

El coste del paciente anciano con patología psicogeriatrica en la comunidad

B. Artaso Irigoyen^a, M. Martín Carrasco^b y J. M. Cabasés Hita^c

^a Centro Psicogeriatrico San Francisco Javier. ^b Clínica Psiquiátrica Padre Menni. ^c Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

The cost of care of elderly patients with psychogeriatric pathology in the community

Resumen

Objetivo. *Estimar el coste del paciente psicogeriatrico en la comunidad y la variabilidad del mismo.*

Material y método. *Se estudiaron 69 pacientes y sus respectivos cuidadores familiares, 34 que acudían a un Centro de Día psicogeriatrico (CD) y 35 que recibían cuidados comunitarios habituales (CC), basados fundamentalmente en la atención ambulatoria. Se registraron los siguientes costes: gastos generales, medicación, transporte, uso de recursos, cuidados informales y los costes indirectos debidos a la pérdida de salud y de productividad laboral del cuidador informal.*

Resultados. *El coste del paciente psicogeriatrico en régimen ambulatorio ascendía 205.989 ptas al mes (1.648 US \$), suponiendo la atención en CD un coste adicional de 85.941 ptas/mes (688 US \$). En el grupo CC el 71% del coste era debido a los cuidados informales y sin embargo en el caso de CD el mayor componente de los costes correspondía al uso de recursos (42%). El coste aumentaba con la edad del paciente, el deterioro cognitivo y funcional y la sobrecarga del cuidador.*

Conclusiones. *El coste del paciente psicogeriatrico en la comunidad es mayor para aquellos que acuden a un CD, se encuentran en un estadio más avanzado de su enfermedad y sus cuidadores están más sobrecargados.*

Palabras clave: *coste, comunidad, demencia, Centro de Día.*

Summary

Objective. *To estimate the cost and cost variability of psychogeriatric care in the community.*

Methods. *69 patients and their respective family caregivers were studied, 34 attending a psychogeriatric Day Centre (DC) and 35 receiving the usual Community Care (CC) based mainly on outpatient healthcare. The following costs were recorded: general expenses, medication, transportation, resource utilisation, informal care and indirect costs due to health impairment and loss of work productivity of the caregiver.*

Results. *The mean cost of the care of a psychogeriatric outpatient was of 205,989 spanish pta per month (1,648 US \$), with an additional cost of DC of 85,941 spanish pta/month (688 US \$). In the CC group, 71% of the cost was due to informal care but in the case of DC, the largest cost item corresponded to resource utilisation (42%). Cost increased with age of the patient, cognitive and functional impairment and caregiver burden.*

Conclusions. *The cost of psychogeriatric patients' care in the community is higher for those who attend a DC, those who are in a more advanced state of their disease and those whose caregivers are overburdened.*

Key words: *cost, community care, dementia, Day Centre.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años estamos asistiendo a un progresivo envejecimiento de la población, con el consiguiente incremento de la patología psicogeriatrica, en particular

de la demencia y de los trastornos afectivos. La prevalencia de los trastornos afectivos es muy variable según el contexto en que se valore, si bien se calcula que el 10% de los ancianos que viven en la comunidad, padecen algún tipo de trastorno depresivo¹. En cuanto a las demencias, su prevalencia es elevada y se produce un incremento exponencial con la edad. Así, en Europa se ha estimado que el 1,5% de la población entre 65 y 69 años

CORRESPONDENCIA:

B. Artaso Irigoyen.
Centro Psicogeriatrico «San Francisco Javier».
Avda. Villava, 53.
31015 Pamplona. Navarra.
Correo electrónico: bartaso@medena.es

Agradecimientos: a la Clínica Psiquiátrica Padre Menni de Pamplona, por haber facilitado los datos necesarios para la realización de este trabajo.

TABLA 1. Variables clínicas

	<i>Instrumentos</i>
Paciente	
Deterioro cognitivo	Minixamen Cognoscitivo ²⁴
Capacidad funcional	Escala comportamental y de adaptación ²⁵
T. de conducta	<i>Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale</i> -BEHAVE-AD ²⁶
Cuidador	
Sobrecarga	Escala de sobrecarga del cuidador ^{27,28}
Calidad de vida	Cuestionario de calidad de vida ²⁹
Satisfacción con los cuidados	Cuestionario de satisfacción del cliente ³⁰

padece algún tipo de demencia, llegando al 49% entre los ancianos con una edad superior a 95 años².

