

Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión

Javier López y María Crespo*

Universidad San Pablo CEU y * Universidad Complutense de Madrid

Se revisan los estudios de intervención con cuidadores de familiares mayores dependientes. Se realizó una búsqueda en bases de datos nacionales (*PortalMayores, Psycodoc, Psyke*) e internacionales (*Ageline, Cochrane Library, Medline, Psycinfo*) de estudios aleatorizados, publicados entre 1980 y 2004, que intentan reducir el malestar emocional de los cuidadores. La mayoría de las intervenciones se centran en cuidadores de personas con demencia y los cuidadores suelen ser mujeres. Los cuidadores son un grupo de difícil acceso. Los objetivos y contenidos de las intervenciones varían mucho y no siempre están bien definidos. Los efectos encontrados son modestos. Se alcanzan resultados significativos en la reducción del malestar ante problemas conductuales, pero es difícil mejorar los niveles de depresión. Las intervenciones psicoterapéuticas son moderadamente eficaces. En conclusión, las futuras intervenciones deberían determinar con claridad el marco teórico, así como sus objetivos y utilizar unos períodos de seguimiento más amplios.

Interventions for caregivers of older and dependent adults: A review. Studies of intervention for caregivers of older and dependent relatives are reviewed. National (*PortalMayores, Psycodoc, Psyke*) and international (*Ageline, Cochrane Library, Medline, Psycinfo*) databases were searched for randomized studies, published from 1980 to 2004, that attempt to reduce emotional distress in caregivers. Most intervention studies focus on caregivers of dementia patients and these caregivers are usually females. Caregivers are not an easy group to access. Intervention objectives and contents vary widely and they are not always well defined. The reported effects are moderate. Studies achieve significant outcomes in reducing distress from behavioural problems, but it is difficult to improve depression levels. Psychotherapeutic interventions have shown moderate efficacy. To conclude, future intervention studies should determine the theoretical framework clearly, as well as the goals, and should use more extensive followup periods.

Las sociedades occidentales están envejeciendo. Aunque buena parte de las personas mayores pueden desenvolverse adecuadamente en el día a día, los porcentajes de mayores dependientes van en aumento. Si bien la dependencia y la consiguiente necesidad de ayuda no son exclusivas de los mayores, dos terceras partes de las personas con discapacidad diaria tienen más de 65 años (IMSERSO, 2005).

Aunque la institucionalización es una posibilidad, en la mayoría de las ocasiones el cuidado se produce dentro del entorno familiar. En estos casos, uno de los familiares (el cuidador informal) asume la tarea de cuidar al mayor. Según el mencionado informe del IMSERSO, los cuidadores informales de mayores dependientes representan un 6% de la población española mayor de 18 años (más de 950.000 personas), mientras que el número de personas mayores atendidas a través de este tipo de ayuda alcanza el 17% de la población de 65 o más años (más de 1.226.000 personas).

Ciertamente, el cuidado formal va aumentando en nuestro país, pero hoy por hoy el cuidado informal es mayoritario. Es más, su papel resulta esencial. Por un lado, porque contribuye a rellenar lagunas y carencias de las redes sociosanitarias. Por otro, porque son el eje fundamental de las políticas sociales de atención a las personas mayores en los países desarrollados, las cuales se plantean como objetivo prioritario «el envejecimiento en casa», lo que, a su vez, implica la potenciación del sistema informal de cuidado (OCDE, 1996).

Los estudios realizados en los últimos veinte años permiten afirmar hoy que los cuidadores informales se ven expuestos a una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis y Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995). Hasta la fecha se han desarrollado distintos tipos de intervenciones: (a) el apoyo formal, mediante servicios comunitarios «de respiro»; (b) programas psicoeducativos; (c) grupos de ayuda mutua; (d) intervenciones psicoterapéuticas (o *counseling*); (e) o una combinación de algunas de las anteriores. En un intento de establecer la eficacia de estas intervenciones en la mejora del estado emocional de los cuidadores, se han llevado a cabo varias revisiones (Bourgeois, Schulz y Burgio, 1996; Collins, Given y Gi-

Fecha recepción: 28-2-06 • Fecha aceptación: 12-9-06

Correspondencia: María Crespo

Facultad de Psicología

Universidad Complutense de Madrid

28223 Madrid (Spain)

E-mail: mcrespo@psi.ucm.es

ven, 1994; Cooke et al., 2001; Green y Brodaty, 2002; Lavoie, 1995; Pusey y Richards, 2001; Rabins, 1997; Schulz et al., 2002; Thompson y Briggs, 2000). Sin embargo, todas ellas se centran única y exclusivamente en cuidadores de personas con demencia. Si bien la demencia constituye una de las principales causas de dependencia entre los mayores, no es en modo alguno la única, por lo que parece conveniente analizar también el efecto de los programas aplicados a otros tipos de cuidadores. Y lo mismo cabe decir de los metaanálisis de Acton y Kang (2001), y de Brodaty, Green y Koschera (2003). Tan sólo los metaanálisis de Knight, Lutzky y Macofsky-Urban (1993), y Sörensen, Pinquart y Duberstein (2002), tienen como objeto de estudio a los cuidadores de personas mayores dependientes en general. Sin embargo, el primero de ellos data de 1993, mientras que buena parte de los estudios sobre intervención en cuidadores se han efectuado con posterioridad; y el segundo utiliza criterios de inclusión muy laxos, sin considerar aspectos metodológicos de importancia como la aleatorización, el tamaño muestral o la comparación de varios tipos de intervención.

