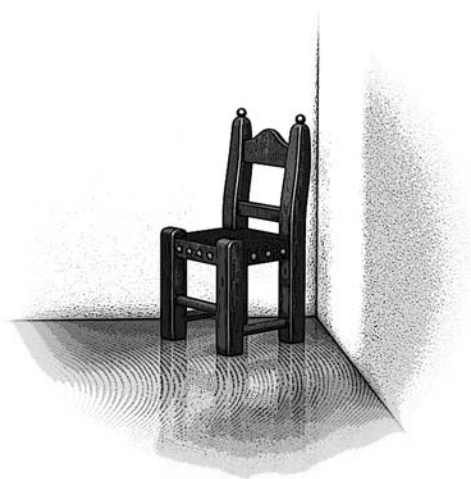


Jose Luis de la Cuesta Arzamendi (ed.)

el **M**altrato de personas mayores

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR



Hurkoa Fundazioa

Instituto Vasco de Criminología
Kriminologiaren Euskal Institutua

MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: EL ROL DEL APOYO INFORMAL Y SUS POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN

- JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN
Doctor en Psicología.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- IGONE ETXEBERRIA ARRITXABAL
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- CRISTINA BUIZA BUENO
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- NEREA GALDONA ERQUIZIA
Psicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- MARI FELI GONZALEZ PÉREZ
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)

Introducción

Las intervenciones en malos tratos a personas mayores desde el punto de vista psicosocial han sido bastante escasas hasta la fecha; de hecho y hasta hace no demasiado tiempo la gerontología psicosocial ha “mirado” hacia otro lado en lo que a cuestiones relacionadas con el maltrato a personas mayores se refiere. Sirva como ejemplo el número de artículos publicados en todas las revistas de la Sociedad Americana de Gerontología entre Febrero de 1989 y Julio del 2004, correspondientes a los descriptores mencionados. Como se puede apreciar, el abuso, la negligencia o el maltrato, no ocupan más que una parte marginal de los trabajos publicados.

	Nº artículos
Elder Abuse	21
Neglect	30
Mistreatment	5
Dementia	315
Caregivers	381
Alzheimer	239
Nursing home	543
Stress	180

No obstante ha llegado la hora de modificar esta tendencia y la intervención en el maltrato a personas mayores debe ocupar un lugar destacado en la intervención. El presente artículo aborda tres cuestiones principales: un análisis de las intervenciones existentes en maltrato a modo de introducción, el análisis de los modelos de estrés (se pretende caracterizar y entender que subyace en el cuidado de personas mayores y posibles riesgos de maltrato derivados) y posibles intervenciones de carácter preventivo aplicables a dichas situaciones.

Estado de las intervenciones con personas mayores en maltrato

Autores, fecha de publicación	Muestra y lugar	Tipo(s) de abuso cometido	Tipo de intervención
Dunlop et al, 2000	N=319 Miami, USA	Abuso, negligencia, explotación	<ul style="list-style-type: none"> Programa "ad hoc", grupos de apoyo, counseling a familias. Realizado por profesionales de gerontología. Apoyo a políticas específicas.
Moon, A. and Benton, 2000	<ul style="list-style-type: none"> N=245 L.A., USA Multiétnico 	Físico, médico, verbal, psicológico, económico y negligencia	<ul style="list-style-type: none"> Programa (según etnias) de carácter educativo para aumentar la conciencia y el conocimiento de las diferentes situaciones de maltrato. Acomodación cultural a las leyes americanas, por parte de inmigrantes.
Phillips, et al 2000	<ul style="list-style-type: none"> N=93 Mujeres de 55 años cuidadoras 	Abuso durante la ayuda para las actividades de vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones educativas para un cambio en la comprensión de su trabajo, disminución de estrés, entrenamiento en habilidades. Intervenciones educativas relacionadas con la prevención.
Brownell, et al, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=401 casos de PM que sufren abuso, por medio de 218 abusadores NY City, USA 	Físico, psicológico y económico (caso de abuso sexual como abuso físico)	<ul style="list-style-type: none"> Se ponen en marcha diferentes tipos de intervención conjuntamente: policial, case management, judiciales, cuidados de salud, servicios de crisis de intervención rápida, asistencia a domicilio, apoyo financiero, etc. Trabajan a su vez, con la situación del maltratador, antes y después de que se produzca la situación.
Hightower, et al, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=57 violencia doméstica Canadá 	Sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento de familiares y profesionales. Reducción de estrés. Servicio de apoyo comunitaria a situaciones de maltrato en centros.
Lithwick, M and Beaulieu, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=128 Quebec, Canada 	Físico, sexual, psicológico, económico, negligencia...	<ul style="list-style-type: none"> Servicio médico especializado. Servicios privados varios (legales, económicos, evaluación...) Programas de respiro, centros de día y residencia especializadas para atender casos de este tipo, ...
Vladescu, et al 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=26 Ontario, Canada 	Físico, psicológico, y económico	<ul style="list-style-type: none"> El estudio y la necesidad de una aproximación "centrada en la persona" (individualizada) de los casos de maltrato, respecto a otras formas de intervención.
Wolf, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=20 Muestra de USA, Canadá y Japón 	Sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Estudio comparativo de acogimiento residencial para personas mayores maltratadas. El programa enfatiza tanto las bondades del apoyo social entre personas sometidas a abuso, como la importancia que suponen las bondades del recurso, aunque no hay medidas de éxito del mismo.
Vinton, 1998	<ul style="list-style-type: none"> N=428 USA 	Violencia doméstica sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de los tipos de intervención utilizada en USA en este tipo de casos. Programas individualizados, con base educativa, con formación de voluntarios y profesionales y grupos de apoyo.
Wolf, R. and Pillemer, 1997	<ul style="list-style-type: none"> N=73 mujeres USA 	Físico, psicológico, negligencia y explotación	<ul style="list-style-type: none"> Modelo para reducir dependencia entre víctima y cuidador. Apoyo individual y grupal. Intervención interdisciplinar (jurídico-legal, salud,...)

Los trabajos sobre intervenciones psicosociales en gerontología de carácter empírico (tal y como puede verse en el cuadro anterior) han estado centrados fundamentalmente en apoyo a las familias cuidadoras, mejora de la información, conocimiento de las situaciones de maltrato, programas con y para profesionales, intervenciones preventivas de carácter educativo, reducción de estrés, programas para la disminución de la carga y del “síndrome del quemado”. Dicho de otra manera, programas de intervenciones centradas en los cuidadores (ya sean estos profesionales o no) y menos en el trabajo directo con los maltratadores o en la implantación de algunos servicios especializados. Resulta a su vez muy difícil poder comparar las investigaciones estudiadas entre ellas fundamentalmente debido a cuestiones metodológicas (muestras diferentes, instrumentos de medida diversos,...), lo que dificulta enormemente sacar conclusiones sobre la posible efectividad o no de dichas intervenciones.

El presente artículo se centra precisamente en las intervenciones con cuidadores como una parte fundamental de la prevención del maltrato a las personas mayores, por ser éstos (los cuidadores) depositarios de gran parte de la carga de la atención. Teniendo en cuenta además, que la evidencia empírica de la efectividad de estos grupos es mayor.

Los programas que pueden ponerse en práctica con familiares cuidadores con el fin de prevenir los malos tratos en personas mayores en el ámbito doméstico, son diversos, siendo su objetivo principal intervenir sobre los diferentes factores de riesgo descritos en el contexto familiar. Así, la disminución del estrés, la promoción del cuidado del cuidador, la formación en el manejo de comportamientos problemáticos o la intervención clínica con cuidadores de riesgo son elementos esenciales.

Cuidado: introducción

Algunos autores han comparado el proceso de cuidado con una carrera de maratón (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995), y realmente este proceso largo, en algunos casos, y agotador en la mayoría de ocasiones, puede llegar a afectar no sólo al bienestar físico del cuidador, sino que también afecta a su bienestar psicológico (Dura, Haywood-Niler y Kiecolt-Glaser, 1990), pudiendo ser (en algunos casos) una fuente potencial de posible maltrato.

Hoy en día, a pesar de los cambios sociodemográficos que se están efectuando y en contra de la opinión que se puede tener al respecto, la realidad constata que el 80% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer viven en la comunidad atendidos por sus familiares (Czaja, Eisdorfer y Schulz, 2000). Las consecuencias, tanto

físicas como psicológicas, en los cuidadores son numerosas, como tendremos oportunidad de comprobar en apartados posteriores de este trabajo (Haley, Ehrbar y Schonwetter, 1997; Knight, Lutzky y Macofsky-Urban, 1993), pero el cuidador se ve afectado además en otras dimensiones de su vida personal como consecuencia del cuidado.

En este artículo se van a describir especialmente los modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado de una persona mayor dependiente, así cómo algunos de los programas de intervención diseñados para cuidadores de este tipo de enfermos, que deben de servir para disminuir potenciales situaciones favorecedoras del maltrato a personas mayores en la comunidad.

Modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado

El proceso de cuidado es una tarea ardua y costosa en todos los sentidos, por lo que han sido incontables los esfuerzos realizados por comprender y explicar este proceso compuesto por diferentes variables. Numerosos autores han tratado de encontrar un modelo capaz de explicar el proceso de cuidado y la relevancia e interacción entre las diferentes variables que intervienen en este proceso. En este apartado se van a presentar algunos de los modelos más relevantes para el caso que nos ocupa: el maltrato a personas mayores.