Este incremento de la patología psicogeriatrica conlleva un aumento de las necesidades asistenciales de dicha población enferma, que sobrepasa la capacidad de los recursos formales existentes y obliga a las familias a implicarse más en los cuidados de sus ancianos. Esta situación tiene una repercusión económica muy importante, tanto en términos de costes sanitarios como socio-familiares. Fox et al³ han estimado que el coste total del cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer se triplicará entre el año 2000 y 2040. Este impacto económico de la asistencia psicogeriatrica se pone de manifiesto por el número creciente de estudios sobre el coste de la demencia, basados en estimaciones epidemiológicas⁴⁻¹³ o en muestras de poblaciones clínicas¹⁴⁻²². En concreto en nuestro país se ha publicado recientemente un estudio sobre el coste del paciente con enfermedad de Alzheimer en régimen ambulatorio, calculando que asciende a 3.194. 664 ptas al año²³.

El objetivo de nuestro trabajo es estimar el coste de la asistencia comunitaria del paciente psicogeriatrico, así como el análisis de los determinantes de dicho coste.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudió una población de 69 pacientes ancianos con patología psiquiátrica, 34 atendidos en un Centro de Día (CD) Psicogeriatrico y 35 que recibían cuidados comunitarios (CC) habituales, basados fundamentalmente en la consulta ambulatoria. Los criterios de selección fueron: cumplir criterios diagnósticos DSM-R de demencia (294.10) o trastorno distímico (300.40), vivir en el domicilio y contar con un cuidador principal en la familia dispuesto a participar en el estudio. Se seleccionaron pacientes homogéneos en cuanto a la edad, sexo, deterioro cognitivo y capacidad funcional en ambas modalidades asistenciales, para posibilitar la comparación entre los dos grupos.

TABLA 2. Tarifas sanitarias del Servicio Navarro de Salud

Atención primaria:	
Médico:	
1ª consulta	6.000 ptas/consulta
2ª consulta y sucesivas	3.000 ptas/consulta
ATS: 1ª consulta y sucesivas	1.500 ptas/consulta
Urgencias	6.000 ptas/consulta
Visita a domicilio (AT 1ª)	
Médico:	
1ª visita	9.000 ptas/visita
2ª visita y sucesivas	4.500 ptas/visita
ATS: 1ª visita y sucesivas	2.000 ptas/visita
Urgencias	9.000 ptas/visita
Centro de salud mental y especialista	
1ª consulta	12.000 ptas/consulta
Revisiones	7.000 ptas/consulta
Urgencia hospitalaria	15.000 ptas/consulta
Ingreso hospitalario	
Hospitalización psiquiátrica	21.000 ptas/día
Hospitalización general	21.000 ptas/día
Hospitalización parcial	3.300 ptas/día

Fuente: Boletín Oficial de Navarra, nº 42, abril 1994.

Los datos procedían de un protocolo diseñado para un estudio más amplio que tenía como objetivo analizar los costes y las consecuencias de un CD. Dicho protocolo incluía variables sociodemográficas, clínicas y de costes, tanto del paciente como del cuidador principal. En este artículo nos centraremos en los costes y las variables clínicas (tabla 1) únicamente se considerarán en el estudio de los determinantes de dichos costes. En el anexo 1 puede verse la hoja de registro de costes utilizada.

Los costes directos registrados fueron: los gastos generales que incluían ayuda doméstica, pañales y reformas en casa; el transporte, la medicación, el uso de recursos sociosanitarios, las pruebas diagnósticas y los cuidados informales.

