

Eficacia de una intervención psicológica a domicilio dirigida a personas cuidadoras de mayores dependientes

Virginia Lizarraga Armentia, Iraide Artetxe Uribarri y Nuria Pousa Mimbrero

Fundación Bizitzen. Durango. Vizcaya. España.

Introducción: las personas cuidadoras de mayores dependientes tienen mayor probabilidad de sufrir sobrecarga, depresión y/o ansiedad, que la población general.

Objetivo: el propósito de este trabajo es estudiar la eficacia de un programa de intervención psicológica a domicilio.

Material y métodos: participaron en este estudio 14 personas cuidadoras de mayores dependientes. Las variables estudiadas fueron el apoyo social, la sobrecarga del cuidador, el bienestar psicológico (ansiedad y depresión) y los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado.

Resultados: después de la intervención, los sujetos mostraban significativamente menores grados de ansiedad, depresión y sobrecarga subjetiva ($p < 0,01$).

Conclusiones: el programa parece eficaz para reducir el malestar psicológico de las personas cuidadoras.

Palabras clave

Personas cuidadoras. Sobre carga. Personas mayores dependientes. Intervención psicológica.

Efficacy of a psychological intervention program at home for the caregivers of dependent elderly people

Introduction: the caregivers of dependent elderly people have a greater probability of experiencing burden, anxiety and depression than the general population.

Objective: to study the effectiveness of a psychological intervention program at home.

Material and methods: fourteen caregivers of dependent elderly people participated in this study. The variables studied were social support, burden, psychological well-being (anxiety and depression), and dysfunctional thoughts about caregiving.

Results: after the intervention, caregivers showed significantly less anxiety, depression and subjective burden ($P < .01$).

Conclusions: the program was effective in reducing psychological distress among family caregivers.

Key words

Caregivers. Burden. Dependent elderly people. Psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

Las personas de edad representan el 17,0% de la población española (7.276.620 personas) y esas cifras aumentarán en las próximas décadas. Según la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2050 habrá en España 16.394.839 de personas mayores, que se corresponde con el 30,8% de la población total. El envejecimiento de la población hará aumentar las tasas de dependencia, ya que la discapacidad está asociada estrechamente con la edad. En el conjunto de mayores la discapacidad afecta ya a casi uno de cada tres (32,2%), y dos de cada tres entre los de 85 y más años (63,6%). El envejecimiento de la población tiene, por tanto, un fuerte impacto en la prevalencia de la dependencia. Además, el número de personas con discapacidad seguirá en aumento, dada la tendencia demográfica de una creciente esperanza de vida. Por eso, en la actualidad la dependencia se considera un fenómeno de gran importancia, y así ha quedado plasmado en el *Libro Blanco de la Dependencia*¹, el Informe 2006² y la reciente Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia³. En ellos se destaca el importante papel que desempeñan las personas cuidadoras en este proceso de la dependencia, señalándose que, aunque al hablar sobre la necesidad de cuidados de larga duración, se pone el acento en los servicios formales, la inmensa mayoría de las personas dependientes recibe los cuidados a través del sistema informal de cuidados. De acuerdo con datos obtenidos a partir de un estudio nacional⁴ realizado con una muestra representativa de personas cuidadoras informales, en el 5,1% de los hogares españoles (725.870 hogares) viven personas que prestan

Correspondencia: I. Artetxe Uribarri.
Sasikoa, 26, 2º C-D. 48200 Durango. Bizkaia.
Correo electrónico: bizitzen@bizitzen.org

Recibido el 14-8-2007; aceptado el 5-2-2008.

ayuda a personas mayores de 60 años. En el 4,5% de los hogares españoles el cuidado es prestado por personas cuidadoras “informales”, es decir, por familiares o amigos que no reciben ningún tipo de remuneración económica por los servicios que prestan. Hay que destacar que cuando hablamos de personas que prestan apoyo informal a los mayores estamos hablando de mujeres; de hecho esto es así en el 83,6% de los casos. Esta atención proporcionada en el entorno familiar suele ser la opción más deseada, tanto por el cuidador como por la persona dependiente. Sin embargo, esta función es de gran intensidad por el tipo de tareas que se prestan, por el número de horas dedicadas al día a ella y por la prolongación en el tiempo de esta ayuda. De hecho, el 85% de las personas cuidadoras siente que la ayuda prestada incide negativamente en su vida.