1. MODELO DE ESTRÉS DE PEARLIN, MULLAN, SEMPLE y SKAFF (1990)

Se basa en el modelo explicativo de estrés de Lazarus y Folkman (1984), en el que los autores distinguen dos componentes en el proceso de aparición de una vivencia de estrés: la apreciación primaria y la apreciación secundaria. Estos autores señalan que en la apreciación primaria las personas determinan el carácter de un determinado evento para ellas como irrelevante, benigno o negativo. En caso de estimar o valorar que el evento tiene un carácter negativo, mediante el proceso de apreciación secundaria, las personas valoran los recursos disponibles para afrontarlos y las potenciales consecuencias que podrían producirse en función del éxito o no de ese afrontamiento.

Todas esas apreciaciones, en la medida que no permiten garantizar el éxito de la situación, hacen emerger la experiencia de estrés. Esa experiencia va acompañada de una serie de vivencias emocionales y de la selección y puesta en marcha de las estrategias y conductas de afrontamiento.

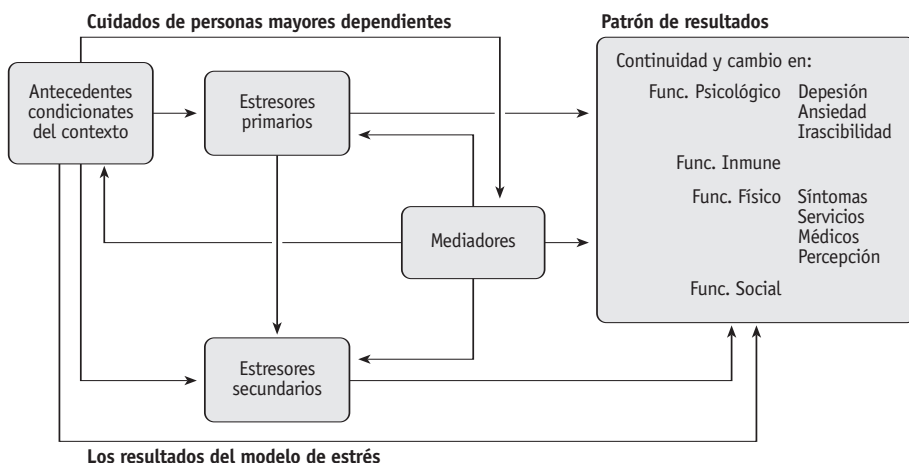
Por tanto, estos autores defienden que la reacción al estrés es paliada por la capacidad de evaluar esa amenaza percibida, así como por el tipo de estrategias de

afrentamiento con las que cuenta el individuo.

Tomando como referencia este modelo general de estrés de Lazarus y Folkman (1984), Pearlin y cols. (1990) propusieron un modelo explicativo de estrés aplicado al cuidado de una persona afectada de enfermedad de Alzheimer. Este modelo concibe el proceso de estrés como el resultado de la relación entre distintas variables: a) Antecedentes y condiciones del contexto (previas al cuidado), b) Estresores y variables moduladoras (relacionadas con el proceso de cuidado), y c) Resultados (consecuencias del cuidado). En la figura 1 se muestra el esquema de este modelo. A continuación se desarrollan las variables que integran el modelo de estrés de Pearlin y cols. (1990):

- a.** Antecedentes y condiciones del contexto (variables previas al cuidado). Este es el primer elemento básico de este modelo. Se consideran integrantes de este apartado las características sociodemográficas del cuidador, la red social y familiar, y la relación previa con la persona que atiende.
- b.** Estresores y variables moduladoras. Se entiende que el cuidador debe enfrentarse a una gran cantidad de estresores como consecuencia del cuidado del enfermo de Alzheimer (Izal y Montorio, 1999). Dentro de los estresores están los estresores primarios, es decir, aquellos estresores que se derivan directamente del enfermo o conjunto de actividades que los cuidadores realizan directamente

Figura 1. Modelos de estrés aplicado al cuidado de personas mayores dependientes (Pearlin y cols, 1990).



como resultado de la discapacidad del familiar mayor (ayudarle en las actividades de la vida diaria (AVD), reaccionar ante las alteraciones de conducta, etc), y los estresores secundarios que son aquellos que se derivan de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas (p.e., conflictos familiares).

Las variables moduladoras hacen referencia a aquellas acciones y recursos que tienen la capacidad de modificar la dirección del proceso de estrés mediante la regulación de los efectos de los estresores, y aliviar su impacto sobre los individuos (p.e., apoyo social).

c. Resultados o efectos causados por el cuidado. Estos son otros elementos básicos en este modelo. Los resultados afectan a distintos niveles de funcionamiento del organismo (estados afectivos, como depresión, ansiedad, ira, respuesta inmunológica, enfermedades físicas, etc). Normalmente los resultados del cuidado son descritos en términos de funcionamiento psicológico, físico y social.

Teniendo en cuenta este planteamiento de Pearlin (figura 1), el cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer en situación de dependencia debe entenderse como un proceso en el que están implicadas nuevas formas de aprendizaje y socialización ante la aparición de estresores tanto primarios como secundarios (Izal y Montorio, 1999). La adaptación a los requerimientos del cuidado depende de la aparición de estresores, de la contención de los mismos y de la valoración que hagan los cuidadores de su particular situación. Estos condicionantes determinarán los resultados del cuidado.

2. MODELO DE ESTRÉS DE LAWTON, MOSS, KLEBAN, GLICKSMANN Y ROVINE (1989, 1991)

El modelo de estrés propuesto por estos autores pretende añadir nuevos elementos al modelo anteriormente expuesto. En general, los componentes de los modelos de estrés se centran en antecedentes o condicionantes del contexto, estresores, mediadores y resultados. El modelo de valoración o apreciación propuesto por Lawton y cols. (1989, 1991) aporta una novedad con respecto al modelo anterior, se centra en la relación existente entre la situación objetiva de cuidado (estresores objetivos) y las constantes valoraciones y estimaciones que el cuidador realiza de ella. En consecuencia, asume que estas valoraciones tendrán un efecto determinante en la experiencia general de cuidado o bienestar del cuidador (Braithwaite, 1992; Lawton y cols., 1989; Lawton y cols., 1991).

En esta nueva variable a la que denominan “apreciación” incluyen tanto variables

subjetivas como interpretativas y supone un nuevo factor en la base del modelo de estrés. Lawton define la apreciación del cuidado como todas las valoraciones cognitivas y afectivas, así como las revaloraciones que el cuidador realiza del estresor potencial y su autoeficacia para afrontarlo.

Uno de los puntos fuertes de este modelo es que ha intentado entender el proceso de cuidado como un proceso dinámico, en el que se tienen en cuenta la persona del cuidador, el paciente y otros factores psicosociales y ambientales.

Este modelo ha sido criticado porque los componentes de la estimación se solapan con los componentes de los apoyos y las estrategias de afrontamiento (Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990).

3. MODELO DE ESTRÉS DE YATES, TENNSTEDT, y BEI-HUNG (1999)

Este modelo pretende unir los modelos anteriores, para ello han realizado algunas modificaciones en el modelo de Pearlin y cols. (1990), que permitieron incorporar el modelo de Lawton y cols. (1991).

El modelo de estrés asociado al cuidado se basa, como hemos visto previamente, en el proceso de estrés general en el cual la relación e interacción en el tiempo entre los diferentes factores que lo componen producen estrés (Pearlin y cols., 1990; Skaff, Pearlin y Mullan, 1996). Los componentes básicos de estos modelos son los estresores, los mediadores, los resultados y la información contextual o antecedentes.

El modelo propuesto por Yates y cols. (1999) consta de nuevos integrantes no incluidos en fundamentaciones teóricas previas. En este sentido, une las variables estresoras del cuidado, la apreciación o estimación del cuidador y los potenciales mediadores en el bienestar del cuidador. Los componentes del modelo de Yates y cols. (1999) son :

- a.** Los estresores primarios propuestos en este modelo consisten en el nivel y tipo de incapacidad del paciente, aunque no incluye la asistencia del cuidador, ni la sobrecarga como en el modelo de estrés planteado por Pearlin y cols. (1990), ya que en este modelo se estima que eso forma parte del apartado apreciación. Presentar el modelo de esta forma permite distinguir entre los niveles de incapacidad de la persona cuidada (estresor) y la respuesta del cuidador a la misma (apreciación o estimación primaria).
- b.** Apreciación o estimación primaria. El cuidador debe evaluar el nivel de incapacidad del paciente y estimar la cantidad de cuidado que debe ofrecer, por tanto la situación de cuidado supone entender la situación y ofrecer una respuesta en consecuencia. En este modelo se realiza una apreciación subjetiva de las necesi-

dades de cuidado de la persona mayor lo que determina la cantidad de cuidado que debe ser ofrecida. Por ello la apreciación primaria se mide teniendo en cuenta las horas de cuidado diarias empleadas en el cuidado del paciente. Esto está basado en hallazgos que sugieren que algunos cuidadores proporcionan diferentes cantidades de cuidado a sujetos que tienen un nivel de incapacidad objetiva similar (DeBettignies, Mahurin y Pirozzolo, 1993). Esta asunción no invalida o cambia la hipótesis de que a mayor deterioro cognitivo y funcional, mayor requerimiento de asistencia, sino que únicamente difiere en que la relación entre necesidad y cuidado está en función de la estimación del cuidador.

c. Las variables mediadores se entiende que son aquellas que potencialmente tienen efectos positivos sobre el bienestar del cuidador contrarrestando, de este modo, los efectos negativos de los estresores primarios, o incluso, de las apreciaciones primarias (apoyo social, calidad de la relación con el paciente, apoyo emocional y formación del cuidador).

d. La sobrecarga en este modelo es el componente del apartado apreciación secundaria y no se entiende como estresor primario. El criterio de los autores para incluirlo en el apartado apreciación secundaria se basa en que los cuidadores, a la hora de determinar la sobrecarga, realizan una evaluación de la situación y expresan cómo se sienten al respecto. En este caso se puede comparar la sobrecarga con lo que algunos autores han llamado carga subjetiva y puede definirse como los sentimientos que el cuidador tiene con respecto: al nivel de energía, satisfacción con el nivel de cuidado ofrecido y tiempo para realizar todo lo necesario, incluido tiempo para uno mismo (Pearlin y cols., 1990).

e. Los resultados en este modelo de Yates y cols. (1999) se refieren al riesgo del cuidador de padecer depresión.

