

# Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes

A. Losada-Baltar<sup>a</sup> e I. Montorio-Cerrato<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Doctor en Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. España.

<sup>b</sup>Doctor en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

## RESUMEN

Las intervenciones psicoeducativas son consideradas como uno de los procedimientos más efectivos para reducir el malestar de los cuidadores. Sin embargo, y a pesar de que mediante ellas se obtiene beneficios significativos para la salud de los cuidadores, es un hecho aceptado que su éxito ha sido limitado. En este trabajo se analizan diferentes limitaciones de las intervenciones que han sido señaladas en la bibliografía y se propone diferentes vías de mejora de los programas, como ajustar las intervenciones a modelos teóricos respaldados empíricamente, mejorar el diseño y evaluar la implementación de las intervenciones. Además, son especialmente necesarios estudios rigurosos realizados con población de habla hispana con tamaños muestrales amplios que permitan obtener información sobre la eficacia de los programas para cuidadores. Se destaca, finalmente, la necesidad de una convergencia entre servicios formales e informales que mejore la atención disponible al colectivo de los cuidadores de personas mayores dependientes.

## Palabras clave

Cuidadores. Demencia. Diseño. Evaluación. Implementación de la intervención. Intervención. Programa psicoeducativo. Personas mayores.

## **Past, present and future of psychoeducational interventions of family caregivers for dependent elderly people**

## ABSTRACT

Psychoeducational interventions are considered to be one of the most effective procedures for reducing caregiver distress. Although these interventions can produce significant positive effects in caregivers' health, it is generally accepted that their success is limited. Several limitations of these interventions that have been pointed out in the literature are analyzed in the present article. In addition, ways to improve the interventions are suggested (adjusting the interventions to solid theoretical frameworks, improving their designs, and assessing treatment implementation). Moreover, intervention

studies with extensive samples of Spanish speaking caregivers that would provide information about the efficacy of the intervention programs are needed. Finally, the need for convergence between formal and informal services in order to improve the assistance received by caregivers is emphasized.

## Key words

Caregivers. Dementia. Design. Assessment. Treatment implementation. Intervention. Psychoeducational program. The elderly.

## INTRODUCCIÓN

La década de los años ochenta significó el comienzo del estudio empírico de intervenciones dirigidas a familiares cuidadores de ancianos dependientes, lo que dio lugar a una importante cantidad de estudios y publicaciones que han intentado establecer las ventajas y eficacia de este tipo de ayuda a los cuidadores<sup>1</sup>. Estas intervenciones no han sido homogéneas sino que han admitido una amplia variedad de contenidos y formatos de actuación, al mismo tiempo que, de modo general, han surgido desde diferentes concepciones teóricas y ámbitos aplicados. También, se han descrito distintos intentos de establecer taxonomías de intervención con cuidadores que, lejos de aportar claridad conceptual, se han limitado a listar o combinar diversas intervenciones. Se ha clasificado las intervenciones con cuidadores en torno a las siguientes categorías<sup>2</sup>: grupos de apoyo mutuo o autoayuda, intervenciones psicoeducativas, programas de intervención clínica, programas multimodales —que incluirían una o varias de las anteriores combinadas con servicios formales de respiro— y otros tipos de ayuda entre los que los basados en las nuevas tecnologías serían los de mayor novedad.

Junto a los anteriores, los servicios de respiro, definidos como servicios comunitarios de duración limitada para personas mayores que precisan apoyo continuado para realizar actividades de la vida diaria y que comparten la responsabilidad del cuidado con los familiares u otros cuidadores, serían de extremada utilidad para la población de cuidadores. Estos recursos comunitarios cumplirían la

Correspondencia: A. Losada-Baltar.  
Facultad de Ciencias de la Salud. Edificio Departamental II.  
Avda. de Atenas, s/n. 28922 Alcorcón. Madrid. España.  
Correo electrónico: andres.losada@urjc.es

función de aliviar temporalmente de la carga del cuidado a los cuidadores y les permite tomarse unas vacaciones, visitar a la familia, recibir cuidados médicos, atender necesidades personales, realizar una actividad laboral o simplemente descansar.

Los programas psicoeducativos, objeto central de este trabajo, tienen como objetivo general, por una parte, disminuir la carga que experimentan las personas que cuidan a ancianos dependientes, el estrés y malestar asociados al cuidado y, por otra parte, mejorar la calidad de los cuidados que reciben estos ancianos<sup>1</sup>. A su vez, los objetivos específicos serían educar sobre la enfermedad y consecuencias asociadas a ésta, proporcionar herramientas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento del problema para cuidarse mejor y cuidar mejor, así como proporcionar información sobre recursos específicos. Además, en el caso de que existan problemas de conducta, generalmente consecuencia de presentar una demencia, facilita educar en el manejo de tales problemas.

### ¿SON EFICACES LAS INTERVENCIONES PARA CUIDADORES?

Una reciente revisión sobre intervenciones psicoeducativas con cuidadores informales de personas con demencia en estudios nacionales e internacionales ha permitido conocer algunas interesantes conclusiones generales acerca de su eficacia<sup>3</sup> que se enumeran a continuación:

1. Los cuidadores pueden aprender habilidades y estrategias dirigidas a reducir la aparición, la frecuencia o la intensidad de comportamientos problemáticos asociados con la demencia<sup>4,5</sup>.
2. Los cuidadores obtienen beneficios psicológicos, evaluados mediante entrevistas y autoinformes, y cambios en las medidas de salud física en la respuesta inmunitaria<sup>6,7</sup>.
3. La participación de los cuidadores en programas psicoeducativos puede tener efectos positivos para las personas cuidadas, ya que puede disminuir la frecuencia y/o intensidad de problemas de conducta asociados a la demencia<sup>8</sup>.
4. Se puede retrasar el ingreso del familiar con demencia en una residencia<sup>9</sup>.