El transporte únicamente se consideró en el grupo de CD, asumiendo que dicho coste en el grupo CC era insignificante. Así, en el primer caso existían tres modalidades de transporte: transporte público costeado según el precio en el mercado, el vehículo familiar al que se le aplicó la tarifa que utilizaba la administración pública, que era de 33 ptas/km y la ambulancia de Cruz Roja que suponía 24.000 ptas/mes. La medicación se costeó según precio en el mercado y el uso de recursos y de pruebas diagnósticas, aplicando las tarifas del Servicio Navarro de Salud (tablas 2 y 3). La información sobre estos datos se recopiló de forma prospectiva con unas «hojas de registro» que se facilitaban al cuidador familiar en la primera entrevista y en las que se comprometían a anotar durante 6 meses dichos datos.

En cuanto a los cuidados informales se preguntaba directamente al familiar por el tiempo invertido en cuidados de enfermería y en acompañar al paciente. Para la

TABLA 3. Tarifas del Servicio Navarro de Salud de las pruebas diagnósticas

Análisis de sangre:	1.600 ptas
Ácido fólico y B12:	4.700 ptas
Hormonas tiroideas:	7.900 ptas
VDRL:	3.225 ptas
Análisis de orina:	1.600 ptas
Radiografías:	3.200 ptas
Electrocardiograma:	5.800 ptas
Electroencefalograma:	7.575 ptas
Tomografía axial computarizada:	32.150 ptas
Resonancia magnética nuclear:	50.000 ptas
Psicodiagnóstico:	5.800 ptas

Fuente: BON nº 42, abril de 1994.

cuantificación del coste del tiempo del cuidador se aplicó el precio en el mercado que una persona gana realizando estas tareas (método de Peskin). Así, para los cuidados de enfermería se utilizó el sueldo en el mercado público de un auxiliar de clínica (897 pts/h). Sin embargo, los cuidados de acompañamiento son más difíciles de cuantificar, ya que son compatibles con otras actividades de ocio en casa como leer o ver la televisión. Por ello, se valoró como el 25% del coste de oportunidad de los cuidados de enfermería. (224 pts/h)³¹. Asimismo se registraron los cuidados contratados, aplicando el coste monetario en el mercado de dichos cuidados.

En cuanto a los costes indirectos, se consideraron como tales la pérdida de salud (medicación y uso de recursos) y de productividad laboral del cuidador informal como consecuencia de la enfermedad del paciente. Este último coste se registró como la pérdida monetaria en relación al sueldo neto que había dejado de percibir y en los casos en que se incurría en este coste se descontó del tiempo de acompañamiento para evitar la doble contabilización. En cuanto a la pérdida de tiempo de ocio, este coste se valoró como equivalente al coste de los cuidados de acompañamiento. Para todos los costes se aplicaron tarifas de 1995.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA en su versión 5 y el SPSS para windows. Se aplicaron pruebas no paramétricas para la comparación de costes ya que éstos no siguen una distribución normal y para el análisis de la variabilidad de los costes una regresión lineal múltiple.

RESULTADOS

En nuestro estudio el perfil del paciente correspondía al de una mujer de 75 años de edad y con un deterioro cognitivo moderado con una puntuación media en el MEC de 16 puntos. El 94% de los pacientes tenían una incapacidad funcional entre leve y moderada. En cuanto al cuidador familiar, con mayor frecuencia se trataba de una mujer, hija del paciente y con una edad media de 54 años. Por otra parte, no existían diferencias significativas

TABLA 4. Uso de recursos asistenciales por los pacientes

Uso de recursos	CD		CC	
	Sujetos	Nº	Sujetos	Nº
Atención Primaria				
Médico:				
1ª consulta	0	0	0	0
2ª y sucesivas	9	17	25	68
ATS	0	0	7	66
Urgencias	1	1	0	0
Visita a domicilio				
Médico:				
1ª consulta	0	0	0	0
2ª y sucesivas	0	0	7	21
ATS	0	0	1	6
Urgencias	0	0	2	3
CSM				
1ª visita	0	0	0	0
Revisiones	0	0	21	67
Especialista				
1ª visita	1	1	3	3
Revisiones	4	10	11	16
Urgencias hospitalarias	5	6	2	6
Ingreso hospitalario (días)	0	0	2	45
Residencia (días)			2	50
Servicio de día (días)				
Hospital de Día			1	77
Servicios sociales				
Consulta con TS			6	5
Visita a domicilio			5	11

CD: Centro de Día; CC: cuidados comunitarios.

en las características del paciente y su cuidador entre ambas modalidades asistenciales.