En síntesis, el bienestar del cuidador dependerá de los estresores primarios, la estimación que el cuidador haga de ellos y de los potenciales mediadores.

En la página adyacente se muestra en la figura 2 una representación gráfica del modelo de Yates y cols. (1999).

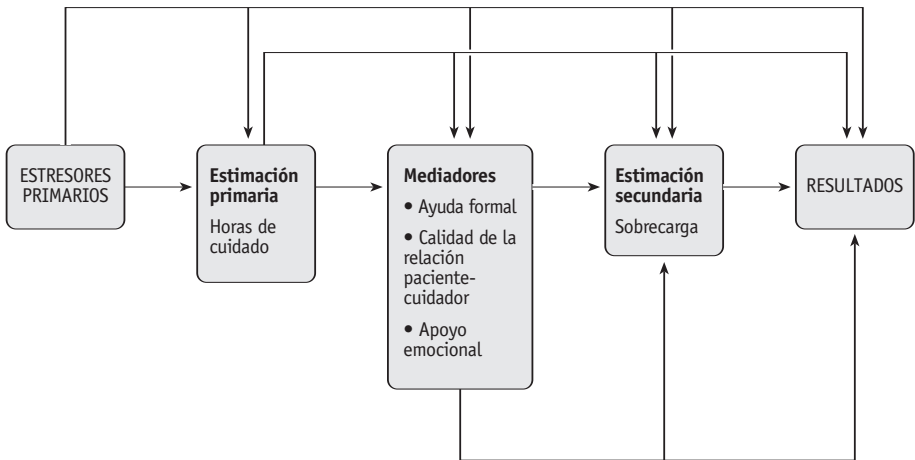
En la literatura se ha criticado que a medida que se utilizan más los modelos de estrés en las investigaciones con cuidadores cada vez son menos precisos (Abel, 1990, Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990). En general, se han criticado varios aspectos: a) en un primer momento, el modelo de estrés se centraba en los mecanismos de afrontamiento del cuidador, b) pocas veces se han reconocido consecuencias positivas con el paradigma de estrés, c) debido a que se tiende a considerar que las variables estresoras provienen de la persona que recibe el cuidado, el

modelo pierde la visión de la relación diádica entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, así como con el resto de familiares y relaciones allegadas. Estas relaciones son multidimensionales por naturaleza e incluyen interacciones actuales y pasadas que ocurren en un contexto cultural e histórico.

Programas de intervención para cuidadores de enfermos con demencia

Ante la evidencia del elevado nivel de estrés que puede producir el cuidado de un paciente con enfermedad de Alzheimer, en los últimos 20 años se han desarrollado numerosos Programas de Intervención Psicosocial (PIP) para cuidadores, con el objetivo principal de ayudarles a reducir el estrés percibido producido por el cuidado, así como las posibles situaciones derivadas. Estos programas han utilizado diferentes formatos y métodos para cumplir dicho objetivo, comprendiendo desde intervenciones psicológicas individuales a grupos de apoyo, en los que se emplean técnicas específicas tales como entrenamiento en solución de problemas o afrontamiento de situaciones difíciles (Bourgeois, Schulz y Burgio, 1996).

Figura 2



1. GRUPOS DE APOYO

Está estudiado que es más fácil que las personas desarrollen y mantengan relaciones de apoyo con personas que están pasando por la misma situación, (Bell, 1981; Feld, 1982; Lazarsfeld y Merton, 1954; Marsden, 1988; Merton, 1968; Sutor, 1987). Existen algunos factores que explican el desarrollo y el mantenimiento de estas relaciones, así niveles de semejanza entre la edad, el género, el estado civil y el empleo parecen ser variables que favorecen este tipo de relaciones (Bell, 1981; Feld, 1982; Lin, Wowlfel y Lighr, 1986; Marsden, 1988; Wellman y Wortley, 1990). También el estatus social produce relaciones de apoyo, puesto que estos individuos tienden a tener los mismos intereses y valores (Duck y Craig, 1978; Lea y Duck, 1982; Singer, 1981). Los grupos de apoyo es el servicio más común que se ofrece a los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Goodman, 1991). En ellos participan tanto cuidadores como profesionales y su dinámica consiste en el cambio de información entre cuidadores que están pasando por una situación similar.

En estos grupos, se comparten preocupaciones, se expresan sentimientos y miedos, se comparten experiencias con los miembros del grupo y se trata de ayudar a los demás. Como se puede apreciar, se trata de grupos en los que se trabaja la reciprocidad, puesto que se escucha pero a la vez se proporciona información. Asimismo Lieberman (1979) identificó una serie de razones por las cuales la gente se une a los grupos de apoyo: modelado conductual, semejanza en la naturaleza de los problemas, apoyo emocional, información/consejo, altruismo y ayuda hacia los demás, y ayuda práctica. Además, la experiencia de universalidad (sensación de estar todos en el mismo barco) hace que la gente se sienta menos sola. Estos grupos fomentan la cohesión, aumentan la autoestima y permiten un mejor afrontamiento del problema.

Numerosos autores asumen que estos grupos proporcionan información (Shibbal-Campagne y Stachow, 1986; Simank y Strickland, 1986) y apoyo emocional (Barnes y cols, 1981; Lazarus y cols, 1981). Sin embargo, y haciendo referencia una vez más a las diferencias de género en la implicación del cuidado, en el actual contexto cultural de la tradicional división de roles se ha llegado a valorar la necesidad de ofrecer diferentes tipos de apoyo psicosocial a los cuidadores según el género. Los varones prefieren apoyos más prácticos en las actividades manuales del cuidado y las mujeres pueden ser más receptivas hacia apoyos emocionales (escucha, orientación, grupos de autoayuda). Zarit y cols. (1986) caracterizaban la actitud de los maridos como “instrumental” y la de las mujeres como “emocional”, lo cual se ve confirmado en un estudio realizado en Alemania sobre las necesidades y expectativas de los cuidadores que participaban en un grupo de apoyo (Förstl y Geiger-

Kabisch, 1995). Desgraciadamente son pocos los estudios que han podido medir los cambios en la percepción en los cuidadores de estar apoyados (Zarit y cols., 1987; Haley y cols., 1987).

2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES

Se han descrito numerosos tipos de intervenciones con cuidadores con el fin de mejorar la calidad de vida del cuidador y en consecuencia la de los pacientes. A pesar de que existe un corpus teórico basado en evidencia que avala la eficacia de dichas intervenciones, las revisiones realizadas al respecto no alcanzan en algunos casos conclusiones unánimes. Ello puede deberse, entre otras razones, a defectos en los diseños experimentales utilizados, problemas en la aleatorización de la muestra o utilización incorrecta de los instrumentos de medida. Algunos autores, incluso, han señalado que la eficacia de las intervenciones con cuidadores puede tener un efecto a largo plazo en la mejora de la calidad de vida, que no se registra en la valoración realizada inmediatamente después de la intervención (Cooke, McNally, Mulligan, Harrison y Newman, 2001).

Por tanto, a pesar de que prácticamente todos los participantes en los diferentes Programas de Intervención Psicosociales realizan una valoración positiva del programa, existen todavía algunas lagunas de evidencia empírica sobre la validez de estos programas (Gallagher-Thompson y cols., 1998). Se trata, por lo tanto, de un área abierta a la investigación y a la mejora del conocimiento científico.

En este sentido y con el objetivo de revisar todas los artículos publicados sobre cuidadores, Brodaty y cols. (2003) llevaron a cabo un meta-análisis sobre intervenciones psicosociales con cuidadores de enfermos con demencia. Las conclusiones de este estudio afirman que estos programas tienen efectos leves, pero significativamente positivos, en el aumento del conocimiento de los cuidadores, en la morbilidad psicológica, en las estrategias de afrontamiento y en el apoyo social. A pesar de estos modestos hallazgos objetivos, la percepción subjetiva de los cuidadores difiere considerablemente puesto que consideran que sus estrategias de afrontamiento se ven gratamente incrementadas (Chiverton y cols., 1989), refieren mejor relación con el paciente (McCallion, 1999), consideran que la intervención les ha proporcionado estrategias útiles para su aplicación en el cuidado del paciente (Quayhagen y cols., 2000) y, sobre todo, que volverían a repetir la intervención (Robinson, 1988). Afirman, asimismo, que los programas psicosociales con cuidadores retrasan la institucionalización del paciente (Mittelman y cols., 1996).