En el presente artículo se ofrece una revisión sistemática de los estudios de la eficacia de distintos programas de intervención para la mejora del estado emocional de los cuidadores de familiares mayores dependientes metodológicamente rigurosos. Se trata, por tanto, del primer trabajo de revisión de intervenciones con cuidadores de mayores dependientes en general en el que se utilizan criterios de inclusión restrictivos, con objeto de asegurar el rigor metodológico.

Método

Se realizó una revisión sistemática de la literatura entre 1980-2004, ya que es precisamente en los años ochenta cuando empie-

za a aparecer estudios sistemáticos de intervención con cuidadores (Lavoie, 1995). Se realizó una búsqueda en las bases de datos *Ageline*, *Cochrane Library*, *Medline*, *Portal Mayores*, *Psicodoc*, *Psycinfo* y *Psyke*, utilizando como palabras clave «cuidador» y «cuidado», combinadas con «intervención», «tratamiento», «terapia» y «respiro», y «mayor», «anciano» y «vejez». Además se revisó la bibliografía de los artículos a los que se tuvo acceso a texto completo para localizar nuevas investigaciones. Los criterios de inclusión de los trabajos fueron:

- Población de interés: cuidadores de personas mayores no institucionalizadas.
- Medidas estandarizadas del malestar emocional del cuidador (ansiedad, depresión, ira...).
- Al menos dos momentos de medida (pre y postratamiento).
- Inclusión de grupo de control o comparación.
- Aleatorizados.
- Idioma: inglés o español.

En total se seleccionaron 54 estudios (la mayoría —40— realizados en Estados Unidos), que aparecen resumidos en la tabla 1. En ella, se presentan ordenados alfabéticamente y considerando:

1. Identificación del trabajo: autores y año de publicación.
2. Participantes: número de participantes, porcentajes de rechazos y abandonos, y si son exclusivamente cuidadores de personas con demencia.
3. Intervenciones: tipo de programas comparados.
4. Duración de la intervención, tipo de contacto, número de sesiones y momentos de medida.
5. Resultados: variables emocionales significativamente modificadas.

Tabla 1
Resumen de los estudios sobre eficacia de intervenciones para cuidadores de mayores dependientes (1980-2004)

	Participantes (Rechazos / Abandonos)	Intervenciones	Duración, formato, número sesiones y momentos de medida	Resultados
<i>Akkerman y Ostwald, 2004</i>	N= 23 ¹ (—/39,5%)	GE: Psicoterapia GC: Lista de espera	2 1/2 meses Grupal 10 sesiones Pre, post, seg. 1 mes	GC: ansiedad postratamiento>pretratamiento Postratamiento: ansiedad GE<GC
<i>Archbold et al 1995</i>	N= 20 (42%/12%)	GE: Psicoeducación GC: Tratamiento inespecífico	2-6 meses Individual, telefónico 4-21 sesiones Pre, seg 12 meses	
<i>Bourgeois et al., 2002</i>	N= 51 ¹ (18,3%/33%)	GE ₁ : Psicoeducación GE ₂ : Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	3 meses Grupal, individual, telefónico 12 sesiones Pre, post, seg. 6 meses	Postratamiento: depresión GE ₁ y GE ₂ < GC Postratamiento: estrés GE ₁ < GC
<i>Brodaty et al., 1994</i>	N= 59 (—/27,1%)	GE: Psicoeducación GC: Lista de espera	4 meses Grupal Pre, post	.
<i>Brodaty et al., 1997</i>	N= 90 (—/6,2%)	GE ₁ : Psicoeducación +Respiro GE ₂ : Estimulación cognitiva+Respiro GC: Lista de espera	10 días Grupal, telefónico 29 sesiones (GE ₁) Pre, seg 96 meses	GE ₁ : psicopatología general 12 meses< pretratamiento
<i>Buckwalter et al., 1999</i>	N= 133 (—/45,7%)	GE: Psicoeducación GC: Tratamiento inespecífico	6 meses Individual, telefónico 12 sesiones Pre, post, seg. 12 meses	Postratamiento: psicopatología general, depresión, ansiedad e ira GE< GC Seguimiento: ansiedad e ira GE<GC

Tabla 1 (continuación)
Resumen de los estudios sobre eficacia de intervenciones para cuidadores de mayores dependientes (1980-2004)