Diversos estudios demuestran las consecuencias que la situación de cuidado genera en el cuidador⁵⁻⁷. Se han agrupado las consecuencias negativas en tres áreas: *a)* aspectos económicos y profesionales; *b)* ocio, tiempo libre y relaciones familiares, y *c)* salud y estado general⁸. En este sentido, el 55,6% refiere tener problemas de salud y estado general. De éstos, el 18,1% se siente deprimido y el 11,1% ha tenido que acudir a la consulta del psicólogo o psiquiatra. Existen numerosos estudios sobre programas de apoyo a personas cuidadoras que intentan paliar estas consecuencias de malestar psicológico⁹⁻¹¹. Entre los diferentes programas de apoyo encontramos programas educativos, grupos de ayuda mutua e intervenciones psicoterapéuticas. Existen además algunos estudios que valoran la efectividad de algunos de esos programas¹⁰⁻¹⁴. Los datos de estas investigaciones indican que la psicoterapia consigue mejores resultados que la psicoeducación, especialmente en la reducción de depresión, ansiedad, hostilidad, psicopatología general y malestar ante problemas conductuales¹⁴. En este trabajo, se pretende mostrar la eficacia de un programa de intervención psicoterapéutica realizada en el domicilio de las propias personas cuidadoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

En este estudio participaron 14 personas cuidadoras principales de mayores dependientes. Los criterios de inclusión para participar en el programa fueron los siguientes: personas cuidadoras principales de mayores dependientes, entendiendo por cuidador principal a la persona que más tiempo dedica al enfermo de todas las que componen el entorno familiar. Además, estas personas cuidadoras debían presentar sobrecarga subjetiva, síntomas de ansiedad y depresión, utilizando para ello los diferentes puntos de corte de la escala de sobrecarga del cuidador y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Los instrumentos utilizados para el presente estudio fueron los siguientes:

– Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit^{15,16}, para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador. Se trata de un instrumento autoaplicado de 22 ítems, que explora los efectos negativos en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Cada cuestión se evalúa mediante una escala tipo Likert, con 5 posibles respuestas que van de nunca a casi siempre y que puntúan entre 1 y 5. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango, por lo tanto, oscila entre 22 y 110. En la validación española se proponen los siguientes puntos de corte: 22-46: sin sobrecarga, 47-55: sobrecarga leve, y 56-110: sobrecarga intensa, con una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3% para el primero y del 89,7 y el 94,2%, respectivamente, para el segundo.

– Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)¹⁷. Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (sí/no); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es heteroadministrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al sujeto sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntuán los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad y ≥ 2 para la de depresión. La validez convergente de la EADG es alta. En el estudio de validación mostró una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%.

– Global Deterioration Scale (GDS)¹⁸. El objetivo de evaluar las fases de deterioro desde la normalidad hasta las fases más graves de demencia. Presenta una descripción de 7 fases características de la evolución, desde la normalidad hasta las fases más graves, de la demencia. Se realiza una entrevista dirigida para obtener la información requerida, para más tarde escoger la fase que mejor describe la clínica actual del enfermo. Se valora: GDS1: ausencia de alteración cognitiva; GDS2: disminución cognitiva muy leve; GDS3: defecto cognitivo leve; GDS4: defecto cognitivo moderado; GDS5: defecto cognitivo moderado-grave; GDS6: defecto cognitivo grave, y GDS7: defecto cognitivo muy grave. La fiabilidad test-retest e interevaluador está por encima de 0,90.

– El índice de Barthel¹⁹ mide 10 áreas sobre actividades básicas de la vida diaria. Tiene una puntuación máxima de 100 puntos. Según los resultados: < 20: dependencia total; 20-35: dependencia grave; 40-55: dependencia moderada; ≥ 60 : dependencia leve, y 100: independiente. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y mayores de 0,88 interobservador.