Paralelamente a esta visión positiva de los programas para cuidadores, actualmente también es un hecho aceptado que su éxito ha sido limitado<sup>10,11</sup>. A pesar de que se ha producido una importante evolución en el diseño y la evaluación de los programas de intervención para los cuidadores, desde los primeros estudios realizados<sup>12</sup> hasta los trabajos más recientes basados en entrenamientos específicos de habilidades y diseños y evaluaciones más rigurosas<sup>13</sup>, la realidad es que el avance en términos de eficacia no se ha correspondido con el avance en el mé-

todo. Así, aunque hay un número importante de intervenciones en las que se ha obtenido resultados positivos, en otros no se obtiene los efectos esperados de las intervenciones o se obtiene resultados contrarios a lo esperado, esto es, un aumento del malestar tras la intervención o incluso, en algunos, los resultados obtenidos son de difícil interpretación. Además, aunque algunos trabajos obtienen resultados significativos en la fase de seguimiento<sup>14-16</sup>, en otros los efectos de la intervención se atenúan o incluso desaparecen<sup>8</sup>.

En resumen, el tamaño del efecto de las intervenciones con cuidadores es, aunque significativo, pequeño o moderado cuando se examina los últimos 10 años de evidencia empírica. Así, Sørensen et al<sup>10</sup> encontraron que el tamaño del efecto de diferentes intervenciones con cuidadores varía entre 0,14 y 0,41. Estos datos son similares a los previamente informados por Knight et al<sup>17</sup>, quienes, para programas grupales, encontraron un tamaño del efecto que variaba entre 0,15 (relativo a la carga del cuidador) y 0,31 (relativo a otras medidas emocionales), y para intervenciones individuales encontraron un tamaño del efecto algo superior, de 0,41 para la carga y de 0,58 para otras variables emocionales. Un metaanálisis dirigido específicamente a evaluar el efecto de diferentes intervenciones en la carga del cuidador ha encontrado que las intervenciones, en conjunto, no tienen efectos en la carga<sup>18</sup>. Brodaty et al<sup>19</sup> muestran resultados similares, ya que únicamente un trabajo, de los 20 en los que se evaluaba la carga, encontró cambios significativos positivos tras la intervención. Es importante señalar que en estos trabajos se ha incluido tanto intervenciones educativas como de respiro, autoayuda o psicoeducativas. De éstas, las intervenciones que han resultado menos eficaces son las de autoayuda, programas breves educativos o intervenciones breves o cursos que no proporcionaban un contacto durante un tiempo prolongado<sup>19</sup>. Las intervenciones más eficaces, de acuerdo con Sørensen et al<sup>10</sup>, son las psicoterapéuticas y las psicoeducativas.

Se han señalado diferentes limitaciones que podrían estar afectando a la eficacia de los programas. Las principales limitaciones de estos programas de intervención hacen referencia, en términos generales, a:

1. El mayoritario enfoque clínico de las intervenciones, sin referencias, en la mayoría de los casos, o inexistencia de un ajuste de las intervenciones a un modelo teórico de partida que justifique los contenidos de los programas y que permita identificar los mecanismos de acción de las intervenciones<sup>11,20</sup>.
2. La falta de justificación o inexistencia, en la mayoría de los casos, de una metodología de intervención rigurosa que permita conocer las características de la intervención y generalizar sus resultados<sup>21,22</sup>.
3. No utilizar procedimientos de evaluación sensibles al proceso de la intervención<sup>23</sup>.

## NECESIDAD DE AJUSTE DE LAS INTERVENCIONES A UN MARCO TEÓRICO Y EMPÍRICO AMPLIO

Las hipótesis de partida de la mayor parte de los estudios se plantean en términos generales, y no se informa en la mayoría de los casos de cuáles son las razones que justifican por qué una intervención ha tenido éxito o se hipotetiza que tendrá éxito, y en qué resultados concretos. En cualquier caso, en la mayoría de los estudios sobre intervenciones publicados son escasas las referencias a los planteamientos teóricos sobre las que se desarrollan<sup>21</sup>. De acuerdo con Gitlin et al<sup>20</sup>, esta inexistencia de una referencia a un modelo teórico es una de las cuestiones fundamentales que ha impedido la documentación, la generalización y la mejora de los resultados obtenidos mediante las intervenciones y, por lo tanto, su implementación en otros escenarios. Esta idea tiene que ver con la poca importancia que se le ha concedido al estudio de los mecanismos de acción de una intervención. Aunque en algunos estudios se señala que las intervenciones están basadas en modelos teóricos como el del estrés<sup>24</sup>, el modelo teórico del aprendizaje social de Lewinsohn<sup>25</sup>, aplicado en intervenciones dirigidas a aumentar la realización de actividades agradables<sup>26</sup>; en la teoría del apoyo de barrera<sup>27</sup>, como la llevada a cabo por Goodman y Pynoos<sup>28</sup>; en los planteamientos teóricos cognitivos como la solución de problemas de D'Zurilla<sup>29</sup>, reflejado en el trabajo de Gallagher-Thompson et al<sup>26</sup>, o en la teoría cognitiva<sup>30</sup>, reflejado en intervenciones como la llevada a cabo por Gallagher-Thompson et al<sup>31</sup>; la realidad es que el análisis que se realiza de ellas no se lleva a cabo en la mayoría de los casos de acuerdo con los mecanismos de acción postulados por los modelos.

Así, en la mayoría de los estudios no se justifica empíricamente la relación entre la participación en un programa de intervención y el cambio que debería producirse en el cuidador o en la persona cuidada tras haber participado en el programa. De esta manera, es difícil guiar la planificación y la realización de intervenciones futuras orientadas a mejorar las hasta ahora realizadas<sup>21</sup>. Estos planteamientos teóricos deberían dar cuenta de las relaciones causales entre las variables aludiendo a su efecto como variables moderadoras o como variables mediadoras. Así, por ejemplo, tal y como plantean Schulz et al<sup>22</sup>, en función del nivel del modelo de estrés en el que se pretenda intervenir (determinado a partir de la evaluación de las necesidades particulares de los cuidadores que participen en la intervención), se pueden plantear diferentes intervenciones. De esta forma, las intervenciones dirigidas a modificar el ambiente físico y/o social o a entrenar habilidades para cuidar mejor actuarían en los «estresores», las intervenciones dirigidas a proporcionar información, educación y/o modificar las habilidades cognitivas de los cuidadores actuarían en la percepción de los estresores y las intervenciones dirigidas a manejar el afecto de los cuidadores actuarían en la respuesta emocional del cuidador.

## METODOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES

Alguna de las deficiencias metodológicas se relacionan con los objetivos, los contenidos, la selección de la muestra o la modalidad de intervención.

Los objetivos de una intervención psicoeducativa con cuidadores de personas mayores hay que plantearlos teniendo en cuenta que el contexto del cuidado incluye a personas que frecuentemente presentan una condición degenerativa progresiva. En el caso de la demencia, las intervenciones no deberían tener como objetivo detener el curso de la demencia —aunque sí aminorarlo—, ni pueden aliviar aspectos dolorosos inherentes a la situación, tales como los sentimientos de pérdida experimentados por los cuidadores<sup>32</sup>. Por lo tanto, no es razonable esperar cambios positivos intensos a partir de las intervenciones y, como mucho, deben esperarse cambios modestos o que no haya empeoramiento, en comparación con un grupo control<sup>2</sup>. Lo que quizás es más importante, el éxito de una intervención dependerá en gran medida de si los objetivos son consistentes con las expectativas de los cuidadores<sup>11</sup>. Mientras que muchos cuidadores mantienen una esperanza de «curación», las intervenciones basadas en «lo que es posible» no serán efectivas cuando los cuidadores esperen de ellas «lo imposible»<sup>11</sup>.

Se ha señalado que los programas de intervención generalmente contienen un excesivo número de contenidos, por lo que, considerando la duración global de las intervenciones, el tiempo dedicado a cada uno de los componentes impide trabajarlos de forma suficiente y que se consolide el aprendizaje de habilidades referidas a cada uno de ellos<sup>17</sup>. En este sentido, la creencia de «cuanto más mejor» parece ser cuestionada, por lo que las intervenciones psicoeducativas con cuidadores podrían ser más efectivas si se dedica mayor tiempo al entrenamiento de habilidades, bien aumentando el tiempo dedicado al programa de intervención, bien reduciendo el número de habilidades entrenadas. Algunos otros aspectos metodológicos que repercuten en la eficacia de los programas de intervención hacen referencia a las características de los participantes en las intervenciones (p. ej., parentesco entre cuidador y persona cuidada), cómo han sido seleccionados (p. ej., aleatoriamente frente a muestra de conveniencia), si hay un grupo control de comparación, el formato de la intervención (p. ej., grupal frente a individual), la intensidad de la intervención (p. ej., número de horas dedicadas al entrenamiento de una técnica), el canal de la intervención (p. ej., nuevas tecnologías frente a «cara a cara»), si hubo una evaluación «ciega» de los participantes y el grado de mortalidad estadística obtenido en las intervenciones.

Finalmente, hay que señalar que resulta muy difícil realizar comparaciones directas de los estudios de eficacia de las intervenciones existentes dadas las diferencias entre ellas respecto del procedimiento empleado<sup>10</sup>. Las intervenciones pueden diferenciarse unas de otras en las

características de los sujetos que participan en ellas, el procedimiento de selección de los sujetos, la inclusión o no de un grupo control, el formato, la intensidad y el canal de la intervención, las características de los evaluadores y los datos de mortalidad estadística de cada intervención.

## EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

La importancia de evaluar tanto aspectos relativos a la concreción de los objetivos de un programa como al proceso de su implementación ha sido destacada con frecuencia en las publicaciones relacionadas con el cuidado<sup>22</sup>. La mayoría de las investigaciones sobre intervenciones con cuidadores han centrado la evaluación de su eficacia en la utilización de criterios tradicionales a partir de los cuales se evalúa si se han producido cambios estadísticos significativos tras la intervención o tras el seguimiento en variables relativas a la salud psicológica, como la depresión, el estrés o la carga<sup>33</sup> o variables que evalúan la adquisición de habilidades y/o conocimientos, y se ha señalado que estas últimas son más sensibles al cambio que las primeras<sup>10</sup>. Además, aunque casi siempre se incluyan medidas de depresión y carga, los instrumentos utilizados para evaluarlas son variados, y algunos de ellos sólo informan de puntuaciones globales y evalúan constructos multidimensionales (p. ej., carga)<sup>10</sup>.

La selección de unas variables u otras y los instrumentos mediante los cuales evaluarlas puede tener un impacto nada despreciable en los resultados<sup>2,34</sup>. Así, se ha señalado que algunos instrumentos pueden tener mayor sensibilidad al cambio que otros, y se concluye que la elección de unos instrumentos u otros a la hora de diseñar la intervención no debe ser arbitraria, y debe estar guiada tanto por criterios teóricos como empíricos. Éste sería el caso, por ejemplo, de la escala de carga de Zarit<sup>35</sup>, escala que no se muestra sensible al cambio a partir de intervenciones psicosociales<sup>17,36</sup>. En este mismo sentido, un reciente metaanálisis destaca que la medida de carga puede no ser la mejor medida de resultado a la hora de demostrar la efectividad de las intervenciones con cuidadores<sup>18</sup>.

Por otra parte, de acuerdo con Knight et al<sup>17</sup>, siempre que sea posible deben utilizarse medidas de uso habitual con el fin de facilitar la generalizabilidad de los estudios y aumentar por tanto el conocimiento científico sobre el tema de estudio, y la selección concreta de las medidas se determinará por los efectos previstos de la intervención<sup>11</sup>. Por ejemplo, ya que una intervención de *counselling* afectará con mayor probabilidad al malestar emocional y menos a medidas relacionadas con carga objetiva de trabajo o medidas de salud física, se debería seleccionar variables sensibles a este tipo de intervención como, por ejemplo, el bienestar subjetivo, la depresión o la ansiedad.

