grupos en términos de edad, estado civil, género, años de escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico, número de meses cuidando a la persona con demencia e ingresos mensuales de la casa.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra

Variables	Sin depresión (n=73)	Con posible o probable depresión (n=29)	p
Edad	57.3 (13.6)	61.3 (12.0)	0.167
Genero (%)			0.055
Hombre	23.3	6.9	
Mujer	76.7	93.1	
Estado Civil (%)			0.663
Soltero	15.1	6.9	
Casado	72.6	86.2	
Divorciado	2.7	0	
Separado	2.7	3.4	
Unión libre	4.1	3.4	
Otro	2.7	0	
Ocupación (%)			0.736
Empleado	27.4	24.1	
Desempleado	72.6	75.9	
Años de escolaridad	9.6 (5.0)	7.7 (4.6)	0.85
Estrato socioeconómico (%)			NS
Estrato 1	4.1	0	
Estrato 2	5.5	6.9	
Estrato 3	69.9	86.2	
Estrato 4	15.1	6.9	
Estrato 5	4.1	0	
Estrato 6	1.4	0	
# de meses cuidando al paciente	49.7 (58.1)	37.6 (23.9)	0.28

Abreviaturas: DS=Desviación Standard.

1.2. Instrumentos

A cada participante se le administró la prueba del PHQ-9 y el SF36.

1.2.1. PHQ-9

El cuestionario de salud del paciente (PHQ) es un examen autoadministrado empleado para diagnosticar trastornos mentales. El PHQ-9 es el módulo del PHQ que específicamente evalúa depresión (Wulsin, Somoza y Heck, 2002). La evaluación consiste en nueve ítems que son síntomas típicos de la depresión y permiten al examinado puntuar entre 0 y 3, dependiendo en qué tan a menudo han experimentado estos problemas en las últimas dos semanas. El 0 representa “Nunca” y 3 representa “Casi todos los días”. Para calificar la prueba, las respuestas son totalizadas, con un rango entre 0 a 27. El PHQ-9 se usa en unidades de asistencia primaria y puede administrarse en español o en inglés. La clasificación de los sujetos dentro del grupo sin depresión o con posible o probable depresión se realizó a partir de la puntuación total obtenida por cada sujeto en el PHQ. Aquellos sujetos que obtuvieron menos de 8 puntos fueron clasificados como personas que no presentaban depresión, mientras que aquellos que obtuvieron puntuaciones mayores a 8 fueron clasificados dentro del grupo de depresivos.

1.2.2. Cuestionario de salud SF-36

La Calidad de Vida (CV) es un constructo multidimensional definido por la Organización Mundial de la Salud como la percepción que la persona tiene de su actitud en la vida, en relación con sus propios objetivos, sus expectativas, los estándares y preocupaciones, en una determinada cultura donde existen unos valores determinantes (Aguilar-Barberà, 1998). Por su parte, la

“El cuestionario de salud del paciente (PHQ) es un examen autoadministrado empleado para diagnosticar trastornos mentales. El PHQ-9 es el módulo del PHQ que específicamente evalúa depresión...”

Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) hace referencia a las valoraciones de la percepción de salud por parte del individuo, teniendo en cuenta los aspectos objetivos y subjetivos (Netuveli & Blane, 2008). Este concepto permite entender los efectos de una enfermedad sobre el bienestar físico, social y emocional del cuidador (Glozman, 2004).

Para medir la calidad de vida en el presente estudio se utilizó el cuestionario de la salud SF-36; un instrumento que detecta tanto los estados positivos como los estados negativos de la salud, teniendo en cuenta la salud física y la salud mental (Ware y Sherbourne, 1992). El instrumento consta de 36 preguntas que exploran ocho dimensiones del estado de salud y, una pregunta final, que hace referencia a los cambios experimentados en el estado de salud durante el último año.

El SF-36 fue diseñado para autoadministración, para ser diligenciado en entrevista directa o telefónica, y ha demostrado su utilidad en la comparación de diferentes condiciones de salud, así como de los beneficios de los tratamientos, y su uso ha sido reportado en más de 1000 publicaciones demostrando su validez y confiabilidad transcultural (Ware, 2000; Alonso, Prieto y Anto, 1992; Machnicki et al., 2009).