– El inventario neuropsiquiátrico (NPI)²⁰ evalúa las manifestaciones neuropsiquiátricas más frecuentes en las demencias y determina también su frecuencia e intensidad de forma. Se valoran 10 aspectos: delirios, alucinaciones, disforia, ansiedad, euforia, agresividad, apatía, irritabilidad, desinhibición y conducta motriz anómala, trastornos del sueño y de la alimentación. En cada variable se realiza el producto entre la frecuencia y la gravedad. La puntuación final es la suma de las puntuaciones parciales de cada ítem. También se pregunta sobre la molestia que genera en la persona que cuida. Cada ítem se puntúa en una escala de frecuencia que va de 0 (inexistente) a 4 (muy frecuentemente o continuamente). Se trata de un instrumento que brinda información de los síntomas no cognitivos más frecuentes y de mayor estrés para el cuidador del paciente con demencia. Se ha mostrado sensible al cambio en estudios de tratamiento farmacológico de la demencia. La consistencia interna de la puntuación total presenta un alfa de Cronbach de 0,88.

– El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR)²¹. Mide 5 componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva. Está validada en nuestro medio por Bellon et al²². Se trata de un cuestionario que puede administrarse mediante entrevistador o bien ser cumplimentado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es, por tanto, de 0 a 10. Se valora una puntuación > 6 como funcional y ≤ 6 como disfuncional. En algunos casos, se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0,75.

– Cuestionario de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado (CPD)²³. Esta escala se ha diseñado como una herramienta para la identificación de los pensamientos, las creencias, los valores y las actitudes en las personas cuidadoras de mayores dependientes que pueden suponer un obstáculo para un adecuado afrontamiento del cuidado. Consta de 16 ítems evaluados en escala Likert de 5 opciones de respuesta, con un rango de puntuaciones que varía entre 0 y 64. Una puntuación mayor supone una mayor presencia de barreras u obstáculos para un adecuado afrontamiento del cuidado. El coeficiente de fiabilidad obtenido a partir del coeficiente alfa de Cronbach para el cuestionario total es de 0,89.

Procedimiento

Este estudio se realizó durante el año 2006, se escogieron municipios que, a pesar de disponer servicios sociales de base, se encontraban lejos de recursos más especializados. Los municipios escogidos fueron Bermeo, Lekeitio y Ondarroa, todos ellos pertenecientes a la provincia de Vizcaya.

En la fase de captación y difusión del programa se ofreció información sobre el programa en la prensa escrita y

audiovisual, y con carteles y trípticos. Con todo ello, y con la colaboración de las trabajadoras sociales de cada municipio, se contactó con las familias y las personas cuidadoras de estos enfermos. Tras explicar los objetivos del estudio, se citó a las familias que se mostraron interesadas en participar en él. Una vez citadas, se hizo una entrevista semiestructurada a cada cuidador cumplimentando el protocolo de recogida de datos (diseñado para este estudio), la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la escala EADG. Esas medidas se administraron a los sujetos sin la presencia de ninguna otra persona. Se volvió a contactar con las futuras participantes (sólo aquellas personas que cumplían los criterios de inclusión, es decir, las que presentaban ansiedad, depresión o sobrecarga) y a partir de ese momento es la psicóloga la que se desplazaba al domicilio de la persona cuidadora.

Dado que las intervenciones psicoterapéuticas son las que consiguen mejores efectos en la reducción de la sintomatología y la mejora del estado emocional de las personas cuidadoras²⁴, realizamos una intervención psicoterapéutica con un enfoque cognitivo-conductual²⁵, teniendo en cuenta el modelo de estrés aplicado al cuidado de Pearlin^{26,27}. Este modelo concibe el proceso de estrés como el resultado de la relación entre distintas variables:

1. Antecedentes y condiciones del contexto: entre otros, las características sociodemográficas del cuidador, la red social y familiar, y la relación previa con la persona que atiende.