Los resultados de nuestro trabajo quedan reflejados en las tablas 4 y 5. En la tabla 4 puede verse el uso de recursos sociales y sanitarios por los pacientes, siendo superior la utilización por parte de los pacientes del grupo CC. Si consideramos el número de visitas realizadas por la totalidad de los sujetos se encontraron diferencias significativas estadísticamente en la mayor utilización por parte del grupo CC de los siguientes recursos; Atención Primaria tanto médica ($Z = -4,51$, $p = 0,00$) como de ATS ($Z = -2,93$, $p = 0,00$), Centro de Salud Mental ($Z = -5,26$, $p = 0,00$) y consulta con otros especialistas ($Z = -1,99$, $p = 0,04$).

Como puede comprobarse en la tabla 5, el coste mensual por paciente era superior en CD, con una diferencia de 85.941 pts más al mes por paciente. Asimismo, la contribución al total de los distintos componentes de los costes variaba en ambos grupos. Así, en el CD el 42% del coste era por el uso de los recursos formales y el 40% por los cuidados informales, y sin embargo en el grupo CC el 71% del coste correspondía a los cuidados informales y sólo el 7% al uso de recursos.

TABLA 5. Media de costes de los cuidados psicogeriatricos comunitarios en dos modalidades asistenciales diferentes

<i>Costes (ptas/mes/pac)</i>	<i>CD</i>	<i>CC</i>	<i>Coste incremental</i>
Cuidados generales			
Ayuda doméstica	8.500	6.232	2.268
Reformas	4.041	6.187	-2.146
Pañales	1.259	1.320	-61
Total	13.800	13.739	61
Medicación			
Física	4.490	4.771	-281
Psíquica	6.310	5.410	900
Total	10.800	10.181	619
Transporte	12.399		12.399
Uso de recursos			
Sanitarios*	1.217	13.347	-12.130
Sociales	0	176	-176
Centro de Día	120.560	0	120.560
Total	121.777	13.523	108.254
P. diagnósticas	512	1.460	-948
C. informales			
Acompañamiento*	78.412	101.119	-22.707
Enfermería	23.789	27.106	-3.317
Contratados	13.620	17.229	-3.609
Total	115.821	145.454	-29.633
Cuidadores			
Medicación	106	342	-236
Uso de recursos	539	3.576	-3.037
P. productividad	16.176	17.714	-1.538
Total	16.821	21.632	-4.811
Total	291.930	205.989	85.941

*Diferencias significativas.

Costes directos

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los costes generales, la medicación y las pruebas diagnósticas entre ambos recursos. El coste del transporte contribuía escasamente al coste total del grupo CD (4%). Sin embargo, sí se encontraron diferencias en cuanto al uso de recursos, y fue significativamente mayor en el grupo CD, debido fundamentalmente al coste de este recurso que ascendía a 120.560 ptas al mes por paciente. El coste más importante del CD era el correspondiente a la contratación de personal (67%), seguido de los gastos por contratación de servicios exteriores al centro (10%). Por otra parte, si consideramos el uso de otros recursos sanitarios vemos que en ambos grupos, el mayor coste provenía de los servicios hospitalarios; en el caso del CD por la utilización de los servicios de Urgencias (45 %) y en el grupo CC correspondiendo a ingresos hospitalarios (36%). En esta última modalidad asistencial también se utilizaron recursos intermedios, incluyendo Hospital de Día Psiquiátrico y Centro de Día Psicogeriatrico para in-

greso de «descanso familiar», lo que suponía el 22% del coste por el uso de servicios formales.

En cuanto al coste de los cuidados informales, éste era superior en el grupo CC, aunque esta diferencia únicamente era significativa para los cuidados de acompañamiento ($Z = -2,49$, $p = 0,012$). Sin embargo, los cuidados de enfermería aunque superiores en el grupo CC no suponían diferencias significativas.