Además, las intervenciones conductuales o sociales no pueden detener el curso de la demencia, ni pueden aliviar

aspectos dolorosos inherentes a la situación, tales como los sentimientos de pérdida experimentados por los cuidadores. Por lo tanto, aunque la mayoría de los estudios sobre cuidadores utilizan frecuentemente medidas de sintomatología depresiva como variable de resultado, existen diferentes razones por las que la depresión u otras variables relativas al malestar emocional pueden no ser indicadores sensibles al cambio en las intervenciones. Tal y como señalan Gottlieb et al<sup>37</sup>, «dadas las múltiples y estresantes demandas y los desafíos implicados en el cuidado de un familiar con demencia y dadas las futuras amenazas que acompañan al conocimiento de la naturaleza deteriorante del curso de la enfermedad, ¿es realmente asombroso que los cuidadores experimenten depresión?». En este sentido, salvo excepciones<sup>13</sup>, la mayoría de los estudios de intervención realizados con cuidadores no han considerado variables relativas a los comportamientos saludables, aspectos positivos del cuidado, bienestar, calidad del cuidado prestado, tiempo libre obtenido para el cuidador u otras variables como la autoeficacia.

En resumen, tal y como señalan Montorio et al<sup>1</sup>, la selección de indicadores sensibles a los efectos de los programas contribuirá notablemente a mejorar el diseño de éstos y a precisar sus contenidos. Esta selección debe estar basada en los objetivos y contenidos del programa de intervención. Concretamente, si la intervención pretende que los cuidadores mejoren sus estrategias para manejar el estrés, además de considerar el efecto del programa en el grado de estrés que los cuidadores experimentan, se debería obtener información acerca de las destrezas conductuales que éstos han adquirido para manejarlo y de los efectos que tal aprendizaje ha producido en el comportamiento de las personas que cuidan.

Por último, mientras que durante las intervenciones con cuidadores éstos proporcionan respuestas que animan a continuar planificándolas (p. ej., «¿por qué no se realiza más programas de este tipo?»), sin embargo, no se encuentran los mismos resultados mediante las medidas de evaluación tradicionales (sintomatología depresiva, estrés, carga, etc.). Estos resultados contradictorios plantean un dilema importante a los profesionales que se dedican a este tema, ya que conocen que los programas pueden ser extremadamente útiles para los cuidadores, pero no pueden demostrarlo convincentemente mediante la utilización de medidas estándar de resultados. Es por este motivo que en la actualidad se destaca la importancia de evaluar otras dimensiones relacionadas con la eficacia de las intervenciones, y que hacen referencia a la evaluación de la significación clínica y del proceso de intervención<sup>38</sup>.

## Significación clínica

Las conclusiones sobre el impacto de los programas de intervención con cuidadores están basadas en la significación estadística o en el tamaño del efecto con respecto

a la eficacia de una intervención para la reducción de niveles de malestar como, por ejemplo, la depresión. Sin embargo, estas medidas no reflejan la relevancia clínica de los resultados, es decir, el grado en que el tratamiento produce un cambio suficiente para la persona o la sociedad<sup>37</sup>. En el marco de la discusión sobre las terapias psicológicas empíricamente validadas, Chambless y Hollon<sup>39</sup> señalan que no es un argumento suficiente para considerar un tratamiento útil la referencia a si sus efectos son estadísticamente significativos. Deben ser, además, clínicamente significativos.

Una reciente revisión de las intervenciones con cuidadores de personas con demencia utiliza cuatro criterios para analizar la significación clínica de las intervenciones<sup>40</sup>: a) si las intervenciones reducen la sintomatología a unos grados de funcionamiento «normal»; b) si las intervenciones mejoran la calidad de vida de los cuidadores; c) la significación social de las intervenciones, y d) la validez social, que hace referencia a si los resultados son aceptables de acuerdo con criterios de los cuidadores o de expertos y cuál es su impacto en la vida de los cuidadores.

### Evaluación de la implementación de la intervención

Los especialistas en cuidado señalan con frecuencia que sus «buenos consejos» no son aceptados o utilizados por los cuidadores, incluso cuando éstos están de acuerdo con que son aceptables y necesarios<sup>33</sup>. En parte debido a este hecho, se ha destacado la importancia de atender a la evaluación de diferentes aspectos relacionados con el proceso de la intervención. En concreto, se recomienda no sólo utilizar procedimientos tradicionales, sino también valorar si la implementación de la intervención se llevó a cabo tal y como estaba planeada y si existen cuestiones no esperadas que han podido afectar a la efectividad del programa<sup>11</sup>. Desafortunadamente, muy pocos estudios han considerado en qué medida la intervención se ha implementado adecuadamente<sup>17</sup>.

Mediante procedimientos para evaluar cómo se implementa la intervención<sup>3,23</sup> es posible valorar no sólo la eficacia global de la intervención (esto es, si ha tenido éxito o no), sino también a qué se puede atribuir esta eficacia y si se puede realizar modificaciones que maximicen tal eficacia. Este tipo de procedimientos es esencial de cara a obtener conclusiones correctas sobre las consecuencias de un programa de intervención y permitirá a otros investigadores replicar las intervenciones. De acuerdo con Lichstein y otros<sup>41</sup>, se debe valorar 3 aspectos fundamentales de la implementación de la intervención:

1. Transmisión de la intervención: hace referencia a la actuación del terapeuta y/o el coterapeuta. Específicamente, se refiere a si la intervención se ha presentado a los participantes de la forma prevista.

2. Recepción de la intervención: hace referencia al grado en que los participantes han recibido la intervención

según lo previsto, de acuerdo con criterios de maestría en los conceptos y/o habilidades enseñadas.

3. Generalización de la intervención: hace referencia al grado en que los participantes demuestran cambios en su comportamiento relacionados con la intervención en el contexto natural del cuidado. Esto es, responde a la pregunta de si el cuidador utiliza adecuadamente en su vida las habilidades y el conocimiento que definen la intervención.