	Participantes (Rechazos / Abandonos)	Intervenciones	Duración, formato, número sesiones y momentos de medida	Resultados
Burgener et al., 1998	N= 47 ¹ (—/13%)	GE ₁ : Psicoeducación (información demencia+manejo de conductas) GE ₂ : Psicoeducación (información) GE ₃ : Psicoeducación (manejo de conductas) GC: Tratamiento inespecífico	1 día Individual 1 sesión Pre, seg. 6 meses	
Burgio et al., 2003	N= 118 ¹ (31%/15,7%)	GE: Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	6 meses Grupal, individual, telefónico 10-11 sesiones Pre, post	GE y GC: malestar ante problemas conductuales postratamiento<pretratamiento
Burns et al., 2003	N= 76 ¹ (—/54%)	GE ₁ : Psicoeducación GE ₂ : Psicoeducación +Psicoterapia	24 meses Individual, telefónico 26 sesiones Pre, intra, post	Postratamiento: GE ₂ >GE ₁ bienestar emocional GE ₁ y GE ₂ : malestar ante problemas conductuales postratamiento<pretratamiento; depresión postratamiento> pretratamiento
Chang, 1999	N= 65 ¹ (10%/16%)	GE: Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Telefónico 8 sesiones Pre, intra, post, seg 1 mes.	GE: ansiedad y depresión seguimiento <pretratamiento Seguimiento: depresión GE <GC
Chiverton y Caine, 1989	N= 40 ¹ (—/15%)	GE: Psicoeducación GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Grupal 3 sesiones Pre, post	GE: bienestar emocional postratamiento> pretratamiento
Chu et al., 2000	N= 48 ¹ (—/36%)	GE: Psicoeducación +Tutorización caso GC: Tratamiento inespecífico	18 meses Individual, telefónico 18 sesiones Pre, intra, post.	GE: malestar ante problemas conductuales 6 meses <pretratamiento Intratratamiento: malestar ante problemas conductuales GE<GC
Coon et al., 2003	N= 130 ¹ (—/23%)	GE ₁ : Psicoterapia (control ira) GE ₂ : Psicoterapia (manejo depresión) GC: Lista de espera	2 meses Grupal, telefónico 10 sesiones Pre, post, seg. 3 meses	Postratamiento: ira y la hostilidad GE ₁ y GE ₂ <GC
Davis et al., 2004	N= 44 ¹ (—/38%)	GE ₁ : Psicoterapia (en casa) GE ₂ : Psicoterapia (por teléfono) GC: Tratamiento inespecífico	3 meses Individual, telefónico 12 sesiones Pre, post, seg 3 meses	GE ₁ : malestar emocional seguimiento < pretratamiento Seguimiento: malestar emocional GE ₁ <GE ₂ y GC
Demers y Lavoie, 1996	N= 120 (80%/21,5%)	GE: Ayuda mutua GC: Tratamiento inespecífico	2 1/2 meses Grupal 10 sesiones Pre, post, seg. 3 meses	Postratamiento: depresión GE<GC
Eisdorfer et al., 2003	N= 154 ¹ (—/31,5%)	GE ₁ : Terapia familiar GE ₂ : Terapia familiar+Teléfono GC: Tratamiento inespecífico	12 meses Individual, telefónico 26-82 sesiones Pre, intra, post, seg.	GE ₁ : depresión intratratamiento>pretratamiento GE ₂ : depresión intratratamiento<pretratamiento
Gallagher-Thompson y Steffen, 1994	N= 42 (—/21%)	GE ₁ : Psicoterapia (cognitivo conductual) GE ₂ : Psicoterapia (psicodinámica breve)	4 meses Individual 16-20 sesiones Pre, intra, post, seg 12 meses	
Gallagher-Thompson et al., 2000	N= 161 (—/25,8%)	GE ₁ : Psicoterapia (incremento de actividades gratificantes) GE ₂ : Psicoterapia (solución de problemas) GC: Lista de espera	2 1/2 meses Grupal 10 sesiones Pre, post	Postratamiento: diagnóstico de depresión GE ₁ <GE ₂ y GC
Gallagher-Thompson et al., 2003	N= 213 ¹	GE ₁ : Psicoterapia GE ₂ : Ayuda mutua	2 1/2 meses Grupal 10 sesiones Pre, post	Postratamiento: depresión GE ₁ <GE ₂ GE ₁ y GE ₂ : malestar ante problemas conductuales postratamiento<pretratamiento
Gendron et al., 1996	N= 35 ¹ (10,25%/—)	GE ₁ : Psicoterapia GE ₂ : Psicoeducación+Ayuda mutua	2 meses Grupal, telefónico 8 sesiones Pre, post, seg. 6 meses	
Gitlin et al., 2001	N= 171 ¹ (—/15,3%)	GE: Psicoeducación+Modificación entorno GC: Tratamiento inespecífico	3 meses Individual 5 sesiones Pre, post	
Gitlin et al., 2003	N= 190 ¹ (12% /26%)	GE: Psicoeducación+Modificación entorno GC: Tratamiento inespecífico	6 meses Individual, telefónico 6 sesiones Pre, post	GE: bienestar emocional postratamiento>pretratamiento; malestar ante problemas conductuales postratamiento <pretratamiento

Tabla 1 (continuación)
Resumen de los estudios sobre eficacia de intervenciones para cuidadores de mayores dependientes (1980-2004)