2. Estresores y variables moduladoras: Dentro de los estresores están los estresores primarios, es decir, los estresores que se derivan directamente del enfermo o conjunto de actividades que las personas cuidadoras realizan directamente como resultado de la discapacidad del familiar mayor 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. 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 estresantes, y aliviar su impacto sobre los individuos como son el apoyo social, las habilidades sociales y los pensamientos disfuncionales.

3. Resultados: la depresión y la ansiedad, entre otros.

Por tanto, teniendo como referencia este marco teórico, el objetivo de este programa de intervención era mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras de mayores dependientes, reduciendo los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga.

La intervención constaba de 14 sesiones, una sesión por semana con una duración de una hora. En cuanto a la estructura de las sesiones, se trabajaba un contenido concreto y se terminaba con una propuesta de tarea para casa, con el fin de generalizar a la vida diaria los conocimientos adquiridos durante la sesión. En cualquier caso, no todas

Tabla 1. Contenido de las sesiones

N.º sesión	Contenido
1	Preintervención (I): Protocolo de recogida de datos del cuidador Criterios de inclusión
2	Preintervención (II): Evaluación de los estresores y mediadores
3	Presentación: Explicación del proceso a seguir
4	Bienestar físico (hábitos saludables) Bienestar psicológico (actividades agradables)
5	Estrategias de afrontamiento (I)
6	Estrategias de afrontamiento (II): técnica de resolución de problemas
7	Reestructuración cognitiva (I)
8	Reestructuración cognitiva (II): las atribuciones causales
9	Apoyo social (I): la corresponsabilidad
10	Apoyo social (II): la assertividad
11	Autoconcepto (I)
12	Autoconcepto (II): relación entre autoconcepto y autoestima
13	Postintervención
14	Informe de devolución

las intervenciones eran iguales, sino que en cada caso el programa se adaptaba a las necesidades de cada usuario. Las sesiones se recogían por escrito y se codificaban caso por caso para salvar la confidencialidad de datos. Los componentes de la intervención se indican en la tabla 1. Esos componentes se basan en las variables moduladoras, es decir, las estrategias de afrontamiento, los pensamientos disfuncionales²⁸, las habilidades sociales²⁹ y el autoconcepto. En cuanto al formato, se trataba de un programa de intervención individual. La aplicación de la intervención se realizó en el domicilio del cuidador principal, que en el 85,7% de los casos convivía con la persona mayor dependiente. Este hecho se debe a la dificultad que supone para las personas cuidadoras el desplazamiento y el hecho de no tener con quién dejar a la persona mayor dependiente. De hecho, en el 36% de los casos de no ser en su propio domicilio no hubiesen podido participar en el programa. Este hecho permitía además observar la situación de cuidado *in situ*, afinando así los contenidos de las sesiones con ejemplos reales. Se ha comentado que uno de los inconvenientes de la aplicación de la intervención en el domicilio, es que las tasas de abandono del tratamiento son en ocasiones mayores que cuando la intervención se realiza en un centro de referencia, planteando que podría deberse a continuas interrupciones en las sesiones, o a que de esta manera no se le proporciona al cuidador un tiempo de res-

piro, ni en su caso, la posibilidad de encontrarse con otras personas cuidadoras que le sirvan de apoyo²⁴. En nuestra experiencia, no ha habido casos de abandono del programa y creemos que es concretamente este formato lo que ha permitido este hecho.

Para valorar la eficacia se realizó un diseño experimental de pre y postevaluación utilizando la escala de sobrecarga de Zarit y la EADG.

Para el tratamiento estadístico de los datos, se empleó el paquete estadístico SPSS versión 12.0. En primer lugar, se realizó un estudio descriptivo genérico de los indicadores estadísticos más representativos. Por otra parte, las variables ansiedad, depresión y sobrecarga subjetiva se midieron antes y después de la intervención, estableciendo así un diseño muestral del tipo "antes-después". Para saber si estas tres variables seguían la ley normal, empleamos con cada variable la prueba no paramétrica Kolmogorov-Smirnov para una muestra variable. Dado que la ansiedad y la sobrecarga seguían la ley normal, utilizamos la prueba de la t de Student para saber si la comparación de puntuaciones medias antes y después era significativa. Sin embargo, según la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov, la depresión no seguía la ley normal y, por tanto, se utilizó la prueba no paramétrica de dos muestras relacionadas, es decir, la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para observar si la comparación de puntuaciones medias antes de la intervención y después eran significativas.