### ESTADO DE LAS INTERVENCIONES PARA CUIDADORES EN ESPAÑA

A continuación se describen los trabajos de investigación publicados con muestras de cuidadores españoles relativos a intervenciones para cuidadores a los que se ha podido tener acceso, bien por búsquedas en bases de datos especializadas (p. ej., Psycinfo y Medline), bien por medio de la revisión de revistas especializadas o listados de referencias bibliográficas de trabajos publicados, o por terceras fuentes (tabla 1). Igualmente, en algunos trabajos también se han descrito intervenciones de caso único en las que, por una adecuada convergencia entre los recursos de apoyo formal y apoyo informal, se pueden obtener beneficios importantes para el bienestar tanto de las personas cuidadas como de los cuidadores<sup>50</sup>. Es importante destacar que existen iniciativas tanto públicas como privadas<sup>51-53</sup>, dirigidas a atender a los cuidadores, cuyos resultados no están fácilmente disponibles y que sin duda contribuirían a facilitar un análisis más certero de cuál es la situación de las intervenciones con cuidadores en nuestro contexto.

Como se puede observar, el número de intervenciones empíricas publicadas de las que se ha podido disponer es muy escaso y varían en múltiples cuestiones. Así, por ejemplo, mientras que en algunos casos el tamaño de la muestra es muy escaso, en otros se puede considerar aceptable si se tiene en cuenta la dificultad para contactar con los cuidadores y para que éstos dediquen parte de su tiempo a acudir a las entrevistas. Hay importantes diferencias entre intervenciones en lo relativo al diseño y la metodología empleada. En algunos casos se han realizado esfuerzos para aleatorizar la distribución de los cuidadores para realizar evaluaciones de seguimiento<sup>3,14,15</sup> y, de la misma forma, sólo en algunos casos se describe o se señala el modelo teórico de partida de la intervención y se incluye una evaluación de cómo se implementa la intervención<sup>3</sup>. Según los resultados de los trabajos analizados, puede concluirse que, aunque se obtienen resultados positivos para los cuidadores mediante este tipo de intervenciones, tanto en formato individual como grupal, son necesarios futuros esfuerzos dirigidos a mejorar algunas limitaciones que afectan a la generalización de los resultados. Así, por ejemplo, resulta necesario aumentar el grado de participación de los cuidadores en este tipo de intervenciones, mejorar las oportunidades de acceso a

TABLA 1. Intervenciones con cuidadores realizadas en países de habla hispana

Autores	Descripción de la intervención	Diseño	Medidas	Resultados
Alonso et al <sup>42</sup>	n = 68. Programa educativo sanitario grupal. Proporciona conocimientos sobre la demencia y favorece el intercambio de ideas entre los cuidadores, así como el aprendizaje de habilidades para el cuidado del paciente y el autocuidado	Programa de 8 sesiones de 2 h aproximadamente de duración, con un intervalo entre sesiones de una semana. Programa en grupos de 8 a 20 cuidadores por grupo	Carga	No se encuentra una reducción significativa de la carga, y se señala un leve decremento del porcentaje de personas con sobrecarga intensa (del 37 al 34,8%) y un aumento importante de personas con sobrecarga leve (del 18,8 al 28,3%)
Alonso et al <sup>43</sup>	n = 64. Programa educativo impartido por equipos multidisciplinarios con información sobre conceptos relacionados con el cuidado y se entrenaba en habilidades	Programa de 8 sesiones de aproximadamente 2 h de duración, intervalo intersesiones de 1 semana. Sesiones estructuradas. Evaluación preintervención y a las 6 semanas de la finalización	Calidad de vida	Se observa una mejora significativa en la calidad de vida de los cuidadores tras la intervención. Concretamente, en las dimensiones de dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. La salud percibida general también mejoró significativamente tras la intervención
Etxeberria et al <sup>44</sup>	n = 108 (33 grupo experimental, 75 grupo control). Programa de intervención psicoeducativo cognitivo-conductual en el que se entrena a los cuidadores en solución de problemas y estrategias para el autocuidado	Asignación de los cuidadores a cada condición de intervención aleatoria. Programa grupal (6-8 cuidadores) de 10 sesiones de 2 h de duración más sesión mensual de seguimiento durante 1 año. Evaluaciones preintervención y tras un año de la intervención	Comportamientos problemáticos; deterioro global del paciente; pensamientos disfuncionales sobre el cuidado; apoyo social; estilos de afrontamiento; estrés percibido	Tanto en el grupo experimental como en el de control se observa una disminución significativa en algunos comportamientos problemáticos (irritabilidad y falta de apetito en el grupo control, y delirios, alucinaciones e irritabilidad en el experimental), aunque en el grupo experimental se observa un aumento significativo en la puntuación global en una de las escalas utilizadas para la evaluación de la frecuencia de comportamientos problemáticos. En el grupo control se observa una reducción significativa del apoyo social y estrategias de afrontamiento disfuncionales. En el grupo experimental se observa en la evaluación final una reducción significativa en el trastorno que los comportamientos problemáticos causan al cuidador y en el número de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado. Sin embargo se observa una reducción del apoyo social

los programas y realizar esfuerzos dirigidos a mejorar los índices de cambio clínicamente significativos.

## CONCLUSIONES

En la actualidad hay consenso en afirmar que las intervenciones para cuidadores podrían ser extremadamente

útiles si existieran determinadas condiciones que maximizaran su potencial terapéutico. También es cierto que hasta ahora no se han mostrado todo lo eficaces que sería deseable, si bien se asiste a un esfuerzo por parte de la comunidad científica para reflexionar sobre por qué se encuentra esta escasa eficacia y plantear propuestas para mejorar el diseño, la implementación y la evaluación de las intervenciones. En esta misma revista se publicó un

TABLA 1. Intervenciones con cuidadores realizadas en países de habla hispana (continuación)