Finalmente, la prueba se puntúa mediante una escala Likert de puntuaciones sumadas. Para la presente investigación se tomó como variable dependiente, la puntuación total en cada una de las subescalas. Las siguientes son las ocho dimensiones contempladas en el instrumento:

- 1) **Función física:** Grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
- 2) **Rol Físico:** Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- 3) **Rol Emocional:** Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- 4) **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- 5) **Salud Mental:** Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
- 6) **Función Social:** Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- 7) **Dolor Corporal:** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

- 8) **Salud General:** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

1.3. Procedimiento

Inicialmente a todos los participantes se les explicó el propósito de la investigación y se les solicitó su consentimiento para participar en el estudio, de acuerdo con las condiciones del Comité de ética del Hospital Central de la Policía. Posteriormente a todos los sujetos sin excepción, se les hizo una serie de preguntas respecto a sus datos sociodemográficos (edad, género, escolaridad, entre otros), historia médica (enfermedades recientes, historia de problemas de alcohol o abuso de drogas y/o antecedentes de enfermedades psiquiátricas) y relación con el paciente (tipo de parentesco, tiempo que lleva cuidando al paciente y horas a la semana que pasa con el paciente). Luego, se pasó a la administración del cuestionario de depresión PHQ-9 y el cuestionario de calidad de vida SF-36. La evaluación y sistematización de la información fue llevada a cabo por un neuropsicólogo y una trabajadora social, quienes fueron los encargados de administrar los cuestionarios en un tiempo aproximado de 45 minutos a 1 hora.

1.4. Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS 17 (PASW for Windows, 2009). Se compararon los resultados de los dos grupos de sujetos en los dos tests mediante la prueba estadística "T" para muestras independientes, considerando $p < 0,05$ como nivel de significación. Previamente, se realizó la prueba de Levene de igualdad de varianzas con el ob-

jetivo de seleccionar el estadístico y los grados de libertad adecuados, según correspondiera en cada caso, la asunción o no de varianzas iguales entre los grupos.

2. Resultados

El grupo de cuidadores con posible o probable trastorno del estado de ánimo presentaron puntuaciones significativamente más bajas (Véase tabla 1), en comparación con el grupo cuidadores sin trastorno del estado del ánimo en cada una de las subescalas del SF-36 tales como Función Física ($T'' = 2.96, p < 0.01$); Rol físico ($T'' = 3.55, p < 0.001$); Rol Emocional ($T'' = 3.40, p < 0.001$); Vitalidad ($T'' = 3.79, p < 0.001$); Salud Mental ($T'' = 2.99, p < 0.005$); Función Social ($T'' = 4.12, p < 0.001$); Dolor Corporal ($T'' = 3.73, p < 0.001$); Salud General ($T'' = 3.13, p < 0.005$).

Tabla 2. Comparación de los puntajes de los pacientes con y sin depresión en cada una de las subescalas del SF36

Variables	Sin depresión (n=73)	Con posible o probable depresión (n=29)	t	p
SF 36	Media (DS)	Media (DS)		
Función Física	69.7 (35.9)	45.3 (40.9)	2.96	0.005
Rol Físico	62.3 (46.2)	26.7 (43.2)	3.55	0.001
Rol Emocional	72.3 (44.3)	37.9 (49.3)	3.40	0.001
Vitalidad	63.5 (14.6)	50.8 (16.5)	3.79	0.001
Salud Mental	63.4 (14.2)	53.8 (14.9)	2.99	0.005
Función social	78.6 (19.6)	59.4 (24.4)	4.12	0.001
Dolor corporal	73.4 (26.2)	51.6 (27.1)	3.73	0.001
Salud General	56.8 (14.5)	48.2 (11.3)	3.13	0.005

“... Se encontró que en comparación a los cuidadores sin depresión, aquellos que presentan depresión exhiben una peor calidad de vida relacionada con la salud en términos de mayores limitaciones para realizar actividades físicas...”

3. Discusión

El objetivo del presente estudio fue explorar la probable relación entre la presencia o no de un trastorno de estado de ánimo (depresión vs no depresión) y la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con demencia de la ciudad de Bogotá-Colombia. Se encontró que en comparación a los cuidadores sin depresión, aquellos que presentan depresión exhiben una peor calidad de vida relacionada con la salud en términos de mayores limitaciones para realizar actividades físicas, que impliquen esfuerzos moderados, mayor interferencia de la salud física en el trabajo y otras actividades diarias, mayor dolor corporal, peor salud general, menor vitalidad, mayores obstáculos en la vida social, mayor interferencia de los problemas emocionales en las actividades de la vida diaria y peor salud mental.