Costes indirectos

No existían diferencias significativas entre ambos grupos, fueron mayores los distintos componentes de los costes indirectos evaluados (medicación, uso de recursos, pérdida de productividad) en el grupo CC.

Variabilidad de los costes

Considerando ambos recursos nos encontramos con que suponían mayor coste los pacientes que acudían al CD ($B = -108,78$; $p = 0,00$), de más edad ($Beta = 2,78$; $p = 0,003$) y con mayor deterioro cognitivo ($B = -4,84$; $p = 0,00$) y funcional ($B = -3,26$; $p = 0,00$) y cuyos cuidadores estaban más sobrecargados ($Beta = 3,09$; $p = 0,00$). Sin embargo, si consideramos de forma separada ambos recursos, vemos que en el grupo CC, se mantenían como influyentes las mismas variables clínicas y en el grupo CD el coste únicamente se relacionaba con la sobrecarga del cuidador ($Beta = 2,24$; $p = 0,05$).

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio demuestran que la asistencia en un CD supone significativamente mayores costes que los cuidados comunitarios habituales, coincidiendo con los resultados de otros autores^{19,32-34}.

Los estudios que existen en la literatura sobre el coste del paciente demente en la comunidad ofrecen resultados muy dispares como consecuencia de los diferentes modelos asistenciales evaluados y la variada oferta de servicios que conllevan, haciendo muy difícil la comparación entre los diferentes estudios. No obstante, nuestros resultados en cuanto al coste del paciente en régimen ambulatorio (CC) que asciende a 205.989 ptas/mes, son comparables a los resultados de Boada et al²³ que eran de 226.930 ptas/mes en el caso de los pacientes con un deterioro cognitivo moderado, suponiendo los cuidados informales el 77% de dicho coste. Por otra parte, estos resultados en España son significativamente inferiores a los encontrados en otros países (tabla 6).

En nuestro trabajo, el coste correspondiente al uso de los recursos formales es el principal componente diferenciador entre ambos grupos, y fundamentalmente debido al coste del CD. El coste debido a otro tipo de recursos sanitarios en el grupo CD es un coste bajo y, en su mayor parte, debido a atenciones en los servicios de Ur-

TABLA 6. Coste del cuidado del paciente demente en la comunidad

Estudio	País	Año	Costes formales	Cortes informales	Coste total (anual)	Coste total (dic. 2000)	Coste total (euros)
Hu et al, 1986	EE. UU.	NE-1980?	\$1095	\$10.640	\$11.735	\$23.608,18	25.056,45
Rice et al, 1993	EE. UU.	1990	\$7.621*	\$31.937*	\$39.558*	\$51.425,57*	54.580,31*
Max et al, 1995	EE. UU.	1990	-	\$31.937*	\$31.937*	\$41.518,23*	44.065,20*
Stommel et al, 1994	EE. UU.	1989	-	\$18.256	\$25.180,58	26.725,30	26.896,58
Leon y Neumann, 1999	EE. UU.	1996	\$7.044*	\$12.228*	\$19.272*	\$21.146,20*	22.443,44*
Souetre et al, 1999	RU	1993	L15.204*	L25.796*	L41.000*	L49.703,70*	78.957,43*
Trabucchi, 1999	Italia	1995-6	-	-	\$30.514	\$34.586,38	36.708,11
Boada et al, 1999	España	1995	606.837*	2.116.322*	2.723.159*	3.110.567,07	18.694,88
Artaso et al, 2001	España	1995	466.836*	2.005.032*	2.471.868*	2.823.526*	16.969,73*

* Estimación para pacientes con deterioro cognitivo moderado; NE: no especificado.

gencias hospitalarias. Rice et al¹⁶, en un estudio sobre el coste económico de la enfermedad de Alzheimer llegaron a similares resultados. Así, encontraron que para los pacientes que permanecían en la comunidad, el mayor coste por cuidados formales correspondía a los servicios sociales, que incluían los centros de día representando el 76% de dicho coste, seguidos de los cuidados hospitalarios que suponían el 13%. Por otra parte, el CD disminuye el uso de otro tipo de recursos sanitarios, como ya ha sido señalado por otros autores^{35,36}.