<i>Autores</i>	<i>Descripción de la intervención</i>	<i>Diseño</i>	<i>Medidas</i>	<i>Resultados</i>
López <sup>14</sup>	n = 86. Se compara la eficacia de una intervención en manejo del estrés llevada a cabo en formato «cara a cara» con otra de mínimo contacto terapéutico. Ambas intervenciones contienen, entre otros, módulos de entrenamiento en relajación, realización de actividades agradables, reevaluación cognitiva, solución de problemas y entrenamiento en comunicación	Cara a cara: 8 sesiones de 60 min de duración. Mínimo contacto terapéutico: 3 sesiones individuales de 90 min y 3 contactos telefónicos de 10 min. Distribución aleatoria de los sujetos a las condiciones de intervención. En una primera fase se dispone de grupo control en formato lista de espera. Evaluaciones preintervención, postintervención y seguimiento	Ansiedad; depresión; rasgo y expresión de ira; malestar emocional según el informante; salud mental y física; inadaptación; tasas de institucionalización; afrontamiento; autocuidado; apoyo social; sobrecarga; autoestima	El programa global de manejo de estrés en sus 2 formatos es eficaz para reducir el malestar en comparación con el grupo control. Contribuye a mejorar de forma significativa, además de variables como la salud mental y la física, los niveles de ansiedad, depresión, ira, inadaptación y sobrecarga. Los resultados obtenidos parecen señalar que el formato «cara a cara» es más eficaz que el mínimo contacto terapéutico. Los informantes corroboran los datos positivos obtenidos
Losada et al <sup>3,15</sup>	n=66. Se compara 2 intervenciones psicoeducativas, una cognitivo-conductual dirigida a modificar pensamientos disfuncionales relativos al cuidado y otra dirigida a reducir la frecuencia de comportamientos problemáticos del familiar basada en la técnica ABC	Programas de 8 sesiones de 2 h aproximadas de duración, con un intervalo entre sesiones de una semana. Grupos de un máximo de 8 cuidadores. Distribución aleatoria de los grupos a las condiciones de intervención. Evaluaciones preintervención, postintervención y seguimiento. Se dispone de grupo control	Depresión; estrés percibido; frecuencia de comportamientos problemáticos; estrés asociado a los comportamientos problemáticos; pensamientos disfuncionales sobre el cuidado; implementación de la intervención	Mediante la intervención cognitivo-conductual se ha obtenido una reducción significativa de la depresión, el estrés percibido, el estrés asociado a los comportamientos problemáticos y los pensamientos disfuncionales. No se ha observado cambio asociado al programa de reducción de comportamientos problemáticos (excepto una reducción significativa en el seguimiento en el estrés asociado a los comportamientos problemáticos) y al grupo control. Los resultados obtenidos al analizar la implementación de la intervención indican que los escasos resultados positivos obtenidos con el programa de reducción de comportamientos problemáticos pueden ser debidos a aspectos relacionados con la implementación de la intervención y no tanto al planteamiento general de la intervención
Martín et al <sup>45</sup>	Programa de educación para la salud para cuidadores de personas con deterioro cognitivo. El objetivo del programa es mejorar la calidad de vida del enfermo y aumentar la capacidad de autocuidado del cuidador principal	Reclutamiento por derivación de consultas médicas y de enfermería. No se especifica adecuadamente la composición de la muestra. Programa en grupo. Duración: 8 sesiones de 2 h de duración durante 4 semanas	Conocimientos y actitudes de los cuidadores	Únicamente se proporciona datos descriptivos. Se obtiene una mejora en el conocimiento de cómo manejar los cambios posturales del enfermo. El 73% de los cuidadores manifiesta que el curso les ha resultado interesante

TABLA 1. Intervenciones con cuidadores realizadas en países de habla hispana (continuación)

Autores	Descripción de la intervención	Diseño	Medidas	Resultados
Gandoy et al <sup>46</sup> y Millán-Calenti et al <sup>47</sup>	n = 14. Intervención multimodal: <i>a)</i> visitas domiciliarias y apoyo de voluntarios formados a los cuidadores (en ocasiones, respiro) y <i>b)</i> profesionales en el cuidado de personas mayores proporcionaban un programa teórico-práctico consistente en información sobre la enfermedad de Alzheimer, cuidados de enfermería, eliminación de obstáculos ambientales, psicoterapia de grupo, etc.	Seguimiento de 1 año. Dos evaluaciones separadas por 1 año. No se especifica la duración de la intervención	Dependencia; estado mental; ansiedad	Mejora de la salud general. Aumento del número de visitas al médico. Percepción de mejora en el conocimiento de cómo responder a determinadas situaciones. Aumento de la percepción de sacrificio como cuidador. Aumento del número de cuidadores que considera que los planes de futuro se ven afectados. Disminución del número de cuidadores que considera que el cuidado limita sus vidas sociales y del número de cuidadores que no permite visitas debido a la persona enferma. Aumenta la percepción de dificultad de resolución de los problemas pero disminuye el desconocimiento sobre los problemas. Aumenta el número de personas que solicita ayuda y de personas que considera la institucionalización. Reducción significativa del estado de ansiedad
Paz <sup>48</sup>	n = 37. Programa terapéutico cognitivo-conductual para cuidadores en el que se enseña a utilizar recursos biopsicosociales, controlar la ansiedad y los conflictos generales, así como atender a situaciones críticas	Programa estructurado de 8 sesiones de 2 h aproximadas de duración. Evaluaciones preintervención, postintervención y de seguimiento	Pensamientos disfuncionales sobre el cuidado; depresión y ansiedad; estrés percibido; actividades de la vida diaria	Disminución significativa de la ansiedad y de la depresión tanto en la evaluación postintervención como en el seguimiento. Se obtiene un cambio estadísticamente significativo en pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en la fase de seguimiento
Sánchez-Pascual et al <sup>49</sup>	n = 8. Programa de formación individual de cuidadores familiares de personas con demencia con el objetivo de suavizar la carga e incrementar la calidad de vida del enfermo y de las personas que les rodean. Los bloques temáticos contienen aspectos educativos, entrenamiento en identificación y manejo de problemas, el cuidado del cuidador y recursos disponibles	El programa consta de 3 a 5 sesiones de entre 1 y 2 h de duración. Se realiza 2 evaluaciones, antes de la intervención y después, con una temporalidad entre ellas de entre 1 y 4 meses	Estado mental; depresión; actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; inventario neuropsiquiátrico; comportamientos problemáticos; carga	Los autores señalan que la situación de los familiares permaneció estable y que, tras el programa, se apreció una mejoría en la afectividad de los familiares con demencia. Se señala resultados cualitativos de la intervención como el cambio de actitud de los cuidadores ante la enfermedad y la mejora en la calidad de la relación entre los cuidadores y sus familiares. Se encuentra una reducción significativa en depresión y en reacción a los comportamientos problemáticos del familiar