Los resultados de esta investigación apoyan lo encontrado en otros estudios en relación a que la depresión afecta la calidad de vida y genera un deterioro en los indicadores de salud física y mental en aquellas personas que la padecen. Por ejemplo, en la población en general, la depresión suele crear problemas tales como

dificultades de atención y concentración, problemas en las relaciones interpersonales, mayores tasas de consumo de alcohol, abuso de sustancias y problemas académicos (Halfin, 2007; Ostacher, 2007). Las personas con depresión pueden tener problemas con las actividades de autocuidado y presentan mayores niveles de ansiedad. Igualmente pueden presentar problemas de comportamiento, dificultades laborales e intentos suicidas (Kessing, et al., 2006; Cassano y Fava, 2002). Las personas con depresión a menudo tienen problemas médicos tales como artritis, hipertensión, dolor de espalda, diabetes y problemas cardíacos (Cassano y Fava, 2002). Además son menos propensos a adherirse a la dieta y a las directrices médicas (Cassano y Fava, 2002; Greden, 2001).

En cuidadores de personas expuestas al estrés crónico, como son los cuidadores de pacientes con demencia (Croog, Sudilovsky, Burleson y Baume, 2001; Hooker et al., 2002; Argimon, Limon, Vila y Cabeza, 2004) la depresión puede crear o mantener hábitos insalubres como el tabaquismo, la falta de ejercicio, el sedentarismo, los problemas de sueño y el incremento en el consumo de alcohol y drogas; los cuales son factores de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como los problemas cerebrovasculares y cardiovasculares (Lavretsky, 2005; Gusi et al., 2007). En relación con la calidad de vida en cuidadores de personas con demencia, diferentes estudios han encontrado que estas personas frecuentemente presentan un deterioro en su bienestar emocional, en su vitalidad y su salud en general (Quayhagen y Quayhagen, 1996; Croog, Sudilovsky, Burleson y Baume, 2001; Kurz et al., 2003; Piquart y Sorensen, 2004; Riedijk et al., 2006; Andrieu et al., 2007). Finalmente, entre las consecuencias negativas para la calidad de vida en el cuida-

“... la salud mental como la calidad de vida del cuidador, son factores que inciden en el cuidado del paciente y, en países en vías de desarrollo con recursos limitados, la identificación de esos problemas y su tratamiento puede reducir los costos asistenciales del paciente y la co morbilidad en el mediano y largo plazo...”

dor informal, se encuentra la disminución del funcionamiento físico (LoGiudice et al., 1998; Hooker et al., 2002; Markowitz et al., 2003), disminución de la autoestima (Chappell y Reid, 2002) y dolor corporal (Argimon, Limon, Vila y Cabeza, 2004, 2005).

Lo anterior pone en evidencia la importancia que tienen los profesionales de la salud en tratar de prevenir la aparición de los trastornos del estado de ánimo, en cuidadores de pacientes con demencia y señalan la pertinencia de la identificación temprana, la psico-educación, el apoyo psicoterapéutico, la formación de grupos de apoyo y el desarrollo de programas de tratamiento para reducir o eliminar la depresión en esta población. Por otra parte, tanto la salud mental como la calidad de vida del cuidador, son factores que inciden en el cuidado del paciente y, en países en vías de desarrollo con recursos limitados, la identificación de esos problemas y su tratamiento puede reducir los costos asistenciales del paciente y la co morbilidad en el mediano y largo plazo (DeFries et al., 2007).

Pese a la gran importancia que tienen los resultados del presente estudio, estos deben de ser interpretados a la luz de las siguientes limitaciones. 1) Debido a que la muestra fue seleccionada del Hospital Central de la Policía en Bogotá, es probable que estos resultados no se puedan generalizar a otros cuidadores de personas en el resto del país, cuyas condiciones sociodemográficas, acceso a recursos, características del cuidador y del subsistema de salud, probablemente sean diferentes a las que presentaron los cuidadores en nuestro estudio. 2) Debido a la naturaleza transversal del estudio, no es posible saber si estos problemas han estado presentes meses o años, antes de haberse realizado este estudio, por lo que dichos resultados no pueden extrapolarse a cuidadores que lleven mucho menos tiempo cuidando a sus pacientes. 3) El 100% de los participantes del presente estudio fueron cuidadores familiares informales de personas con demencia, por tal motivo dichos resultados no pueden generalizarse a otro tipo de cuidadores de personas con demencia que no sean familiares del paciente.