Si observamos la utilización de servicios comunitarios del grupo CC, vemos que fundamentalmente se centran en Atención Primaria y Centros de Salud Mental. Sobre la base de estos datos se podría estimar una media de 3 visitas por parte del médico de Atención Primaria y 2 de enfermería en un período de 6 meses y por paciente. Prácticamente lo mismo ocurriría con la atención especializada de los Centros de Salud Mental, que supondría una media de 2 visitas en 6 meses. A la vista de estas estimaciones, podemos señalar cómo, aunque el coste es menor que el del CD, realmente no parece ser un volumen de atención equiparable. Es decir, la atención es más barata pero la utilización de recursos comunitarios también es mucho menor, ya que la disponibilidad de los servicios es uno de los principales determinantes de su uso y por lo tanto del coste de los cuidados^{37,38}. No obstante, el bajo uso de recursos formales por esta población no sólo es debido a la disponibilidad de los servicios, ya que existen otras razones morales o socio-culturales que hacen que los cuidadores tengan dificultades para utilizar los servicios formales^{39,40}.

El coste del transporte contribuye escasamente al coste total en el grupo de CD 4%, a diferencia de los datos aportados por otros autores como Hildick-Smith⁴¹ y McFarlane et al⁴², que apuntaban que el transporte suponía un 30% y 16% del coste total, respectivamente. Las peculiaridades del tipo de transporte, de la amplitud del área geográfica que cubra el servicio evaluado y de los distintos modelos de servicios de día pueden contribuir en la variabilidad de este coste.

Los datos que existen en la literatura sobre la contribución del coste de los cuidados informales se encuen-

tran entre el 50%-77% del coste total de los cuidados comunitarios^{12,15,16,18,20,21,23,43}, coincidiendo con nuestro resultado en el grupo CC (71%). En el caso de los servicios de día, este componente del coste no debe pasarse por alto⁴⁴, suponiendo en nuestro trabajo el 40% del coste total de los cuidados en CD.

En nuestro estudio, el coste es mayor para los pacientes que acuden al CD, están en una fase más avanzada de la enfermedad y sus cuidadores están más sobrecargados. Estos resultados son congruentes con los encontrados por otros autores que también se han ocupado del tema^{12,14-17,19,23,45}. Estas mismas variables son las que se relacionan con el coste total en el grupo CC, sin embargo, en el CD las asociaciones se pierden en lo que se refiere a las variables clínicas del paciente, pero se mantienen en cuanto a la sobrecarga emocional del cuidador. La utilización de costes medios en la valoración del coste del CD podría explicar esta circunstancia, condicionando la variabilidad del coste en este caso a variables relacionadas con el cuidador.

Así, teniendo en cuenta estos datos, podemos concluir que cualquier intervención que tenga como objetivo frenar el deterioro cognitivo y mejorar los trastornos conductuales, con el consiguiente alivio de la sobrecarga del cuidador informal, supondría una disminución del coste del cuidado del paciente con demencia, tal y como se viene demostrando en los estudios económicos sobre el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer con inhibidores de la acetilcolinesterasa⁴⁶⁻⁴⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Franco MA, Monforte JA. ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En: Calcedo A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid. Fundación Archivos de Neurobiología; 1996. p. 101-25.
2. Fratiglioni L. Epidemiology of dementia. En: Wimo A, Jönsson B, Karlsson G, Winblad B, editores. Health economics of dementia. London: John Wiley & Sons; 1998. p. 13-33.