útil monográfico sobre programas y servicios para personas mayores<sup>54</sup> en el que se afirmaba lo siguiente: «como resulta evidente, la práctica consistente en aplicar programas sin la suficiente fundamentación teórica, basados en la combinación de diversas técnicas de intervención se-

leccionadas según criterios poco rigurosos, ajena a las características y necesidades de sus destinatarios, carentes de un diseño que permita establecer el nivel de éxito, etc., no sería útil para la ciencia, la práctica profesional o la política social»<sup>1</sup>. En esta década transcurrida no se ha

avanzado demasiado sobre la optimización de las intervenciones, pero sí ha sido muy fructífera esta etapa para empezar a superar las dificultades, ya que ha habido verdaderos avances en el conocimiento detallado de cuál es la eficacia de los programas y cuáles son las necesidades de mejora.

En contraste con el número creciente de investigaciones aplicadas y las importantes aportaciones a la intervención con cuidadores realizadas en los países de habla no hispana, no necesariamente generalizables a nuestro contexto, destaca su ausencia en nuestro entorno cercano. Resulta evidente que es necesario contar con más y mejores trabajos con mayores tamaños muestrales que pongan a prueba la eficacia de los programas dirigidos a cuidadores. Asimismo, los trabajos sobre aplicación de programas psicosociales para cuidadores familiares de ancianos dependientes son una importante fuente de información sobre algunas cuestiones relativas al diseño de los programas. A partir de ellos es posible elaborar programas cuyas características maximicen las probabilidades de obtener resultados positivos, mediante la selección de los contenidos, estructura (duración, frecuencia de sesiones, seguimiento, etc.), técnicas más apropiadas a las características de los cuidadores (parentesco con el anciano, edad, etc.) y de la persona que está siendo cuidada (tipo de deterioro, fase de la enfermedad)<sup>1</sup>.

Por otra parte, y de forma complementaria con lo anterior, los cambios demográficos y sociales en nuestra sociedad plantean la necesidad de que se produzca una reorientación en la atención a las personas mayores dependientes y sus cuidadores. Es evidente que el colectivo de los cuidadores informales se encuentra en situación de fragilidad y que están expuestos a padecer un conjunto de consecuencias negativas que deben ser paliadas<sup>55</sup>. Una de las principales líneas de actuación tiene que ver no sólo con la realización de un mayor esfuerzo en la promoción y la difusión de intervenciones eficaces para los cuidadores, sino con la potenciación de la convergencia entre los recursos de atención a los mayores formales e informales. Los cuidadores han de poder optar a recursos educativos, psicoterapéuticos, cuidados de enfermería, cuidados médicos, servicio de respiro o ayudas instrumentales (p. ej., ayudas económicas para eliminar barreras arquitectónicas).

En conclusión, este trabajo ha pretendido valorar el momento actual de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores de personas mayores dependientes como una forma de apoyo a los cuidadores. No obstante, el reto global a la continuidad del cuidado familiar y del propio apoyo al cuidador trasciende lo anterior. La consideración de las necesidades de los cuidadores, la importancia de los programas y servicios convenientemente diseñados y desarrollados, su correcta articulación en la red social y sanitaria, son medidas necesarias para promover un adecuado apoyo familiar que lleva consigo, ineludiblemente, cambios en la estructura y el funcionamiento de la red de

recursos sociales y sanitarios dirigidos a las personas mayores dependientes y sus familias<sup>1</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montorio I, Díaz-Veiga P, Izal M. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1995;3:157-68.
2. Díaz-Veiga P, Montorio I, Yanguas J. Intervenciones en cuidadores de personas mayores. En: Izal M, Montorio I, editores. *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación.* Madrid: Síntesis; 1999. p. 159-80.
3. Losada A. *Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. Resultados de un estudio transversal y de intervención [tesis doctoral].* Universidad Autónoma de Madrid: Tesis doctoral no publicada; 2005.
4. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, et al. Training caregivers to change the sleep hygiene practices of patients with dementia: The NITE-AD Project. *J Am Geriatrics Soc.* 2003;51:1455-60.
5. Ostwald SK, Hepburn KW, Caron W, et al. Reducing caregiver burden: A randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *Gerontologist.* 1999;39:299-309.
6. Bourgeois M, Schulz R, Burgio LD, et al. Skills training for spouses of patients with Alzheimer's disease: Outcomes of an Intervention Study. *J Clin Geropsychol.* 2002;8:53-73.
7. Gallagher-Thompson D, Coon DW, Solano N, et al. Change in indices of distress among Latina and Caucasian female caregivers of elderly relatives with dementia: Site specific results from the REACH National Collaborative Study. *Gerontologist.* 2003;43:580-91.
8. Hébert R, Lévesque L, Vézina J, et al. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *J Gerontol.* 2003;58:58-67.
9. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, et al. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer Disease. A randomized controlled trial. *J Am Medical Assoc.* 1996;276:1725-31.
10. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist.* 2002;42:356-72.
11. Zarit SH, Leitsch SA. Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging Mental Health.* 2001;5 Suppl 1:84-98.
12. Toseland RW, Rossiter CM. Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *Gerontologist.* 1989;29:438-48.
13. Coon DW, Thompson L, Steffen A, et al. Anger and depression management: Psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist.* 2003;43:678-89.
14. López J. Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa [tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid: tesis doctoral no publicada; 2005.
15. Losada A, Izal M, Montorio I, et al. Eficacia de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol.* 2004;38:701-8.
16. Mittelman MS, Roth DL, Haley WE, et al. Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: Results of a randomized trial. *J Gerontol Psychological Sciences.* 2004;59:27-34.
17. Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F. A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *Gerontologist.* 1993;33:240-48.
18. Acton GJ, Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Res Nurs Health.* 2001;24:349-60.
19. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatrics Soc.* 2003;51:657-64.
20. Gitlin LN, Corcoran M, Martindale-Adams J, et al. Identifying mechanisms of action: why and how does intervention work? En: Schulz R, editor. *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers.* New York: Springer; 2000. p. 225-48.