Los resultados del presente estudio se deben convertir en un punto de partida para seguir investigando otros aspectos, que podrían ayudarnos a entender mejor el proceso por el cual transcurren quienes cuidan de personas con demencia en nuestro país. A continuación se presentan una lista de posibles sugerencias para futuros trabajos en esta área: 1) Realizar estudios longitudinales de los principales problemas psicológicos y la calidad de vida con el fin de determinar su evolución y pronóstico. 2) Determinar cuáles son los factores que predicen la aparición de estrés, depresión, ansiedad y sobrecarga en estas personas. 3) Examinar si existen diferencias de género en la aparición y mantenimiento de problemas psicológicos. 4)

“En conclusión, los cuidadores informales de pacientes con demencia, que presentaron un trastorno del estado de ánimo, evidenciaron una disminución de su calidad de vida, en términos de la salud física y mental...”

Estudiar los principales estilos de afrontamiento y su relación con la aparición de problemas psicológicos y calidad de vida. 5) Determinar cuáles son las principales necesidades familiares, y establecer si estas han sido satisfechas o no. 6) Estudiar otros aspectos de la vida de los cuidadores que también pueden verse afectados por el hecho de cuidar, tales como las relaciones maritales, la vida laboral, la sexualidad, etc. 7) Determinar la influencia del apoyo social en la psicopatología del cuidador. 8) Desarrollar programas de tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida y reducir o eliminar la presencia de problemas psicológicos en estas personas.

En conclusión, los cuidadores informales de pacientes con demencia, que presentaron un trastorno del estado de ánimo, evidenciaron una disminución de su calidad de vida, en términos de la salud física y mental. El diseño de estrategias de tratamiento efectivas para prevenir y tratar los trastornos del estado de ánimo, en cuidadores de personas con demencia, debe convertirse en una prioridad para los profesionales de la salud que trabajan a diario con estas personas. En ese camino se enfoca nuestra responsabilidad social actual, teniendo en cuenta los cambios sociodemográficos de la población, las consecuencias en la epidemiología de las demencias y las limitaciones de nuestros sistemas de salud.

Referencias

- Aguilar-Barbera, M. (1998). Estudios de calidad de vida en el marco de las demencias. *Revista de Neurología*, 28 (1), 80-84.
- Allegri, R. F., Butman, J., Arizaga, R. L., Machnicki, G., Serrano, C., Taragano, F. E., et al. (2006). Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. *International Psychogeriatrics*, 1-14.
- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. M. (1992). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud de SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin*, 104, 771-776.
- Andrieu, S., Rive, B., Guilhaume, C., Kurz, X., Scuvée-Moreau, J., Grand, A., et al. (2007). New assessment of dependency and demented patients: impact of the quality of life in informal caregivers. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 234-242.
- Arango-Lasprilla, J.C., Rogers, H y Fernández, S. La familia y el cuidador del paciente con demencia y sus recursos. En: Arango, J.C., Fernández, S y Ardila, A (Eds). *Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. Manual Moderno: México, D.F. 2003, pp. 433-444.
- Arango-Lasprilla, J.C., Moreno, A., Rogers, H. y Francis, K. (2009). The effect of dementia patient's physical, cognitive, and emotional/behavioral problems on caregiver well-being: findings from a Spanish-speaking sample from Colombia, South America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24 (5), pp. 384-95.
- Arango-Lasprilla, J.C., Moreno, A., Gómez, M. y Rogers, H. (2008). «Correlates of depression and burden in a group of dementia caregivers from Colombia, South America.», reference 0103, *Brain Injury*, Vol. 22, supplement 1, 32-33.
- Arizaga, R. L. (2002). Transcultural problems in clinical assessment. En T. Erkinjuntti y S. Gauthier (Eds.) *Vascular Cognitive impairment*. London: Martin Dunitz, pp. 523-538.
- Arizaga R. L. (2005). Epidemiology of dementia. En C.A. Mangone, E.F Allegri, E.R. Arizaga y J.A. Ollari (Eds.) *Dementia: a multidisciplinary approach* Buenos Aires: Polemos, pp. 7-17.
- Argimon, J., Limon, E., Vila, J., y Cabezas, C. (2004). Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Family Practice*, 21, 454-457.
- Argimon, J., Limon, E., Vila, J., & Cabezas, C. (2005). Health-related quality-of-life of care-givers as a predictor of nursing-home placement of patients with dementia. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 19 (1), 41-44.
- Brown, S. (2007). Health effects on caregiving: studies of helping behavior needed! *Alzheimer's Care Today*, 8 (3), 235-246.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Chan, S.W., Chiu, H.F., Chien, W.T., Goggins, W., Thompson., D. y Hong, B. (2009). Predictors of change in health-related quality of life among older people with depression: a longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 21 (6), 1171-1179.
- Chappell, N. L., & Reid, C. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *The Gerontologist*, 42 (6), 772-780.
- Cheng, T., Chen, T., Yip, P., Hua, M, Yang, C. y Chiu, M. (2009). Comparison of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease among institution residents and memory clinic outpatients. *International Psychogeriatrics*, 21, 1134-114.
- Coon, D. W., & Edgerly, E. S. (1999). The personal and social consequences of Alzheimer disease. *Genetic Testing*, 3 (1), 29-36.
- Croog, S., Sudilovsky, A., Burleson, J. y Baume, R. (2001). Vulnerability of husband and wife caregivers of Alzheimer disease patients to caregiving stressors. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15, 201-210.
- Covinsky, K., Newcomber, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. et al. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med*, 18, 1006-1014.