	Participantes (Rechazos / Abandonos)	Intervenciones	Duración, formato, número sesiones y momentos de medida	Resultados
<i>Goodman y Pynoos, 1990</i>	N= 66 ¹ (—/18,5%)	GE: Ayuda mutua GC: Psicoeducación	3 meses Telefónico 12 sesiones Pre, post	
<i>Haley et al., 1987</i>	N= 40 ¹ (—/25,9%)	GE ₁ : Psicoeducación +Ayuda mutua GE ₂ : Psicoterapia GC: Lista de espera	4 meses 15 semanas Grupal 10 sesiones Pre, post, seg. 1 mes	
<i>Hébert et al., 1994</i>	N= 29 ¹ (47%/33,3%)	GE: Psicoeducación +Ayuda mutua GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Grupal 2-8 sesiones Pre, post, seg. 8 meses	
<i>Hepburn et al., 2001</i>	N= 94 ¹ (—/19,6%)	GE: Psicoeducación GC: Lista de espera	7 semanas Grupal 7 sesiones Pre, post	GE: malestar ante problemas conductuales postratamiento <pretratamiento Postratamiento: malestar ante problemas conductuales y depresión GE<GC
<i>Hinchliffe et al., 1995</i>	N= 26 ¹ (—/35%)	GE:Psicoeducación+Fármacos+Respiro GC: Lista de espera	4 meses Individual 12 sesiones Pre, post, seg. 4 meses	Postratamiento: psicopatología general y diagnóstico psicopatológico GE<GC
<i>Lawton et al., 1989</i>	N= 632 ¹	GE: Respiro GC: Tratamiento inespecífico	12 meses Pre, post	
<i>Logiudice et al., 1999</i>	N= 50 ¹ (—/10%)	GE: Psicoeducación GC: Tratamiento inespecífico	Individual 2 sesiones Pre, post, seg.	
<i>Losada et al., 2005</i>	N= 56 ¹ (32,5%/18,3%)	GE ₁ : Psicoterapia (cognitivo-conductual) GE ₂ : Psicoterapia (manejo problemas mayor) GC: Lista de espera	2 meses Grupal 8 sesiones Pre, post, seg. 3 meses	GE ₁ : depresión, estrés y malestar ante problemas conductuales postratamiento y seguimiento<pretratamiento Postratamiento: estrés y malestar ante problemas conductuales GE ₁ <GE ₂ y GC. Seguimiento: estrés GE ₁ <GE ₂ y GC. GE ₂ : malestar ante los problemas conductuales seguimiento <pretratamiento
<i>Mahoney et al., 2003</i>	N= 82 ¹ (15%/18%)	GE: Psicoterapia +Ayuda mutua +Respiro GC: Tratamiento inespecífico	18 meses Telefónico 11 sesiones Pre, intra, post	
<i>Marriott et al., 2000</i>	N= 41 ¹ (25%/2,3%)	GE: Psicoterapia GC ₁ : Tratamiento inespecífico (con entrevista) GC ₂ : Tratamiento inespecífico (sin entrevista)	7 meses 1-14 sesiones Pre, post, seg 3 meses	GE: casos de psicopatología postratamiento<pretratamiento Postratamiento y seguimiento: psicopatología general y depresión GE<GC ₁ y GC ₂
<i>McCurry et al., 1998</i>	N= 29 ¹ (—/19,4%)	GE ₁ : Psicoterapia(individual) GE ₂ : Psicoterapia (grupal) GC: Lista de espera	11 1/2 meses Individual, grupal 4-6 sesiones Pre, post, seg. 3 meses	
<i>Mittelman et al., 2004</i>	N= 223 ¹ (—/45,1%)	GE: Psicoterapia+Ayuda mutua GC: Tratamiento inespecífico	4 meses Individual, grupal, telefónico 6 sesiones Pre, post, seg 96 meses	Seguimientos 8, 12 y 36 meses depresión GE<GC
<i>Mohide et al., 1990</i>	N= 42 ¹ (18,9%/30%)	GE: Psicoeducación+Respiro+Ayuda mutua GC: Tratamiento inespecífico	6 meses Grupal, individual Pre, intra, post	
<i>Newcomer et al., 1999</i>	N= 988 ¹ (—/74%)	GE: Tutorización caso+Psicoeducación+ Ayuda mutua+Respiro GC: Tratamiento inespecífico	36 meses Individual, grupal Pre, intra, post	Intratratamiento: depresión GE<GC
<i>Nobili et al., 2004</i>	N= 39 ¹ (13,6%/43,5%)	GE: Psicoeducación GC: Tratamiento inespecífico	Individual 2 sesiones Medidas: Pre, 12 meses	
<i>Ostwald et al., 1999</i>	N= 94 ¹ (—/19,7%)	GE: Psicoeducación GC: Lista de espera	7 semanas Grupal 7 sesiones Pre, post, seg. 2 meses	Postratamiento: malestar ante problemas conductuales GE<GC

Tabla 1 (continuación)
Resumen de los estudios sobre eficacia de intervenciones para cuidadores de mayores dependientes (1980-2004)