RESULTADOS

La muestra total la componían 14 personas cuidadoras principales de mayores dependientes. En cuanto a los datos descriptivos de las personas cuidadoras principales, estos tenían una edad media de 61 años (rango de 37 a 80 años) y todos ellos eran mujeres (92,9%) excepto uno, mayoritariamente casadas (78,6%), hijas (50%) de las personas mayores dependientes, jubiladas-pensionistas (50%), con un nivel socioeconómico medio (50%) y que convivían con la persona mayor dependiente (85,7%). Casi la mitad de los casos (42,9%) llevaba menos de 2 años cuidando a su familiar mayor dependiente. El 42,9% disponía del servicio de ayuda a domicilio, en un 64,3% se trataba de una familia funcional y tenía una puntuación media de 30/64 en pensamientos disfuncionales, es decir, manifestaban bastantes pensamientos desadaptativos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad a la depresión. En cuanto a las características de las variables clínicas estudiadas, el 78,57% presentaba sobrecarga intensa; la puntuación media ± desviación estándar en la escala de sobrecarga del cuidador era de $64,71 \pm 14,19$. El 92,8% presentaba ansiedad; la puntuación media era de $5,86 \pm 1,83$, y el 78,5% presentaba depresión, con una puntuación media de $4,07 \pm 2,52$.

En cuanto a las características de las personas mayores dependientes, el 64,3% eran mujeres con una edad media

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones medias (M) y desviaciones estándar (DE) en las variables de resultado antes y después de la intervención

	Preintervención		Postintervención		P
	M	DE	M	DE	
Ansiedad	5,86	1,83	2,29	1,93	< 0,01
Depresión	4,07	2,52	1,57	2,02	< 0,01
Sobrecarga	64,71	14,19	56,21	14,20	< 0,01

de 85,36 años, el 64,3% eran viudos y el 42,9% tenía demencia no diagnosticada, con menos de 2 años de evolución. La mayoría (42,9%) presentaba deterioro cognitivo moderado y deterioro funcional leve. A nivel conductual, se obtuvo una media de 35 puntos en los trastornos de comportamiento, con un mínimo de 0 y un máximo de 76.

Por otra parte, si comparamos los valores medios de las variables de ansiedad, depresión y sobrecarga medidas antes y después de finalizar el programa, se observa una disminución significativa de los valores como se aprecia en la tabla 2. En concreto, la puntuación media ± desviación estándar en la escala de sobrecarga del cuidador era de $64,71 \pm 14,19$, que disminuyó a $56,21 \pm 14,20$. En ansiedad, la puntuación media era de $5,86 \pm 1,83$, que se redujo a $2,29 \pm 1,93$, y en depresión la puntuación media era de $4,07 \pm 2,52$, disminuyendo a $1,57 \pm 2,02$ en la postintervención.

DISCUSIÓN

En un primer análisis de los datos descriptivos, se observa que el perfil de las personas cuidadoras que participaron en este programa es similar en cuanto a la distribución de sus características sociodemográficas con el perfil obtenido en las diversas investigaciones realizadas sobre las personas cuidadoras de los mayores dependientes, así como en estudios del IMSERSO². En concreto, la mayoría de las personas cuidadoras del programa fueron mujeres, casadas, con una media de edad de 61 años, hijas de las personas mayores a las que cuidan, sin ocupación laboral remunerada y con un nivel socioeconómico medio, que convivían con el mayor dependiente y tenían a su cargo la mayor parte de las tareas de cuidado y de una forma permanente en el tiempo.