- DeFries, E. L., McGuire, L. C., Andresen, E. M., Brumback, B. A., & Anderson, L. A. (2009). Caregivers of older adults with cognitive impairment. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*, 6 (2), 1-10.
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M. M., et al. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31 (6), 22-27.
- Glozman, J. M. (2004). The quality of life of caregivers. *Neuropsychology Review*, 14 (4), 183-196.
- Golimbet, V., & Trubnikov, V. (2001). Evaluation of the dementia carers situation in Russia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 94-99.
- Gort, A., Mingot, M., Gomez, X., Soler, T., Torres, G., Sacristán, O., Miguelsanz, S., Nicolás, F., Perez, A., De Miguel, M., Cabau, J. (2007). Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 957-62.
- Greden, J.F. (2001). The burden of recurrent depression: Causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry*, 62 [suppl 22], 5-9.
- Gusi, N., Prieto, J., Madruga, M., García, J. M., & González-Guerrero, J. L. (2009). *Health-related quality of life and fitness of the caregiver of patients with dementia. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1182-187.
- Gwyter, L. P. (1998). Social issues of the Alzheimer's patient and family. *The American Journal of Medicine*, 104 (4A), 17-21.
- Halfin, A. (2007). Depression: The benefits of early and appropriate treatment. *Am J Manag Care*, 13, S92-S97.
- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2006). Family functioning in the caregivers of patients with dementia: one year follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70 (3), 222-231.
- Hooker, K., Bowman, S. R., Padgett, D., Rae, S., Kaye, J., Guariglia, R., et al. (2002). Behavioral change in persons with dementia: relationships with mental and physical health of caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (5), 453-460.
- Kalaria, R. J., Maestre, G. E., Arizaga, R., Friedland, R. P., Galasko, D., Hall, K., et al. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet*, 7, 812-826.
- Kessing, L.V., Hansen, H.V., & Bech, P. (2006). General health and well-being in outpatients with depressive and bipolar disorders. *Nord J Psychiatry*, 60, 150-156.
- Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R., Shuttlesworth, E., Dyer, K., Ogrocki, P., & Speicher, C. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine* (49), 523-535.
- Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16 (9), 606-613
- Kurz, X., Scuvee-Moreau, J., Vernooij-Dasen, M., & Dresse, A. (2003). *Cognitive impairment, dementia and quality of life in patients and caregivers. Acta Neurológica Bélgica*, 103, 24-34.
- Lavretzky, H. (2005). Stress and depression in informal family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Health*, 1 (1), 117-133.
- LoGiudice, D., Kerse, N., Brown, K., Gibson, S. J., Burrows, C., Ames, D., et al. (1998). The psychosocial health status of carers of persons with dementia: a comparison with the chronically ill. *Quality of Life Research*, 7, 345-357.
- Mace, N., & Robins, P. (1999). *The 36-hour day*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Machnicki, G., Allegri, R., Ranalli, C., Serrano, C., Dillon, C., Wyrwich, K. y Taragano, F. (2009). Validity and reliability of the SF-36 administered to caregivers of patients with Alzheimer's disease: evidence from a South American sample. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders* 28 (3), 206-12.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C. y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family care-

givers of people with Alzheimer's disease: the LASER study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (9), 795-801.