3. Fox PJ, Kohatsu N, Max W, Arnsberger P. Estimating the costs of caring for people with Alzheimer disease in California: 2000-2040. *J Public Health Policy* 2001;22(1):88-97.
4. Hay JW, Ernst RL. The economic costs of Alzheimer's disease. *Am J Public Health* 1987;77(9):1169-75.
5. Huang L, Cartwright WS, Hu T. The economic cost of senile dementia in the United States, 1985. *Public Health Rep* 1988;103(1):3-7.
6. Gray A, Fenn P. Alzheimer's Disease: the burden of the illness in England. *Health Trends* 1993;25(1):31-7.
7. Ernst RL, Hay JW. The US economic and social costs of Alzheimer's disease revisited. *Am J Public Health* 1994;84:1261-4.
8. Ostbye T, Crosse E. Net economic costs of dementia in Canada. *Can Med Assoc J* 1994;151(10):1457-64.
9. Rothstein Z, Prohovnik I, Davidson M, Beer MS, Noy S. The economic burden of Alzheimer's disease in Israel. *Isr J Med Sci* 1996;32(11):1120-3.
10. Wimo A, Karlsson G, Sandman PO, Corder L, Winbland B. Cost of illness due to dementia in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:857-61.
11. Koopmanschap MA, Polder JF, Meering WJ, Bonneux L, Maas PJ. Cost of dementia in the Netherlands. En: Wimo A, Jönsson B, Karlsson G, Winbland B. editores. *Health economics of dementia*. London: John Wiley & Sons; 1998. p. 207-17.
12. O'Shea E, O'Reilly S. The economic and social cost of dementia in Ireland. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:208-18.
13. McNamee P, Bond J, Buck D. Cost of dementia in England and Wales in the 21st century. *Br J Psychiatry* 2001;179(3):261-6.
14. Hu T, Huang L, Cartwright WS. Evaluation of the costs of caring for the senile demented elderly: a pilot study. *Gerontologist* 1986;26:158-63.
15. Weinberger M, Gold DT, Divine GW, Cowper PA, Hodgson LG, Schreiner PJ, et al. Expenditures in caring for patients with dementia who live at home. *Am J Public Health* 1993;83(3):338-41.
16. Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman PA, Hauck WW, et al. The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Aff* 1993;12:165-76.
17. Max W, Webber P, Fox P. Alzheimer's Disease: the unpaid burden of caring. *J Aging Health* 1995;7(2):179-99.
18. Stommel M, Collins CE, Given BA. The cost of family contributions to the care of persons with dementia. *Gerontologist* 1994;34(2):199-205.
19. Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of community care for older people. *Br J Psychiatry* 1997;171:56-69.
20. Leon J, Neumann PJ. The cost of Alzheimer's disease in managed care: a cross-sectional study. *Am J Manag Care* 1999;5:867-77.
21. Souetre E, Thwaites R, Yeardley L. Economic impact of Alzheimer's disease in the United Kingdom. *Br J Psychiatry* 1999;174:51-5.
22. Trabucchi M. An economic perspective on Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1999;12:29-38.
23. Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, Guillén F, Hart VM, Espinosa C, et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Med Clin (Barc)* 1999;113:690-5.
24. Lobo A, Esquerra J, Gómez Burganda F, Sala JM, Seva Díaz A. El miniexamen cognoscitivo (un «test» sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-Espa Neurol Psiquiatr* 1979;7(3):189-202.
25. Ritchie K, Ledésert B. The measurement of incapacity in the severely demented elderly: the validation of a behavioural assessment scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:217-26.
26. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioural symptoms in Alzheimer's Disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psych* 1987;48(5):9-15.
27. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55.
28. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6:338-46.
29. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire («Cuestionario de Calidad de Vida», CCV): a generic health-related quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess* 1993;9(1):19-32.
30. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 1979;2:197-207.
31. O'Shea E, Blackwell J. The relationship between the cost of community care and the dependency of old people. *Soc Sci Med* 1993;37(5):583-90.
32. Wimo A, Wallin JO, Lundgren K, Ronnback E, Asplund K, Mattsson B, Virakau, I. Impact of day care on dementia patients costs, well-being and relatives' views. *Fam Pract* 1990;7(4):279-87.
33. Ehreth J, Chapko M, Hedrick SC. Comparison of utilization and cost among contract Adult Day Health Care, VA Adult Day Health Care, and customary care. *Med Care* 1993;31(9):SS84-93.
34. Wimo A, Mattsson B, Krakau I, Eriksson T, Nelvig A. Cost-effectiveness analysis of day care for patients with dementia disorders. *Health Econ* 1994;3(6):395-404.
35. Chappell NL, Blandford AA. Adult Day Care and medical and hospital claims. *Gerontologist* 1987;27(6):773-9.
36. Engedal K. Day care for demented patients in general nursing homes. Effects on admissions to institutions and mental capacity. *Scand J Prim Health Care* 1989;7(3):161-6.
37. Keen J. Dementia: questions of cost and value. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;8:369-78.

38. Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabasés J, Madoz V, Vázquez-Barquero JL, et al. Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatry* 1998;173:334-40.

39. Dello Buono M, Busato R, Mazzeto M, Paccagnella B, Aleotti F, Zanetti O, et al. Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:915-24.

40. Zarit SH, Gaugler JE, Jarrot S. Useful Services for families: research findings and directions. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:165-81.

41. Hildick-Smith M. Geriatric day hospitals changing emphasis in costs. *Age Ageing* 1984;13:95-100.

42. McFarlane JPR, Colling T, Graham K, MacIntosh JC. Day hospitals in modern clinical practice cost benefit. *Age Ageing* 1979;8(Suppl):80-6.

43. Souètre EJ, Qing W, Vigoureux Y, Dartigues JF, Lozet H, Lacomblez L, et al. Economic analysis of Alzheimer's disease in outpatients: impact of symptom severity. *Int Psychogeriatr* 1995;7(1):115-22.

44. Salvador-Carulla L, Romero C. Care costs of mental disorders in the elderly. En: Brunello N, Langer SZ, Racagni G, editores. *Mental disorders in the elderly: new therapeutic approaches*. Basel, Karger: Int Acad Biomed Drug Res; 1998. 13. p. 178-85.

45. Snell MC. Community care for the elderly: costs and dependency. *Soc Sci Med* 1985;20(12):1313-8.

46. Fenn P, Gray A. Estimating long term cost saving from treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 1999;16(2):165-74.

47. Johnson N, Davis T, Bosanquet N. The epidemic of Alzheimer's disease. How can we manage the costs? *Pharmacoeconomics* 2000;18(3):215-23.

48. Bryant J, Clegg A, Nicholson T, McIntyre L, De Broe S, Gerard K, et al. Clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine and galantamina for Alzheimer's disease: a rapid and systematic review. *Health Technol Assess* 2001;5(1):1-137.

49. Lamb HM, Goa KL. Rivastigmina. A pharmacoeconomic review of its use in Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2001;19(3):303-18.

ANEXO 1: REGISTRO DE COSTES

A) Gastos generales: Gastos para la familia:

¿Ha requerido realizar adaptaciones en la casa, por problemas del paciente?

Sí	No
- Dispositivo de seguridad	..... ptas.
- Rampa silla de ruedas	..... ptas.
- Adaptación del baño	..... ptas.

¿Ha precisado «ayuda doméstica» por la enfermedad del familiar?

Sí	No
	..... ptas.

¿Cuánto dinero gasta en equipamiento sanitario (pañales, etc.)?

..... ptas.

B) Transporte

¿Ha efectuado el paciente gastos de transporte para acudir al tratamiento?

Sí	No
<i>Tipo de transporte:</i>	<i>Nº días</i> <i>km/día</i>
- Ambulancia
- Vehículo familiar:
- Autobus urbano:
- Taxi:
- Otros:

C) Tiempo de trabajo de los cuidadores informales

1. *¿Cuántas horas al día invierte en cuidados de acompañamiento (supervisión) de su familiar?*

..... horas.

2. *¿Cuántas horas al día invierte en proporcionar cuidados de enfermería a su familiar?*

* Bañarse	..... horas
* Ir al servicio	..... horas
* Vestirse	..... horas
* Comer	..... horas
* Desplazamientos	..... horas
* Otros	..... horas

3. *¿Ha requerido ayuda especializada para los cuidados de enfermería?*

Sí	No
<i>¿Cuántas horas al día?</i>	..... horas al día.
<i>¿Cuánto gasto al mes?</i>	..... ptas.

D) Pérdida de productividad de los familiares:

¿Ha tenido que abandonar su trabajo por cuidar a su familiar?

Sí	No
----	----

¿Ha reducido su jornada laboral por cuidar a su familiar?

Sí	No
----	----