En el polo opuesto se encuentran aquellas intervenciones que no tienen efectos positivos en el bienestar de los cuidadores por tratarse de intervenciones psicoedu-

cativas excesivamente cortas (1-3 sesiones), grupos de apoyo sin estructuración de las sesiones y entrevistas individuales que, por sí mismas, no funcionan en la mejora del estado psicológico del cuidador. Lo que sí se encuentra es un consenso creciente en la literatura de que las intervenciones integrales, intensivas e individuales (Toseland y Rossiter, 1989), resultan ser más efectivas que aquellas que no cumplen estas características (Haley y cols., 1997; Kennet y cols., 2000; Mittelman, y cols.,1996).

En cuanto a los contenidos de las sesiones se ha demostrado que las intervenciones psicosociales, que incluyen apoyo social y entrenamiento en diferentes habilidades, son las que tienen mayores efectos en reducción de carga (“burden”) y depresión (Gallagher-Thompson y cols., 2000; Cooke y cols., 2001; Knight y cols, 1993; Gatz y cols, 1990). En el meta-análisis, mencionado anteriormente (Brodaty y cols., 2003), se halló que uno de los aspectos claros, y estadísticamente significativos del éxito de las intervenciones era el aprendizaje por parte del cuidador de técnicas de resolución de problemas en relación al cuidado del paciente (Teri y cols, 1997).

NYU Spouse-Caregiver Intervention Study (Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg y Levin, 1996)

En el programa propuesto por Mittelman y cols., (1996) los objetivos principales consisten en ayudar a los cuidadores a posponer el ingreso del paciente en una residencia y mantener el bienestar de los cuidadores. Esta intervención contiene diferentes componentes. Los cuidadores reciben terapia individual y familiar para incentivarles a participar posteriormente en los grupos de apoyo. Asimismo para el cuidador principal se ofrece un tratamiento telefónico, ad hoc, cuandoquiera que lo solicite.

La terapia individual y familiar inicial consiste en una intervención estructurada, y con un tiempo límite, cuyo objetivo es: a) informar al cuidador sobre diversos aspectos de la enfermedad; b) promover la comunicación para favorecer la comunicación entre ambos; c) entrenamiento en resolución de problemas; d) manejo de comportamientos difíciles; e) promover el apoyo social, y f) concienciar a los cuidadores de la necesidad de administrar fármacos a los pacientes para manejar algunos de los síntomas tratables de la propia enfermedad. El grupo de apoyo y el seguimiento telefónico duran mientras dure la enfermedad.

Los resultados del estudio con cuidadores llevado a cabo con este programa mostraron que se consiguió retrasar el ingreso del paciente en la residencia (Mittelman y cols, 1996). El ingreso en residencia estaba directamente relacionado con la

forma en la que afectaban los problemas de memoria y conducta en el cuidador, los niveles de depresión en el cuidador, la severidad de la demencia, el género del cuidador y la edad del paciente (Mittelman y cols., 1996). Con la intervención psicosocial consiguieron que se redujeran los niveles de depresión en los cuidadores.

Programa de intervención de Gallagher-Thompson, Rose, Florsheim, Jacome, Del Maestro y Peters, 2000

El programa psicoeducativo de intervención propuesto por Gallagher-Thompson y cols., (2000) está basado en los modelos teóricos que describen la influencia de los aspectos cognitivos y del comportamiento en el desarrollo y mantenimiento de estados afectivos negativos como la depresión (Beck y cols., 1979; Lewinsohn y cols., 1986). La intervención realizada con este formato se basa en experiencias anteriores en grupos psicoeducativos para cuidadores, que mostraron ser efectivas en la reducción del malestar asociado a la tarea del cuidado (Gallagher-Thompson y cols., 1985; Gallagher y cols., 1992; Thompson y cols., 1992). El objetivo principal del programa es ayudar a los cuidadores a aprender y establecer estrategias psicológicas adaptativas para manejar las dificultades intrínsecas al cuidado y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida. Está basado en el Programa de Intervención Psicosocial “Older Adult and Family Center” (VA Palo Alto Health Care System). Este programa original de Gallagher-Thompson y cols., (2000) se tradujo y adaptó posteriormente a población hispana por Solano y cols. (2002).

Los estudios previos (Gallagher-Thompson y cols., 2000) demostraron que era necesario centrar las sesiones en enseñar un número limitado de estrategias de manejo a través de aproximaciones instrumentales. En primer lugar, el denominado afecto negativo se ve disminuido con el aprendizaje de técnicas de relajación que, posteriormente, se generalizan para las diversas situaciones estresantes que se dan en el cuidado. Con el fin de percibir el comportamiento de la persona cuidada de forma más realista, identificar y modificar pensamientos inadecuados, y usar la comunicación asertiva de una manera efectiva, se incluyen contenidos en el programa para trabajar estos aspectos. En segundo lugar, los afectos positivos se verán aumentados con el aprendizaje de habilidades concretas, como la relación entre estado de ánimo y actividades, incorporando eventos placenteros simples que ocurran en la vida cotidiana, y estableciendo objetivos de cambio personal y recompensas.

La intervención se presenta con estructura similar al de una clase en la que se enseñan técnicas de afrontamiento con un alto grado de estructuración. Este formato didáctico resulta más atractivo para los cuidadores, que tienden a verse a sí

mismos como no necesitados de ayuda psicológica, a pesar de los altos niveles de estrés que pueden llegar a presentar. Los objetivos generales consisten en: a) ayudar a los cuidadores a controlar la tensión y el estrés derivado del cuidado (Gallagher-Thompson y cols., 1992), b) enseñarles diferentes estrategias para manejar los problemas de comportamiento de su familiar, y c) aumentar la satisfacción vital (Gallagher-Thompson y cols., 1992; Thompson y cols., 1992, Gallagher-Thompson y cols., 2000). Se trata de un programa con un alto grado de versatilidad diseñado, ya desde su origen, para abordar cuidadores de un amplio espectro de procedencias culturales y socioeconómicas. Puede realizarse de forma individual o con grupos reducidos de 6-8 miembros, con sesiones semanales o quincenales, con un total de sesiones que oscilan entre 8 y 12.

Programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda”

(Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

El programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda”, desarrollado en nuestro país, con el fin de valorar una guía para cuidadores que lleva el mismo título, combina el aprendizaje de habilidades dirigidas al control de situaciones difíciles asociadas al cuidado con las relativas a la promoción de la autonomía y autoestima de las personas cuidadas, la comunicación de los cuidadores con las personas que atienden, y el control de los comportamientos problemáticos que pueden presentar las personas mayores dependientes (Izal y cols, 1997). En el cuadro 1 puede observarse el resumen del contenido del programa.

A través del programa de intervención se pretenden alcanzar dos objetivos fundamentales:

- Fomentar en los cuidadores la actitud de darse cuenta de la necesidad de cuidarse mejor a sí mismos y transmitir los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar y potenciar en estas personas estrategias adaptativas de afrontamiento de situaciones problemáticas y sentimientos negativos asociados al cuidado.
- Proporcionar a los cuidadores conocimientos y destrezas que les ayudarán a cuidar mejor de sus familiares, favoreciendo la autonomía y autoestima de los mismos y evitando el exceso de incapacidad que ocurre en muchos casos.

De esta forma, el contenido del programa se centrará en torno a dos grandes bloques temáticos.

Cuadro 1. Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Programa de intervención elaborado a partir de la guía “cuando las personas mayores necesitan ayuda” (Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

Sesión	Contenidos	Método
SESIÓN 1. Presentación del curso y de los participantes del mismo.	Presentación del terapeuta, de los participantes y del programa. Normas (asistencia, participación activa, tareas para casa, respeto de turno de palabra...). Educación: Alzheimer y cuidado (estrés, curso para afrontar el mejor cuidado y reducir las consecuencias negativas)	Presentación cruzada, transparencias y video
SESIÓN 2. El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien	Darse cuenta (señales de alarma) y descripción de sentimientos negativos	Exposición teórica, preguntas, tormenta de ideas.
SESIÓN 3. El cuidado del cuidador. Poner límites a la cantidad de cuidado y cuidar la propia salud.	Importancia de pedir ayuda informal y formal, creencias irracionales, cómo pedir ayuda	Ejercicio de reflexión, role-playing
SESIÓN 4. El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien. Controlar el enfado y los sentimientos negativos	Poner límites al cuidado, aprender a decir “no”, aprender a dejarse ayudar, cuidar de la propia salud.	Discusión grupal, role-playing
SESIÓN 5. Favorecer la comunicación.	Qué es la comunicación, importancia de la comunicación, estrategias para conseguir una buena comunicación con el familiar dependiente.	Preguntas, ejercicios de role-playing.
SESIÓN 6. Favorecer la autonomía	Los riesgos del cuidado y de la ayuda (el exceso de cuidado), cómo potenciar la autonomía, cómo potenciar la autoestima	Ejercicios de grupo, preguntas.
SESIÓN 7. Manejo de comportamientos difíciles (I).	Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)	Discusión en grupo, ejercicios grupales y role-playing
SESIÓN 8. Manejo de comportamientos difíciles (II)	Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)	Discusión en grupo, ejercicios grupales y role-playing
SESIÓN 9. Planificar el futuro y consulta de dudas	Mantener reuniones familiares, consultar con otras personas, asegurar la atención del familiar, como medidas de planificación del futuro. Instrucciones personalizadas.	Ejercicios de role-playing
SESIÓN 10. Evaluación	Se procederá a la evaluación del curso y a la concertación de citas futuras.	Trabajo de grupo

El cuidado del cuidador:

- Fomento del darse cuenta de la necesidad de cuidarse a sí mismo
- Descripción de los sentimientos negativos más frecuentes en la vida de los cuidadores (tristeza, culpa, enfado, autocompasión) y explicación de nuevas estrategias para controlarlos (técnicas de relajación, de solución de problemas, asertividad...)
- Explicación de estrategias para cuidar de la salud física y psicológica.