El objetivo principal de este estudio era analizar la eficacia de un programa de intervención psicológica en el domicilio dirigido a personas cuidadoras de mayores dependientes y después de analizar los resultados obtenidos entendemos que el programa de intervención disminuyó significativamente los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga subjetiva de los sujetos. Por lo tanto, el objetivo que nos planteamos en un primer momento se ha visto cumplido. Cabe destacar que cuando la persona cuidadora

era mayor, normalmente el/la cónyuge, mostraba peores resultados. En este sentido, pensamos que las cuidadoras de más edad realizan atribuciones menos adecuadas, quizás porque conocen menos las características propias de enfermedades mentales, tales como la demencia. Además, este menor nivel educativo comparado con las cuidadoras más jóvenes puede que obstaculice el entendimiento de algunos de los contenidos de las sesiones dificultando la generalización de las habilidades trabajadas a su vida diaria.

Por otra parte, este estudio no escapa de ciertas limitaciones. La más significativa hace referencia al escaso tamaño de la muestra. Este hecho y la ausencia de un grupo control hacen difícil la generalización de los resultados.

En cualquier caso, el aspecto más interesante de esta intervención es que las sesiones se realizaban en el domicilio, lo que evitaba los desplazamientos de las personas cuidadoras. Es frecuente que las personas cuidadoras no acudan a las intervenciones dado que no tienen con quién dejar a su familiar o cómo llegar al centro; por eso pensamos que se trata de un formato de intervención más acorde con las necesidades del cuidador y que requerirá estudios de eficacia con una muestra más amplia y con grupo control.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
- IMSERSO. Las personas mayores en España: Informe 2006. Madrid; 2006.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE, 299, 44142-44156; 2006.
- IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares Españoles. El entorno familiar. Madrid; 2005.
- García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:83-92.
- Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magraner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Rev Mult Gerontol. 2003;32:77-83.
- Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, Puig JM, Carrulla J. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. Rev Psiquiatría Fac Med Barc. 2000;27:131-4.
- López Martínez J, Crespo López M. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Madrid: Editorial Pirámide; 2007.
- Gallagher Thompson D, Coon DW, Solano N, Ambler C, Rabinowitz Y, Thompson LW. 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.
- 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.
- Losada Baltar A, Montorio Cerrato I. Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40 Supl 3:30-9.
- Sörensen S, Pinquart M y Duberstein P. How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. Gerontologist. 2002;42:356-72.
- Etxeberria Arrixabal I, Yanguas Lezaun JJ, Buiza Bueno C, Galdona Erquicia N, González Pérez F. Eficacia de un programa psicosocial con

- cuidadores de enfermos de Alzheimer: análisis de los resultados al año de seguimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40 Supl 3:46-54.
14. López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema.* 2007;19:72-80.
 15. Montorio Cerrato I, Izal Fernández de Trocóniz M, López López A, Sánchez Colodrón M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *An Psicol.* 1998;14:229-48.
 16. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Mijí LC, Rico JM, Lanz Taussing MI. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecregla del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol.* 1996;6:338-46.
 17. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J* (ed. esp.). 1989;4:49-53.
 18. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry.* 1982;139(9):1136-9.
 19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med.* 1965;14:61-5.
 20. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* 1994;44:2308-14.
 21. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-9.
 22. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validity and reliability of the family Apgar family function test. *Aten Primaria.* 1996;18:289-96.
 23. Losada A, Montorio I, Izal M, Márquez M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Madrid: IMSERSO; 2006. p. 97-130.
 24. López Martínez J, Crespo López M. Intervención con cuidadores. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º 54, 2006. Lecciones de Gerontología, IV.
 25. Losada Baltar A, Izal Fernández de Trocóniz M, Montorio Cerrato I, Marquez Gonzalez M, Pérez-Rojo G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol.* 2004;38:701-8.
 26. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview. *Gerontologist.* 1990;30:583-95.
 27. Deví J, Ruiz Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Mult Gerontol.* 2002;12:31-7.
 28. Losada Baltar A, Knight BG, Márquez González M. Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2003;38:116-23.
 29. Muela Martínez JA, Torres Colmenero CJ, Peláez Peláez EM. La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:41-5.