- Markowitz, J. S., Gutterman, E. M., Sadik, K., & Papadopoulos, G. (2003). Health-related quality of life for caregivers of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 17 (4), 209-214.
- McGartland, D., Berg-Weber, M., Tebb, S., & Parnell, L. A. (2001). Comparing the well-being of post-caregivers and noncaregivers. *American Journal of Alzheimer's disease and Other Dementias*, 16 (2), 97-101.
- Meiland, F., Kat, M., Van Tilburg, W., Jonker, C. y Drees, R. (2005). The emotional impact of psychiatric symptoms in dementia on partner caregivers: do caregiver, patient, and situation characteristics make a difference? *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 19 (4), 195-201.
- Mitrani, V., Lewis, J., Feaster, D., Czaja, S., Eisdorfer, C., Schultz, R., et al. (2006). The role of family functioning in the stress process of dementia caregivers: a structural family framework. *The Gerontologist*, 46 (1), 97-105.
- Moreno, A. (2008). Evidencia de las intervenciones psicosociales en el manejo del estrés del cuidador de pacientes con demencia. *Tesis Psicológica*, 3, 124-139.
- Neundorfer, M., McClendon, M., Smyth, K., Stuckey, J., Strauss, M. y Patterson, M. (2001). A longitudinal study of the relationship between levels of depression among persons with Alzheimer's disease and levels of depression among their family caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B (5), 301-313.
- Ostacher, M.J. (2007). Comorbid alcohol and substance abuse dependence in depression: Impact on the outcome of antidepressant treatment. *Psychiatr Clin N Am*, 30, 69-76.
- PASW for Windows, Rel. 17.0.2. 2009. Chicago: SPSS Inc.
- Pashby, P., Hann, J. y Sunico, M. (2009). Dementia Care Planning: Shared Experience and Collaboration. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 8, 837-848
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging and Mental Health*, 8 (5), 438-449.
- Powers, D., Gallagher-Thompson, D. y Kraemer, H. (2002). Coping and depression in Alzheimer's caregivers: longitudinal evidence of stability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (3), 205-211.
- Quayhagen, M. P., & Quayhagen, M. (1996). Discovering life quality in coping with dementia. *Western Journal of Nursing Research*, 18 (2), 120-135.
- Riedijk, S. R., De Vugt, M. E., Duivenvoorden, H. J., Niermeijer, M. F., Van Swieten, J. C., Verhey, F. R., et al. (2006). Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: a comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 405-412.
- Schultz, R. S., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: *the Caregiver Health Effects Study*. *JAMA*, 282, 2215-2219.
- Schultz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (3), 240-249.
- Schultz, R., McGinnis, K., Zhang, S., Martire, L., Hebert, R., Beach, S., et al. (2008). Dementia patient suffering on caregiver depression. *Journal of Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 22 (2), 170-176.
- Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S. y Gitlin, L. (2006). Predictors of complicated grief among the dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (8), 650-658.
- Schulz, R., McGinnis, K., Zhang, S., Martire, L., Hebert, R., Beach, S., et al. (2008). Dementia patient suffering and caregiver depression. *Journal of Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 22 (2), 170-176.
- Serano-Aguilar, P. G., Lopez-Bastida, J., & Yanes-Lopez, V. (2006). Impact on health-related quality-of-

- life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology*, 27, 136-142.
- Shields, C. (1992). Family interaction and caregivers of Alzheimer's disease patients: correlates of depression. *Fam Proc*, 31, 19-33.
- Simonelli, C., Tripodi, F., Fabrizi, A., Lembo, D., Cosmi, V., & Pierleoni, L. (2007). The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. *International Journal of Clinical Practice*, 62 (1), 47-52.
- Sun, F., Hilgeman, M. M., Durkin, D. W., Allen, R. S., & Burgio, L. D. (2009). Perceived income inadequacy as a predictor of psychological distress in Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 24 (1), 177-183.
- Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okasaki, S., Nakajima, K., et al. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 1-5.
- Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P., Hazif-Thomas, C., Paniel, S., Inscale, R., et al. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (21), 50-56.
- Vellone, E., Piras, G., Talucci, C., & Cohen, M. (2008). Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (2), 222-231.
- Waite, A., Bebbington, P., Skelton-Robinson, M. y Orrell, M. (2004). Social factors and depression in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 582-587.
- Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Ware, J. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25 (24), 3130-3139.
- Wulsin, L. Somoza, E. y Heck, J. (2002). The feasibility of using the Spanish PHQ-9 to screen for depression in primary care in Honduras. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, 4 (5), 191-195.
- Zanetti, O., Frisoni, G., Bianchetti, A., Tamanza, G., Cigoli, V. y Trabucchi, M. (1998). Depressive symptoms of Alzheimer caregivers are mainly due to personal rather than patient factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 358-367.