El cuidado de la persona mayor dependiente.

- Habilidades y destrezas para manejar los comportamientos problemáticos (deambulación, agresividad, incontinencia...) del familiar con Alzheimer.
- Habilidades para favorecer la autonomía, independencia y autoestima del familiar dependiente.

En las primeras sesiones del programa se enseña a los cuidadores a detectar señales de alarma que deben predisponer a empezar a cuidar de sí mismos para, posteriormente, modificar su forma de actuar y poner en práctica habilidades que les ayuden a mejorar su situación como cuidadores.

En las sesiones siguientes se tratan los problemas de comunicación con las personas que cuidan, practicándose las habilidades que contribuyen a resolverlos, así como otro tema tan importante como el pedir ayuda.

En sesiones posteriores se aborda el análisis, prevención y control de los comportamientos problemáticos de los pacientes a los que se enfrentan los cuidadores que asisten al programa (p.e. agresión, agitación, alucinaciones, etc). En estas sesiones se tratan las razones que explican la presencia de este tipo de conductas y se analizan con los cuidadores las posibles pautas de actuación para corregirlas o controlarlas.

La penúltima sesión se dedica a preparar el futuro, establecer, entre otras estrategias tratadas a lo largo del programa, cuáles pueden ser útiles y facilitar su implantación en su vida diaria.

La última sesión se dedica a la evaluación.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se ha analizado, a través de los modelos de estrés, el proceso de cuidado de una persona mayor dependiente (en este caso personas con enfermedad de alzheimer) y se ha pretendido caracterizar “los posibles riesgos potenciales de maltrato” que conlleva el cuidado de personas dependientes. Así mismo, se han analizado las posibles intervenciones sobre cuidadores que actúen de manera preventiva sobre el posible maltrato de personas mayores.

No obstante, las conclusiones que se extraen orientan hacia la necesidad de profundización de este tipo de trabajos que analicen de forma sistemática la efectividad de dichos programas. Puede observarse que casi todos los trabajos se han centrado en programas de intervención cortos, en formato individual o grupal, pero que se ha prestado escasa atención a otro tipo de intervenciones, como las intervenciones comunitarias, intervenciones familiares o incluso las basadas en tecnologías. Es, pues, éste un campo abierto a la investigación futura para esclarecer la idoneidad metodológica a aplicar en los programas de intervención que se llevan a cabo con cuidadores de enfermos con demencia.

Además, en el campo concreto del maltrato, la evidencia es escasa. No obstante, existe un futuro abierto a la investigación sobre intervenciones en este campo, que nos atrevemos a afirmar deberán especializarse y complejizarse con el objetivo de atender de manera más concreta a las diferentes situaciones del cuidado y de las posibles situaciones de maltrato.

Bibliografía

- Abel, E. K. (1990). *Informal care of the disabled elderly: A critique of recent literature*. Research on Aging, 12, 139-157.
- Abengozar, M. C. y Serra, E. (1997). *Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 32, 5, 257-269.
- Adams, B. N. (1968). *Kinship in urban setting*. Chicago: Markman.
- Alexopoulos, G. y Abrams, R. (1991). *Depression in Alzheimer's disease*. The Psychiatric Clinics of America, 14, 327-339.
- Allen, S. (1994). *Gender differences in spousal caregiving and unmet need of care*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 49, 187-195.
- Alspaugh, M. E. L., Stephen, M. A., Townsend, A. L., Zarit, S. H. y Greene, R. (1999). *Longitudinal patterns of risk for dementia caregivers: Objective and subjective primary as stress predictors*. Psychology and Aging, 14, 34-43.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a ed. (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I. y Schuler, R.H. (1993). *Stress, role captivity and the cessation of caregiving*. Journal of Health and Social Behavior, 34, 54-70.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J.T., Zarit, S. H. y Withlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Barnes, R. F., Raskind, M. A., Scott, M. y Murphy, C. (1981). *Problems of families caring for Alzheimer patients: Use of a support group*. Journal of the American Geriatrics Society, 29, 2, 80-85.
- Barrera, M. (1986). *Distinctions between social support concepts, measures, and models*. American Journal of Community Psychology, 14, 4 413-445.
- Bazo, M. T. (1998). *El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 33, 1, 49-56.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, R. R. (1981). *World friendship*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Biegel, D. E., Sales, E. y Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.
- Billings, A., Cronkite, R. y Moss, R. (1983). *Social-environmental factors in unipolar depression: Comparison of depressed patients and nondepressed controls*. Journal of Abnormal Psychology, 92, 119-133.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R., y Burgio, L. (1996). *Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes*. International Journal of Aging and Human Development, 43, 35-92.
- Braithwaite, V. (1996a). *Between stressors and outcomes: Can we simplify caregiving process variables*. The Gerontologist, 36, 42-53.
- Braithwaite, V. (1992). *The ageing experience: Loss, threat or challenge?* In P. Heaven (Ed.), *Life span development*. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich (pp. 268-301).

- Braithwaite, V. (1996). *Understanding stress in informal caregiving: Is burden a problem of the individual or of society*. Research on Aging, 18, 139-174.
- Brodaty, H. y Gresham, M. (1989). *The effect of a training programme to reduce stress in cares of patients with dementia*. British Medical Journal, 299,1375-1379.
- Brodaty, H. y Luscombe, G. (1998). *Psychological morbidity in caregivers is associated with depression in patients with dementia*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 12, 62-70.
- Brodaty et al., *Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study*, Br J Psychiatry 2003; 183: 213-219.
- Brownell, et al, 1999. *Mental Health and Criminal Justice Issues Among Perpetrators of Elder Abuse*. Journal of Elder Abuse&Neglect, Vol. 11, Nº 4, 81-94.
- Burgio, L., Corcoran, M., Lichstein, K. L., Nichols, L., Czaja, S., Gallageher-Thompson, D. (2001). *Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: The problems of treatment implementation*. The Gerontologist, 41, 481-487.
- Burton, L. C., Newsom, J. T., Schulz, R., Hirsch, C. H. y German, P. S. (1997). *Preventative health behaviors among spousal caregivers*. Preventative Medicine, 26, 162-169.
- Cantor, M. (1983). *Strain among caregivers: A study of a experience of family caregivers*. The Gerontologist, 23, 6, 597-604.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. Journal of Personality ans Social Psychology, 56, 2, 267-283.
- Chang, C. F. y White-Means, S. I. (1991). *The men who care : An analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home*. The Journal of Applied Gerontology, 10, 343-358.
- Chenoweth, B., Spencer, B. (1986). *Dementia. The experience of family caregivers*. The Gerontologist, 26, 3, 267-272.
- Chiverton, P. and Caine E.D. (1989). *Education to Assist Spouses in Coping with Alzheimer's Disease: A Controlled Trial*. Journal of the American Geriatric Society, 37: 593-598.
- Clipp, E. C y George, L. K. (1990). *Varegiver needs and patterns of social support*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 45, 102-112.
- Cohen, C. I., Teresi, J. y Holmes, D. (1985). *Social networks and adaptation*. The Gerontologist, 25, 3, 297-304.
- Cohen, D. (2000). *Caregiver stress increases the risk of homicide-suicide*. Geriatric Times, 1,1-7.
- Cohen, D. (2002). *Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease*. Family and Professional cares: Findings lead to action,49-54.
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (1998) *Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease*. Journal of the American Geriatrics Society, 36, 885-889.
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (2001). *The Loss of self: A family Resource for Alzheimer's disease and related disorders*. New York: WW Norton.
- Cohen, D., Luchins, D. y Eisdorfer, C. (1990). *Caring for relatives with Alzheimer's disease: The mental health risks to spouses, adult children and other family caregivers*. Behavior, Health, and Aging, 1, 171-182.

- Cohen, S, Kamarck, T. y Mermelstein, R (1983). *A Global Measure of Perceived Stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396
- Cohen, S., Kessler, R. C. y Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Collins, C. y Jones, R. (1997). *Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 1168-1173.
- Cooke, et al. (2001) *Psychological interventions for caregivers of people with dementia: A systematic review*. Aging and Mental Health , 5 (2): 120-135.
- Coryell, W., Endicott, J., Winokur, G., Akiskal. K., Solomon, D., Leon, A., Mueller, T. y Shea, T. (1995). *Characteristics and significance of untreated major depressive disorder*. American Journal of Psychiatry, 15, 1124-1129.
- Crowne, D. P. y Marwe, D. (1960). *A new scale of social desirability independent of psychopathology*. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.
- Cummings, J. L., Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-NH). (2000). *Versión para centros de cuidados crónicos*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 75-83.
- Cummings, J.L. (1994). *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. Neurology, 44 ,2308-2314.
- Cummings, J.L., Ross, W, Absher, J., Gornbein, J. y Hadjiaghai, L. (1995). *Depressive symptoms in Alzheimer disease: Assessment and determinants*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 9, 2, 87-93.
- Czaja, S. J., Eisdorfer, C. y Schulz, R. (2000). *Future directions in caregiving :Implications for intervention research*. En: D. Beigel & A. Blum (Eds), *Innovations in practice and service delivery across the life span* (pp. 295-325). New York :Springer.
- DeBettingnes, B.H., Mahurin, R.K. y Pirozzolo, J.R. (1993). *Functional status in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia: A comparison of patient performance and caregiver report*. Clinical Gerontologist, 12, 31-49.
- Deimling, G. T. y Bass, D. M. (1986). *Symptoms of mental impairment among elderly adults and their caregivers*. Journal of Gerontology, 41, 778-784.
- Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia*. The Gerontologist, 34, 548-552.
- Doriga P.L., Guillen F. (1995). *Aproximación clínica al paciente geriátrico, técnicas de valoración geriátrica, evaluación clínica, funcional, mental y social*. Monografías de actualización en Geriátrica. (Ed) Médicos S.A. Madrid, 1,5-33.
- Drinka, T. J., Smith, J. y Drinka, P. J. (1987). *Correlates of depression and burden for informal caregivers of patients in a geriatrics referral clinic*. Journal of American Geriatrics Society, 35, 522-525.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona: Masson.
- Duck, S. W. Y Craig, R. G. (1978). *Personality, similarity, and the development of friendship: A longitudinal study*. British Journal of Clinical psychology, 17, 237-242.
- Dunlop et al, 2000. *Elder Abuse: Risk Factors and Use of Case Data to Improve Policy and Practice*. Journal of Elder Abuse & Neglect, Vol.12. N° 1, 95 - 122.