21. Pusey H, Richards D. A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging Mental Health.* 2001;5:107-19.
22. Schulz R, Gallagher-Thompson D, Haley W, et al. Understanding the interventions process: a theoretical/conceptual framework for intervention approaches to caregiving. En: Schulz R, editor. *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers.* New York: Springer; 2000. p. 33-60.
23. Burgio L, Corcoran M, Lichstein KL, et al. Judging outcomes in psychological interventions for dementia caregivers: the problem of treatment implementation. *Gerontologist.* 2001;41:481-9.
24. Burgio L, Stevens A, Guy D, et al. Impact of two psychosocial interventions on white and African American family caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist.* 2003;43:568-79.
25. Lewisohn PM. A behavioral approach to depression. En: Friedman RJ, Katz MM, editores. *The psychology of depression: Contemporary theory and research.* New York: Wiley; 1974. p. 157-85.
26. Gallagher-Thompson D, Lovett S, Rose J, et al. Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *J Clin Geropsychol.* 2000;6:91-110.
27. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures, and models. *Am J Community Psychol.* 1986;14:413-45.
28. Goodman C, Pynoos J. A model telephone information and support program for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist.* 1990;30:399-405.
29. D'Zurilla T. Problem solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. New York: Springer; 1986.
30. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy of depression.* New York: John Wiley & Sons; 1979.
31. Gallagher-Thompson D, Coon DW, Solano N, et al. Change in indices of distress among latina and caucasian female caregivers of elderly relatives with dementia: site specific results from the REACH National Collaborative Study. *Gerontologist.* 2003;43:580-91.
32. Anshensel CS, Pearlman LI, Mullan JT, et al. *Profiles of caregiving. The unexpected career.* San Diego: Academic Press; 1995.
33. Bourgeois MS, Schulz R, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's Disease. A review and analysis of content, process and outcomes. *Int J Aging Human Develop.* 1996;43:35-92.
34. Losada A, Montorio I. Análisis de las intervenciones con cuidadores familiares de personas con demencia: ¿una cuestión de método y no de eficacia? *Aten Primaria.* 2005;35:112.
35. Zarit SH, Reever R, Bach-Peterson J. Relatives of impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980;20:649-55.
36. Montorio I, Izal M, López A, et al. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales Psicología.* 1998;4:229-48.
37. Gottlieb BH, Thompson LW, Bourgeois M. Monitoring and evaluating interventions. En: Coon DW, Gallagher-Thompson D, Thompson LW, editores. *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress.* New York: Springer; 2003. p. 28-49.
38. Czaja SJ, Schulz R. Does the treatment make a real difference? The measurement of clinical significance. *Alzheimer's Care Quarterly.* 2003;4:229-40.
39. Chambliss DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66:7-18.
40. Schulz R, O'Brien A, Czaja S, et al. Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *Gerontologist.* 2002;42:589-602.
41. Lichstein KL, Riedel BW, Grieve R. Fair tests of clinical trials: A treatment implementation model. *Adv Behav Res Ther.* 1994;16:1-29.
42. Alonso A, Garrido A, Díaz A, et al. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria.* 2004;33:61-8.
43. Alonso-Babarro A, Garrido-Barral A, Martín-Martínez MA, et al. Evaluación de una intervención en cuidadores de pacientes con demencia (programa ALOIS) mediante una escala de calidad de vida. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;40 Supl 3:40-5.
44. Etxeberria-Arritzabal I, Yanguas-Lezaun JJ, Buiza-Bueno C, et al. Eficacia de un programa psicosocial con cuidadores de enfermos de Alzheimer: análisis de los resultados al año de seguimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;40 Supl 3:46-54.
45. Martín M, Merlos MI, Mozos A. Evaluación de una experiencia grupal de educación para la salud a cuidadores principales de personas con deterioro cognitivo. *Trabajo Social Hoy.* 1999;23:93-105.
46. Gandoy M, Millán JC, García B, et al. Evaluación y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Intervención Psicosocial.* 1999;8:109-16.
47. Millán-Calenti JC, Gandoy-Crego M, Antelo-Martel M, et al. Helping the family carers of Alzheimer's patients: from theory... to practice. A preliminary study. *Arch Gerontol Geriatrics.* 2000;30:131-8.
48. Paz F. Características y necesidades del cuidador primario en las enfermedades neurodegenerativas. Diseño y evaluación de un programa de intervención [tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México: Tesis Doctoral no publicada, 2004.
49. Sánchez-Pascual P, Mouronte-Liz P, Olazarán-Rodríguez J. Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Rev Neurol.* 2001;33:422-4.
50. Díaz P. Hacia la convergencia de los sistemas de apoyo informal y formal en cuidadores. Un estudio de caso. *Intervención Psicosocial.* 2001;10:41-54.
51. Díaz MJ. Programas comunitarios con grupos de autoayuda. Comunicación presentada en las jornadas Atención y apoyo desde la administración local a la red informal de ayuda al mayor. Madrid, julio 2004.
52. Roig S. Cuidem els que cuiden: Programa de suport a les famílies cuidadores. Comunicación presentada en las jornadas Familia, gent gran i dependència: Aportacions des de la perspectiva psicològica. Barcelona, diciembre 2001.
53. Uriarte B, Bouzas M. Programa Zaindu. Comunicación presentada en las III Jornadas Geriátricas Papel de la familia en el cuidado de las personas mayores. Bilbao, noviembre de 2005.
54. Rodríguez P y Sancho MT. Nuevos retos de la política social de atención a las persona mayores. La situación de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1995;30:141-52.
55. Rodríguez-Rodríguez P. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;40 Supl 3:5-15.