	Participantes (Rechazos / Abandonos)	Intervenciones	Duración, formato, número sesiones y momentos de medida	Resultados
Quayhagen et al., 2000	N= 103 ¹	GE ₁ : Psicoeducación GE ₂ : Terapia de pareja GE ₃ : Respiro+Ayuda mutua GE ₄ : Estimulación cognitiva GC: Lista de espera	2 meses Individual, grupal 8 sesiones Pre, seg 3 meses	GE ₃ : hostilidad seguimiento<pretratamiento GE ₄ : depresión seguimiento<pretratamiento
Roberts et al., 1999	N= 58 ¹ (30%/23%)	GE: Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	6 meses Individual, telefónico 10 sesiones Pre, post, seg. 12 meses	
Senanarong et al., 2004	N= 50 ¹	GE: Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	1 1/2 - 2 meses Grupal 5 sesiones Pre, seg 4 meses	
Silliman et al., 1990	N= 129 (35,8%/10,85%)	GE: Evaluación caso GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Individual, telefónico Pre, seg 3 meses	
Steffen, 2000	N= 28 ¹ (—/15%)	GE ₁ : Psicoterapia (individual con vídeos) GE ₂ : Psicoterapia (grupal) GC: Lista de espera	2 meses Telefónico, grupal 8 sesiones Pre, post	Postratamiento: ira GE ₁ y GE ₂ <GC; depresión GE ₁ <GC
Teri et al 1997	N= 72 ¹ (—/18,2%)	GE ₁ : Incremento actividades gratificantes del mayor GE ₂ : Psicoterapia (solución de problemas) GC ₁ : Tratamiento inespecífico GC ₂ : Lista de espera	9 semanas Grupal 9 sesiones Pre, post, seg 6 meses	Seguimiento: depresión GE ₁ y GE ₂ <GC ₁ y GC ₂
Toseland et al., 1989	N= 52 (21,1% /7,15%)	GE ₁ : Psicoeducación+Ayuda mutua (director: profesional) GE ₂ : Ayuda mutua (director: cuidador) GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Grupal 8 sesiones Pre, post	Postratamiento: mejoría del bienestar emocional GE ₁ y GE ₂ > GC; índice global de severidad, índice de sintomatología general, índice de sintomatología positiva, la somatización, obsesión-compulsión y ansiedad fóbica GE ₁ y GE ₂ <GC; ansiedad fóbica GE ₂ <GE ₁
Toseland y Smith, 1990	N= 87	GE ₁ : Psicoterapia (director: profesional) GE ₂ : Psicoterapia (director: cuidador) GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Individual 8 sesiones Pre, post	Postratamiento: bienestar emocional GE ₁ >GC; ansiedad, depresión y hostilidad GE ₁ <GC; ansiedad GE ₂ <GC; índice global de severidad GE ₁ y GE ₂ <GC
Toseland et al., 1990	N= 149	GE ₁ : Psicoterapia (grupal) GE ₂ : Psicoterapia (individual) GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Grupal, individual 8 sesiones Pre, post	Postratamiento: psicopatología GE ₁ y GE ₂ <GC
Toseland et al., 1992	N= 89 (17,6%/—)	GE: Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Grupal 8 sesiones Pre, post	GC: depresión postratamiento<pretratamiento
Toseland et al., 2001	N= 105 (—/6,6%)	GE: Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	2 meses Grupal 8 sesiones Pre, post	Postratamiento: depresión GE <GC
van den Heuvel et al., 2000	N= 189 (17,5%/10,4%)	GE ₁ : Psicoeducación (grupo) GE ₂ : Psicoeducación (individual) GC: Lista de espera	2-2 1/2 meses Grupal, Individual 8-10 sesiones Pre, seg 1 mes	
Weuve et al., 2000	N= 88 (35,3%/11,11%)	GE: Evaluación caso+Psicoterapia GC: Tratamiento inespecífico	6 meses Individual 9 sesiones Pre, seg. 12 meses	
Zanetti et al., 1998	N= 21 ¹ (—/ 8,7%)	GE: Psicoeducación GC: Tratamiento inespecífico	1 1/2 meses Grupal 6 sesiones Pre, post, seg. 3 meses	
Zarit et al., 1982	N= 35 ¹	GE ₁ : Estimulación cognitiva GE ₂ : Psicoterapia GC: Lista de espera	3 1/2 semanas Grupal 7 sesiones Pre, post	Postratamiento: depresión GE ₁ y GE ₂ >GC
Zarit et al., 1987	N= 119 ¹¹ (22%/ 52%)	GE ₁ : Psicoterapia GE ₂ : Ayuda mutua GC: Lista de espera	2 meses Individual, grupal 8 sesiones Pre, post, seg 12 meses	GE ₁ GE ₂ y GC: malestar ante problemas conductuales postratamiento<pretratamiento

¹ Cuidadores de mayores con demencia; GC= Grupo Control; GE= Grupo Experimental

Resultados

Participantes

La mayoría de los estudios utilizan *muestras de conveniencia* (voluntarios, anuncios, asociaciones de familiares de enfermos...).