- Dura, J. R., Haywood-Niler, E. y Kielcot-Glaser, J. K. (1990). *Spousal caregivers of persons with Alzheimer's and Parkinson's disease dementia: A preliminary comparison*. The Gerontologist, 30, 332-339.
- Dwyer, J.W. y Coward, R.T. (1991). *A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired persons*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 46, 25-269.
- Enright, R. B. (1991). *Caregiving and help received by spouses and adult children of brain-impaired adults*. The Gerontologist, 31, 375-383.
- Feld, S. L. (1982). *Social structural determinants of similarity among associates*. American Sociological Review, 47, 797-801
- Fengler, A. P. y Goodrich, N. (1979). *Wives of elderly disabled men: The hidden patients*. The Gerontologist, 19, 175-183.
- Fingerman, K. L., Gallagher-Thompson, D., Lovett, S. y Rose, J. (1996). *Internal resourcefulness, task demands, coping and dysphoric affect among caregivers of the frail elderly*. International Journal of Aging and Human Development, 42, 229-248.
- Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D. B. (1983). *Social network interactions: A Buffer or a stress*. American Journal of Community Psychology, 11, 4, 423-439.
- Fisher, L. Lieberman, M. A. (2002). *Family support and burden in Alzheimer's disease*. Family and professional carers: Findings lead to action, 31-35.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M.J., y Eastham, J. C. (1986) *Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives*. The Gerontologist, 26, 248-252.
- Flórez Lozano, J. A., Adeva J., García M. C. y Gómez Martín M. P. (1997). *Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos*. Jano, 20-26, 1218, 53-64.
- Förstl, H., y Geiger-Kabisch, C. (1995). *"Alzheimer Angehörigengruppe". Eine systematische Erhebung von Bedürfnissen und Erfahrungen pflegender Angehöriger*. Psychiatric Prax, 22, 68-71.
- Fredriksen, K. I. (1996). *Gender differences in employment and the informal care adults*. Journal of Women and Aging, 8, 35-53.
- Friss, L. R. y Whitlatch, C. J. (1991). *Who's taking care? A statewide study of family caregivers*. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research (Sep-Oct), 16-26.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. y Thompson, L. W. (1989). *Prevalence of depression in family caregivers*. The Gerontologist, 29, 449-456.
- Gallagher, D., Thompson, L., Silven, D., & Priddy, M. (1995). *Problem solving for caregivers: Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.
- Gallagher-Thompson, D. & DeVries, H. M. (1994). *Coping with frustration classes*:
- Gallagher-Thompson, D. W., Coon, D., Rivera, P., Powers, D. y Zeiss, A. M. (1998). *Family caregiving. Stress, coping and intervention*. En Handbook of Clinical Geropsychology, Plenum Press, New York.
- Gallagher-Thompson, D. y Steffen, A. M. (1994). *Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 543-549.
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P. y Thompson, L. W. (2001). *Reducing distress in Hispanic family caregivers using a psychoeducational intervention*. Clinical Gerontologist, 23,17-32.

- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y. y Thompson, L. W. (2003). *Change in Indices of Distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives With Dementia: Site-Specific Results From the REACH National Collaborative Study*. *The Gerontologist*, 43, 4, 580-591.
- Gallagher-Thompson, D., Leary, M. C., Ossinalde, C., Romero, J.J., Wald, M. y Fernandez-Gamarra, E. (1997). *Hispanic caregivers of older adults with dementia: Cultural issues in outreach and intervention*. *Easter Group Psychotherapy Society*, 21,2, 211-232.
- Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J. McKibbin, C., Coon, D. W., Futterman, A., y Thompson, L. W. (2000). *Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers*. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 91-110.
- Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Gantz, F., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L., Arguello, D., Johnson, C., Moorehead, R.S., Polich, Chesney, M. y Gatz, M., Bengtson, V. L., y Blum, M. J. (2000). *Caregiving families*. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 404-426). San Diego: Academic Press.
- Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L. (2000). *Controlling your frustration: A class for caregivers (Leaders Manual and Participant Workbook)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center.
- Gallagher-Thompson, D., Solano, N., Coon, D. & Arean, P. (2003). *Recruitment and retention of Latina dementia family caregivers in intervention research: Issues to face, lessons to learn*. *The Gerontologist*, 43, 45-51.
- Gallagher-Thompson, D., Solano, N., McGee, J. S., Krisztal, E., Kaye, J., Coon, D. y Thompson, L. (2002). *Coping with caregiving: Reducing stress and improving quality of life. Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.
- Gatz, M., Bengtson, V. L. y Blum, M. J. (1990). *Caregiving families*. En J. E. Birren y J.W. Schiaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (3rd.ed). San Diego:Academic Press, Inc.
- Gaugler, J. E., Davey, A., Pearlin, L. I. y Zarit, S. H. (2000). *Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behaviour problems*. *Psychology and Aging*, 15, 3, 437-450.
- George, L. K., Gwyther, L. P. (1986). *Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults*. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Goodman, C. C. (1991). *Perceived social support for caregiving:measuring benefit of sel-help/support group participation*. *Journal of Gerontological Social Work*, 16 (3/4), 163-175.
- Gouldner, H. y Strong M. S. (1987). *Speaking of friendship: Middle-class women and their friends*. Westport, CT: Greenwood press.
- Hadjistavropoulos, T., Taylor, S., Tuokko, H. y Beattie, B. L. (1994). *Neuropsychological deficits , caregivers' perception of deficits and caregiver burden*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 308-314.
- Haley, W. E. y Pardo, K. M. (1989). *Relationship of severity of dementia to caregiving stressors*. *Psychology and Aging*, 4, 389-392.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L. y Bartolucci, A. A. (1987). *Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers*. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.
- Haley, W. E., Levine, E.G., Brown, S. L. Berry, J. W. y Hughes, G. H. (1987). *Psychological , social and health consequences of caring for a relative with senile dementia*. *Journal of American Geriatrics Society*, 35, 405-411.

- Haley, W. F., Ehrbar, L. y Schonwetter, R. (1997). *Family caregiving issues*. En L. Balducci, G.H. Lyman, & W.B. Ershler (Eds.), *Comprehensive geriatric oncology* (pp 805-812). London: Harwood Academic.
- Hightower, et al. 1999. *Meeting the Needs of Abused Older Women? A British Columbia and Yukon Transition House Survey*. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol. 11, N° 4, 39-57.
- Homans, G. (1950). *Social Behavior: It's elementary forms*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Hooker, K., Fraizer, L. D. y Monahan, D. J. (1994). *Personality and coping among caregivers of spouses with dementia*. *The Gerontologist*, 34, 386-392.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Browman, S. R., Fraizer, L. D. y Shifren, K. (1998). *Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, 73-85.
- Horowitz, A. (1985). *Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences*. *The Gerontologist*, 36, 612-617.
- Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M. E. y Dowler, D. (1996). *Caregiving for parents and parents in law. Is gender important?*. *The Gerontologist*, 25, 612-617.
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). *Evaluación del medio del cuidador y del demente*. En Del Ser, T. y Peña-Casanova, J. (Eds.) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.Prous, 201-222.
- Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Izal, M. y Montorio, I. y Díaz-Veiga, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Guía para familiares y cuidadores: IMSERSO.
- Kasper, J. D. y Shore, A. D. (1994). *Cognitive impairment and problem behaviors as risk factors and institutionalization*. *The Journal of Applied Gerontology*, 13, 371-385.
- Katz, I. R. (1998). *Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl.9), 38-44.
- Kennet, J., Burgio, L. y Schulz, R. (2000). *Interventions for in-home caregivers: A Review of research 1990 to present*. En R. Schulz (Ed.) *Handbook of dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 61-125). New York: Springer.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O. J. y Glaser, R. (1991). *Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health*. *Psychosomatic Medicine*, 53, 345-362.
- Knight, B. G., Lutzky, S. M., y Macofsky-Urban, F. (1993). *Ameta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research*. *The Gerontologist*, 33, 240-248.
- Kopito, A. (1989). *The frustrations, gratification, and well-being of dementia caregivers*. *The Gerontologist Society of America*, 29 (2), 166-172.
- Kramer, B. J. y Kipnis, S. *Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden*. *The Gerontologist*, 35, 340-358.
- Krause, N. (1986). *Social support, stress and well-being among older adults*. *Journal of Gerontology*, 41, 4, 512-519.
- Kukull, W. A., Larson, E. B. Reifler, B. V., Lampe, T. H., Terby, M. S., Hughes, J.P. (1990). *The validity of three clinical diagnostic criteria for Alzheimer's disease*. *Neurology*, 40, 1364-1369.

- Lawlor, B. A. (1995). *Behavioral complications in Alzheimer's disease: Clinical Practice* (Rep. No.31). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lawton M. P., Brody E. M. (1969). *Assesment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. The Gerontologist, 9, 9, 179-186.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M. Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). *Measuring caregiving appraisal*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 44, 61-71.
- Lawton, M. P., Moss, M, Kleban, M. H. Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). *A Two factor model of caregiving appraisal and psychological well-being*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46, 181-189.
- Lazarsfeld, P. F. y Merton, R. K.(1954). *Friendship as a social process: A substantive and methodological analysis*. En: Morroe Berger, T. A. & C. H. Page (Eds.), *Freedom and control in modern society*. New York: Litton.
- Lazarus R., y Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. (1984). New York: Springer.
- Lazarus, L. W., Stafford, B., Cooper, K., Cohler, B. y Dysken, M. (1981). *A pilot study of an Alzheimer patients's relatives discussion group*. The Gerontologist, 21, 4, 353-358.
- Lea, M. y Duck, S. W. (1982). *A model for the role of similarity of values in friendship development*. British Journal of Social psychology, 21, 301-310.
- Lévesque, L. y Laurin, L. (1995). *A multidimensional Examination of the psychological and social well-being o caregivers of a demented relative*. Research on Aging, 17, 3, 332-360.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R., Youngren, M. A., & Zeiss, A. (1986). *Control Your Depression*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- Li, L. W., Seltzer, M. M. y Greenberg, J. S. (1999). *Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18 – month longitudinal study*. Psychology and Aging, 14, 206-219.
- Lieberman, M. S. (1979). *Help seeking and self-help groups*. En M.A. Lieberman, L.D. Borman & Associates (Eds.). *Self-Help groups for coping with crisis*, San Francisco: Jossey-Bass, pp 116-149.
- Lin, N. M. Woelfel, M. W. y Light, S. C. (1986). *Buffering the impact of the most important life event*. En: N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.) *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.
- Link, B.G., Mesagno, F.P., Lubner, M.E : y Dohrenwend, B. (1990). *Problems in measuring role strain and social functioning in relationto to psychological symptoms*. Journal of Health and Social Behavior, 31, 354-369.
- Lithwick, M and Beaulieu, 1999. *The Mistreatment of Older Adults: Perpetrator-Victim Relationships and Interventions*. Journal of Elder Abuse&Neglect, Vol. 11, N° 4, 95-112.
- Lutzsky, S. M. y Knight, B.G. (1994). *Explaining gender differences in caregiver distress : The roles of emotional attentiveness and coping styles*. Psychology and Aging, 9, 513-519.
- Lyons, W. (1982). *Coping with cognitive impairment: Some family dynamics and helping roles*. Journal of Gerontological Social Work, 4 (3/4), 3-20.
- Mace, N. L. (1986). *Families : The other side of Alzheimer's. Provider*, 12, 5, 22-25.
- Maddock, D., Klinier, C. y Islam, C. (1998). *Carer needs assessment trial*. Adelaida: Royal district nursing service south Australia.
- Magai, C., Hartung, R. y Cohen, C. I. (1995). *Caregiver distress and behavioral symptoms*. En: *Behavioral complications in Alzheimer's disease*. Lawlor B.A. Washington: American Psychiatric Press Inc.

- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.
- Majerovitz, S. D. (1995). *Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patient with dementia*. Psychology and Aging, 10, 446-457.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier N. y Burns, A. (2000). *Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease*. British Journal of Psychiatry, 176, 557-562.
- Marsden, P. (1988). *Homogeneity in confiding relationships*. Social Networks, 10, 57-76.
- McCallion, P. (1999). *Maintaining communication*. In M.P. Janicki, & A.J. Dalton, (Eds.), *Mental Retardation, Aging and Dementia: A Handbook*, (pp. 261-277).
- McCubbin H. I. Olson, D. H., Larsen A. S. (2000). *Family crisis orientated personal evaluation scales [F COPES]* (1987, 1991). En: Corcoran K. & Fischer J. Measures for clinical practice: A sourcebook. 3rd Ed. (2vols.) NY, Free Pr. V.1, 294-297
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American psychological Association.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free press.
- Miller, B y Montgomery, A. (1990). *Family caregivers and limitations in social activities*. Research on Aging, 12, 72-93.
- Miller, B. y Cafasso, L. (1992). *Gender differences in caregiving: Fact or artifact?*. The Gerontologist, 32, 498-507.
- Mittelman M.S., Roth D.L., Haley W.E., Zarit S.H. (2004). *Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial*. Journal of Gerontology B Psychology Sciences Social Sciences Jan, 59(1), 27-34.
- Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Shulman, E., Steinberg, G., y Levin, B. (1996). *A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease: A randomized trial*. Journal of American Medical Association, 276, 1725-1731.
- Montgomery, R. J. V. (1992). *Gender differences in patterns if child-parent caregiving relationships*. En J.W.Dwyer & R.T. Coward (Eds.) *Gender, families and elder care* (pp.65-83). Newbury Park, CA:Sage.
- Montgomery, R. J. V. y Kamo, Y. (1989). *Parent care by sons and daughters*. En J.A. Mancini (Ed.), *Aging parents and adult children* (pp. 213-227). Lexington, MA: Lexington Books.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea J. G. y Hooyman, N.R. (1985). *Caregiving and the experience of subjective burden*. Family Relations, 34, 19-26.
- Moon, A. And Benton, 2000. *Tolerance of Elder Abuse and Attitudes toward Third-Party Intervention Among African American, Korean American and White Elderly*. Journal of Multicultural Social Work, 8 (3/4), 283-303.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C. y Finney, J. W. (1984). *Health and daily living form manual*. Palo Alto. CA: Department of Veterans Affairs medical Center,.
- Moritz, D. J. Stansilav, S. V y Berkman, L. F. (1989). *The impact of living with cognitively impaired spouse. Depressive symptoms and social functioning*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 44, 17-27.
- Moritz, D. J., Kasl, S. V. y Ostfeld, A. M. (1992). *The health impact of living with cognitively impaired spouse*.

Journal of Aging and Health, 4, 244-267.

Moye, J., Robiner, W. N. y Mackenzie, T. B. (1993). *Depression in Alzheimer patients: Discrepancies between patient and caregiver reports*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 7, 187-201.

Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). *Inventario de situaciones potencialmente estresantes*. Anales de Psicología, 18, 2, 319-331.

Mui, A. C. (1995). *Caring for frail elderly parents: A comparison of adult sons and daughters*. The Gerontologist, 35, 86-93.

Muñoz-Cruzado, M. (1993). *Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes*. Geriátrika, 9, 407-410.

Neal, M. B., Ingersoll-Dayton, B. y Strrels, M. E. (1997). *Gender and relationship differences in caregiving patterns and consequences among employed caregivers*. The Gerontologist, 37, 804-816.

Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S. y Schulz, R. (1999). *Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers*. The Gerontologist, 39, 177-185.

Ory, M., Yee, J., Tennstad, S. y Schulz, R. (2000). *The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers*. En: Handbook of Dementia Caregiving: Evidence-Based Interventions for Family Caregivers, R. Schulz (Ed.) New York: Springer.

Ott, B. R. y Fogel, B. S. (1992). *Measurement of depression in dementia: Self versus clinician rating*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 7, 899-904.

Padierna, J. A. (1993). *Apoyo asistencial a los familiares de los enfermos de Alzheimer. La carga familiar*. Zerbitzuan, 22, 47-53.

Parks, S. H. y Pilisuk, M. (1991). *Caregiver burden: Gender and the psychological costs of caregiving*. American Journal of Orthopsychiatry, 61, 501-509.

Paveza, G., Cohen, D., Eisdorfer, C. (1992). *Severe family violence and Alzheimers' disease: Prevalence and risk factors*. The Gerontologist, 32, 493-497.

Pearlin, L. I. (1994). *Conceptual strategies for the study of caregiver stress*. En: Light, E., Niederehe, G. & Lebowitz B.D (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. Nueva York: Springer.

Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). *The structure of coping*. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. y Mullan, J. T. (1981). *The stress process*. Journal of Health and social Behavior, 22, 337-356.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. y Skaff, M. (1990). *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*. The Gerontologist, 30, 583-594.

Pérez Trullén, J. M., Abanto, J. y Labarta, J. (1996). *El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)*. Atención primaria, 18, 4, 82-98.

Poulshock, S. y Diemling, G. (1984). *Families caring for elders in residence: issues on measurement of burden*. Journal of Gerontology, 39, 230-239.

Powers, D. V., Gallagher-Thompson, D. y Kraemer, H. C. (2002). *Coping and depression in Alzheimer's caregivers: Longitudinal evidence of stability*. Journal of Gerontology, 57B, (3), 205-211.

Pratt, C., Schmall, V., Wright, S. y Cleland, M. (1985). *Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients*. Family Reactions, 34, 27-33.