El número de participantes puede considerarse elevado: en tan sólo 7 estudios es menor de 30, y en 28 está por encima de 60.

La mayoría de los programas están dirigidos a *cuidadores de personas con demencia* (81,5%). Otros utilizan muestras heterogéneas de cuidadores de mayores con alguna limitación física o enfermedad (e.g., ictus, Parkinson...), entre los que se incluyen en ocasiones también cuidadores de personas con demencia.

La mayoría de los cuidadores son *mujeres* y la *edad media* tiende a situarse entre los 70-80 años. No obstante, parece que los *hijos* participan de los tratamientos para cuidadores con tanta o más facilidad que los esposos, de modo que son varios los estudios (6) en los que el porcentaje mayor de los participantes corresponde a hijos/as.

Pese a que los participantes suelen tener un *nivel de escolarización* medio, el porcentaje de cuidadores con estudios universitarios es elevado (en 6 estudios se sitúa entre 30% y 49,5%).

Aunque la mayoría *trabajan* únicamente dentro del hogar, cuando se trata de los hijos es frecuente que sigan trabajando a jornada completa o parcial.

Las tasas de *rechazos* y de *abandonos* son, por lo general, muy elevadas, llegando a alcanzar los abandonos un 74% (Newcomer et al., 1999). Aunque no se suele indicar los motivos del rechazo, cuando se hace, aluden a la sobrecarga, la escasa disponibilidad de tiempo, la imposibilidad de dejar al mayor con alguien o la presencia de problemas de salud, si bien en algunos casos se manifiesta la creencia de que el tratamiento va a resultar una carga adicional en lugar de una ayuda. En cuanto a los abandonos, las razones suelen ser el fallecimiento del ser querido, su institucionalización o problemas de salud del cuidador o del mayor.

Metodología de los estudios

Aunque los estudios seleccionados son todos aleatorizados, en pocas ocasiones (sólo 7) se especifica cómo se procedió a la *aleatorización*. La mayoría utilizan la aleatorización simple, aunque varios recurren a una aleatorización estratificada, en función de género, grupo étnico, lugar de residencia, tiempo como cuidador, severidad de los pacientes, utilización de centros de día..., o una combinación de algunas de estas variables.

Un 57,5% utilizan *grupo control*, un 5,5% *comparan* varias intervenciones y el 37% restante utilizan ambas. Cuando se utiliza grupo control la opción mayoritaria es un tratamiento inespecífico de atención al cuidador (39,8%), y en menor medida los servicios habituales que se ofrecen a los cuidadores (e.g., cuidados médicos para el mayor) (30,1%), o la lista de espera (30,1%).

Los *períodos de seguimiento* varían mucho, pero tan sólo en 14 trabajos alcanzan al menos los 6 meses.

Los *análisis de datos* incluyen análisis de varianza de medidas repetidas o de covarianza introduciendo el valor pretratamiento como covariable. Cabe destacar que, a pesar de los numerosos abandonos, pocas investigaciones utilizan la *intención de tratar* en los análisis.

Características de los programas

Los *objetivos* de los programas son diversos y en ocasiones inespecíficos. La mayoría pretenden mejorar el estado emocional del cuidador y retrasar la institucionalización del mayor. En cualquier caso, son escasas las intervenciones fundamentadas en un *marco teórico previo* claramente explicitado.

El *contenido y desarrollo* de las intervenciones no siempre está suficientemente especificado. Los que aparecen con más frecuencia son los programas psicoterapéuticos o de *counseling* (26 estudios), seguidos de los psicoeducativos (16). Los programas de respiro y los grupos de ayuda mutua son menos frecuentes (1 y 5 estudios, respectivamente), si bien en algunos casos se combinan con psicoeducación, con psicoterapia, o entre ellos. Asimismo, aparecen otros tipos de programas menos difundidos, como la tutorización o seguimiento de caso (3 estudios), la terapia familiar (1) o de pareja (1), o la activación de la memoria o la estimulación cognitiva del mayor (3).

A pesar del esfuerzo realizado por especificar el tipo de intervención, resulta difícil determinar si una intervención es estrictamente psicoeducativa, esto es esencialmente informativa, o resulta un grupo de ayuda mutua, o si es psicoterapéutica. En general, se observa una evolución en los contenidos de los programas: desde la presentación de información en los más antiguos, al ofrecimiento de estrategias y herramientas concretas en los más recientes.

Las intervenciones psicoterapéuticas son, en su mayoría, programas multicomponentes de orientación cognitivo-conductual, que incluyen entrenamiento en control de la activación, reestructuración cognitiva, solución de problemas e incremento de actividades gratificantes, a los que pueden añadirse otros elementos (e.g., autoinstrucciones, entrenamiento en asertividad...). Para su aplicación se utilizan diversas *técnicas* (discusión en grupo, *role-playing*, lecturas, materiales audiovisuales...), sin que exista homogeneidad entre las distintas intervenciones.

En cuanto al *formato*, la mayoría son intervenciones grupales; tan sólo tres estudios comparan la intervención aplicada en formato individual y grupal.