- Pruchno, R. A. y Potashnik, S.L. (1989). *Caregiving spouses: Pshysical and mental health in perspective*. Journal of the American Geriatrics Society, 37, 697-705.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Aberrant behaviours and Alzheimer Disease: Mental health effects on spouse caregivers*. Journal of Gerontology, 44, S177-182.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden*. The Gerontologist, 29, 19-65.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Mental health of caregivers spouses: Coping as mediator, moderator or main effect?*. Psychology and Aging, 4, (4), 454-463.
- Pruchno, R. A., Kleban, M., Michaels, J. y Dempsey, N. (1990). *Mental and physical health of caregiving spouses: Development of a causal model*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45,192-199.
- Quayhagen M, Quayhagen MP, Corbeil RR, Hendrix RC, Jackson JE, Snyder L, Bower D, *Coping with Dementia: Evaluation of Four Nonpharmacologic Interventions*, International Psychogeriatrics. 2000; 12(2): 249-265.
- Quayhagen, M. P. y Quayhagen, M. (1988). *Alzheimer´s stress: Coping with caregiver role*. The Gerontologist, 28, 391-396.
- Radloff, L. S. (1977). *The CES-D Scale: A self – report depression scale for research in the general population*. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401
- Rankin, E. D., Haut, M.W. y Keefover, R. W. (1992). *Clinical Assessment of Family Caregivers in Dementia*. The Gerontologist, 32,(6), 813-821.
- Redinbaugh, E. M., MacCallum, R. C y Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). *Recurrent syndromal depression in caregivers*. Psychology and Aging, 10, 658-368.
- Reifler, B. V. Y Wu, S. (1982). *Managing families of demented elderly*. Journal of Family Practice, 14, 6, 1051-1056.
- Reig, A., Ribera, D. y Miquel, J. (1991). *Psychosocial support groups and daily stress in noninstitutionalized elderly*. Psychological Assessment, 7, 191-200
- Rose-Rego, S.K., Strauss, M.E. y Smyth, K.A. (1998). *Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer´s disease*. The Gerontologist, 38, 224-230.
- Roth, D. L., Haley, W. E., Owen J. E., Clay, J. y Goode, K. T. (2001). *Latent Growth Models of the Longitudinal Effects of dementia caregiving. A comparison of African American and white family caregivers*. Psychology and Aging,16,(3), 427-436.
- Salgado A. y Alarcón, M. T. (1993). *Importancia de la valoración geriátrica, valoración médica, funcional y del estado mental en el anciano*. En: A. Salgado, & M.T. Alarcón *Valoración del paciente anciano*. (Ed.), Masson S.A. Barcelona, 2-99.
- Schultz, R. y Williamson, G. M. (1991). *A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer´s caregivers*. Psychology and Aging, 6, 569-579.
- Schulz, O´Braien, A.T. Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). *Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence correlates and causes*. The Gerontologist, 35, 771-791.
- Schulz, R., Visintainer, P., y Williamson, G. M. (1990). *Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving*. Journal of Gerontology: Psychological Studies, 45,181-191.

- Scott, J. P., Roberto, K. A. y Hutton, J. T. (1986). *Families of Alzheimer's victims. Family support to the caregivers*. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 5, 348-354.
- Seltzer, M. M. y Li L. W. (2000). *The dynamics of caregiving: Transition during a three-year prospective study*. The Gerontological Society of America, 40,(2),165-178.
- Shibbal-Champagne, S. y Lipinska-Stachow, D. M. (1986). *Alzheimer's educational/support group: Considerations for succes-awareness of family tasks, pre-planning, and active professional facilitation*. Journal of Gerontological Social Work, 9, 2, 41-48.
- Simank, M. H. y Strickland, K. J. (1986). *Assisting families in coping with alzheimer's disease and other related dementias with the stablishment of mutual support group*. Journal of Gerontological Social Work, 9, 2, 49-58.
- Singer, E. (1981). *Reference groups and social evaluations*. En: M. Rosemberg & R. Turner (Eds.), *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York: Basic Books.
- Skaff, MM, Pearlin, LI, & Mullan, JT (1996) *Transitions in the Caregiving Career: Effects on Sense of Mastery* Psychology and Aging , 11, 2, 247-257.
- Solano, N., Cardenas, V., Day, y Gallagher-Thompson, D. (2002). *Reduciendo su tensión y mejorando su calidad de vida: una clase para cuidadores (manual)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center and Stanford University School of Medicine.
- Sthepens, M. A. y Zarit, S. H. (1989). *Symposium : Family caregiving to dependent older adults: Stress, appraisal, and coping*. Psychology and Aging, 4, 387-388.
- Stoller, E. P. (1990). *Males as helpers: The role of sons, relatives and friends*. The Gerontologist, 30, 228-235.
- Stuckey, J. C., Neundorfer, M. M. y Smyth, K. A. (1996). *Burden and well-being: The same coin or related currency?*. The Gerontologist, 36, 686-693.
- Suitor, J. J. (1987). *Friendship networks in transition: Married mothers return to school*. Journal of Social and Personal Relationships, 4, 445-461.
- Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1993). *Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia*. Journal of Gerontology, 48,1, 1-8.
- Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1994). *Family caregiving and marital satisfaction: Findings from one-year panel study of women caring for patients with dementia*. Journal of Marriage and the Family, 56, 681-690.
- Talkington-Boyer, S. y Snyder, D. K. (1994). *Assessing impact on family caregiver to Alzheimer's disease patients*. American Journal of Family Therapy, 22, 57-66.
- Tennstedt, S.L, Crwford, S. Y McKinlay, J.B. (1993). *Determining the pattern of community care: Is coresidence more important than caregiver relationship?*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 48, 74-83.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J. (1997). *Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled trial*. Journal of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences, 52B, 159-166.
- Thompson, C. y Spilsbury, K. *Support for carers of people with Alzheimer's type dementia (Cochrane review)*. Family and Professional cares: Findings lead to action, 115-119.
- Toseland, R. W. y Rossiter, C. (1989), *Group intervention to support caregivers: A review and analysis*. The Gerontologist, 29, 438-448.

- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G. y Bass, D. (1989). *Longitudinal impact of interhousehold caregivers on adult children's mental health*. *Psychology and Aging*, 4, 393-401.
- Vinton, 1998. *A Nationwide Survey of Domestic Violence Shelters` Programming for Older Women*. *Violence Against Women*, Vol.4, N° 5, 559-571.
- Vitaliano, P. P. Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. y Becker, J. D. (1985). *The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties*. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Heather M., Teri., L. y Maiuro, D. (1991). *Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease*. *Psychology and Aging*, 6, 3, 392-402.
- Vladescu, et al 1999. *An Evaluation of a Client-Centered Case Management Program for Elder Abuse*. *Journal of Elder Abuse&Neglect*, Vol. 11. N° 4, 5-22.
- Walker, A. J., Acocq, A. C., Bowman, S. R. y Li, F. (1996). *Amount of care given and caregiving satisfaction: A latent growth curve analysis*. *Journal of Gerontology*, 51, 130-142.
- Ward, R. A. (1985). *Informal networks and well-being in later life: a research agenda*. *The Gerontologist*, 25, 1, 55-61.
- Weiner, B., Graham, S. y Chandler, C. (1982). *Pity, anger, and guilt: an attributional analysis*. *Personality and social Psychology Bulletin*, 8, 226-232.
- Weiner, B., Perry, R.P. y Magnusson, J. (1988). *An attributional analysis of reactions to stigmas*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Wellman, B. y Wortley, S. (1990). *Different strokes from different strokes: Community ties and social support*. *American Journal of Sociology*, 96, 558-588.
- Williamson, G. M y Schulz, R. (1990). *Relationship orientation quality of prior relationship and distress among Alzheimer's patients*. *Psychology and Aging*, 5, 502-509.
- Williamson, G. M. y Schulz, R. (1993). *Coping with specific stressors in Alzheimer's Disease caregiving*. *The Gerontologist*, 33, 747-755.
- Wolf, 1999. *Elder Shelters: U.S., Canada, and Japan. (Available from the National Center on Elder Abuse, (202) 898-2586)*.
- Wolf, R. and Pillemer, 1997. *The Older Battered Women: Wives and Mothers Compared*. *Journal of Mental Health and Aging*. Vol.3, N° 3, 325-336.
- Wragg, R. y Jeste, D. (1989). *Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease*. *American Journal of Psychiatry*, 146, 557-587.
- Yates, Mary Ellen, Sharon Tennstedt, and Bei-Hung Chang. 1999. *Contributors to and Mediators of Psychological Well-Being for Informal Caregivers*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 54B:P12-P22.
- Yee, J. L. y Schulz, R. (2000). *Gender Differences in Psychiatric Morbidity among Family Caregivers: A Review and Analysis*. *The Gerontologist*, 40, 2,147-164.
- Young, M. y Willmott, P. (1957). *Family and kinship in East London*. Baltimore, MD: Penguin.
- Young, R. F. y Kahana, E. (1989). *Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain*. *The Gerontologist*, 29, 660-666.

Zarit, S. H. , Anthony, C. R. y Boutselis, M. (1987). *Interventions with caregivers of dementia patients. Comparison of two approaches*. Psychology and Aging, 2, 3, 225-232.

Zarit, S. H. y Zarit, J. M. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. The Gerontologist, 20, 649-654.

Zarit, S.H., Reever, K. y Bach-Patterson, J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. The Gerontologist, 20, 649-655.

Zarit, S.H., Todd P.A., Zarit J.M. (1986). *Subjective burden of husbands and wives as caregivers. A longitudinal study*. The Gerontologist, 26, 260-266.