En 16 estudios son los profesionales los que se desplazan al *domicilio del cuidador*, bien regularmente (14), bien cuando resulta necesario (2).

Son varios los estudios llevados a cabo exclusivamente a través del *teléfono*, en alguna o en todas las condiciones experimentales (6 estudios), si bien con mayor frecuencia se recurre a contactos telefónicos ocasionales (24 estudios).

La mayor parte de las intervenciones son *dirigidas y supervisadas* por profesionales, pero en ocasiones son otros cuidadores los que desarrollan grupos de ayuda mutua e incluso una intervención de *counseling*.

La *duración* de los programas va desde un único día hasta 36 meses, pero en la mayoría de los casos, especialmente en los tratamientos psicoterapéuticos, las sesiones se extienden a lo largo de, aproximadamente, 8 semanas.

En pocas ocasiones (9 estudios) se valora la *implementación* a los programas. Con todo, los datos parecen indicar que cuando son los propios cuidadores quienes tienen que tomar la iniciativa para la utilización de los recursos puestos a su disposición, los usan en muy escasa medida, siendo la adhesión al tratamiento cada vez menor conforme pasa el tiempo.

Resultados de los programas

En general, los resultados obtenidos por los distintos programas son más bien modestos. El tamaño del efecto de las intervenciones, cuando este dato se ofrece, suele ser pequeño o moderado.

Gran parte de los estudios evalúan las *respuestas emocionales negativas de los cuidadores*, determinando los niveles de depresión, ansiedad, ira, hostilidad o psicopatología general. Aunque resulte sorprendente y no sea un objetivo directo de numerosos tratamientos, son mejores los resultados en la disminución de la ira y hostilidad que en la modificación de los niveles de cualquier otra respuesta emocional. Además parece más fácil modificar la ansiedad o los niveles globales de psicopatología que la depresión. De hecho, ésta es la única medida que en ciertos estudios incrementa sus niveles tras la intervención.

Un segundo grupo de estudios evalúa *variables relacionadas con el estrés provocado por problemas específicos de la situación de cuidado* como el malestar ante los problemas conductuales del mayor. En general, éste ha sido modificado por las intervenciones, ya que un 42% de los grupos que tratan de modificarlo lo consiguen con éxito.

Un tercer grupo de estudios, más minoritario, se concentra en evaluar los *trastornos psiquiátricos* de los cuidadores, si bien sus resultados son poco concluyentes.

Algunos de los resultados pueden considerarse inesperados; así se constata que el *género* influye en la cantidad de malestar emocional al inicio de los tratamientos pero no en la evolución tras las intervenciones. Es decir, las cuidadoras presentan mayores niveles de depresión antes de comenzar las intervenciones, pero no mejoran ni más ni menos estos síntomas que los cuidadores masculinos.

Por lo que respecta a los *efectos de los distintos tipos de intervenciones*, los datos indican que la psicoterapia consigue mejores resultados que la psicoeducación, especialmente en la reducción de depresión, ansiedad, hostilidad, psicopatología general y malestar ante problemas conductuales. Los efectos no parecen depender de la aplicación individual, grupal o mixta de las intervenciones psicoterapéuticas; no obstante, las aplicaciones telefónicas obtienen peores resultados.

Los programas multicomponentes, que incorporan diversas estrategias de intervención (servicios de respiro, ayuda mutua y psicoeducación o psicoterapia), no consiguen necesariamente mejores resultados que las centradas en alguno de estos elementos. Con la excepción de los programas de respiro, que obtienen mejores resultados en combinación con otras modalidades terapéuticas que por sí mismos. Las intervenciones que logran peores resultados son, por este orden, los programas de respiro, los grupos de ayuda mutua y los programas psicoeducativos.

Discusión y conclusiones

El estudio empírico de intervenciones dirigidas a cuidadores de mayores dependientes comenzó en los años ochenta, sin que todavía se hayan conseguido establecer con claridad la eficacia de este tipo de intervenciones. Las intervenciones no han sido homogéneas y han admitido una amplia variedad de contenidos y de formatos de actuación, por lo que parece conveniente efectuar un análisis pormenorizado de lo hasta ahora realizado con vistas a la optimización de las acciones futuras.

Por lo que respecta al tipo de *cuidadores*, quienes se ocupan de mayores con demencia son, sin ninguna duda, el grupo que más

atención ha recibido. En ellos exclusivamente se centran buena parte de los estudios realizados. Esta preponderancia se basa en la consideración de que estos cuidadores se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, que hace que desarrollen mayores problemas emocionales (Pinquart y Sörensen, 2003). Sin embargo, algunos estudios ponen de manifiesto que éstos dependen más de las propias habilidades y recursos del cuidador que de la problemática específica que presenta la persona cuidada (Crespo, López y Zarit, 2005). Desde esta perspectiva tendría más sentido hablar de cuidadores de mayores dependientes en general, tal y como se plantea en la presente revisión.

En cualquier caso, los cuidadores se han presentado tradicionalmente como un grupo de difícil acceso. Sin embargo, el tamaño muestral de los estudios aquí considerados (en general amplio), entra en contradicción con esta afirmación, lo que podría explicarse, al menos en parte, por los criterios de inclusión aquí aplicados (i.e., asignación aleatoria y presencia de grupos de control o comparación), que requieren tamaños muestrales mayores.

No obstante, las dificultades de acceso se hacen patentes en los elevados porcentajes de rechazos y abandonos. A este respecto cabe destacar que son precisamente los cuidadores más afectados emocionalmente los más proclives tanto a rechazar como a abandonar el tratamiento. No obstante, algunos estudios no encuentran diferencias emocionales significativas entre los que completan los tratamientos y los que no lo hacen.

En relación con todo ello, las muestras utilizadas suelen ser de conveniencia, lo que puede introducir ciertos sesgos en los resultados. Por ello, y aunque pocas veces se hace, cuando los cuidadores pertenecen a asociaciones de familiares resultaría de especial importancia que se indicase si acuden a grupos de ayuda mutua. Es de destacar la sobrerrepresentación de varones en las muestras respecto al número de cuidadores masculinos, lo que parece indicar que los varones son más proclives a participar en las intervenciones.

Parece que los familiares que cuidan a mayores en casa son un grupo de difícil acceso. Muchos no están interesados en participar en las distintas intervenciones y otros, aunque lo estén, tienen graves dificultades que les impiden implicarse. Es más, en general, muestran poca iniciativa en la utilización de recursos.

Por todo ello, parece esencial adecuar las *intervenciones* a las necesidades y características específicas de los cuidadores (especialmente su escasa disponibilidad de tiempo y su sobrecarga de tareas). En este sentido, los datos indican que aquellas intervenciones en las que el contacto con el cuidador es escaso, resultan largas, o tienen numerosos momentos de medida, generan un mayor número de abandonos. Parece, pues, que es importante ofrecer programas de intervención breves, que no supongan un factor de estrés añadido. Por otra parte, parece bien asumido que la intervención debe ser llevada a cabo por personal bien formado, que pueda ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y solución de sus problemas emocionales (Knight et al., 1993; Sörensen et al., 2002).

Respecto a la aplicación de la intervención en el domicilio, los resultados no suelen ser positivos y, sorprendentemente, las tasas de abandono son en ocasiones mayores que cuando la intervención se realiza en un centro de referencia (van den Heuvel et al., 2000), lo que podría relacionarse con las habituales interrupciones, o con el hecho de que de esta manera no se le proporciona al cuidador un tiempo de respiro y desconexión.

En cuanto a los *resultados* de las intervenciones, los datos no son concluyentes, aunque apuntan a la superioridad de la psicote-

rapia sobre otras modalidades de intervención (Logiudice et al., 1999). Es más, los efectos conseguidos por las distintas intervenciones en la mejora del malestar emocional son, cuando se producen, moderados. No obstante, dado que cuidar es un estresor crónico cuya presencia se mantiene durante y después de la intervención, no es de extrañar que sea difícil modificar el malestar. En estas circunstancias puede considerarse un logro conseguir que el malestar emocional no aumente.

Es preciso reseñar, no obstante, que los participantes en estos programas dirigidos a manejar el malestar emocional no necesariamente tienen que estar afectados emocionalmente. De hecho, son pocos los estudios que centran sus intervenciones exclusivamente en cuidadores emocionalmente afectados, lo que puede hacer que se produzca un efecto suelo que dificulte encontrar mejoras significativas. Aunque tampoco debe olvidarse que resulta más difícil la asimilación de nuevos conceptos e información entre los cuidadores altamente afectados a nivel emocional (Brodaty, Roberts y Peters, 1994).

Se puede concluir, pues, como señala Lavoie (1995), que las intervenciones con cuidadores, especialmente los programas psicoterapéuticos, son útiles, aunque tengan, eso sí, una utilidad limitada.

Volviendo los ojos hacia nuestro entorno más cercano, cabe reseñar que en nuestro país son muy escasas las intervenciones para cuidadores de mayores dependientes y menos aún los estudios controlados de estas intervenciones (tan sólo uno entre los 54 aquí considerados).

Parece, pues, necesario desarrollar programas adaptados a las necesidades de los cuidadores, con una orientación psicoterapéutica, en los que se proporcionen estrategias eficaces para el manejo del estrés que supone la situación de cuidado. De esta manera se podrá contribuir a la mejora del estado emocional de los cuidadores, y por ende, el de los mayores a los que cuidan. Además, el mejor estado de los cuidadores puede a su vez retrasar la institucionalización del mayor, contribuyendo así a ese «envejecer en casa», que más allá de constituir un objetivo político, supone un deseo vital para muchas personas.

Referencias

- Acton, G.J., y Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia. *Research in Nursing and Health*, 24, 349-360.
- *Akkerman, R.L., y Ostwald, S.K. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19, 117-123.
- *Archbold, P.G., Steward, B.J., Miller, L.L., Harvath, T.A., Greenlick, M.R., van Buren, L., Kirschling, J.M., Valanis, B.G., Brody, K.K., Schook, J.E., y Hagan, J.M. (1995). The PREP system of nursing interventions. *Research in Nursing and Health*, 18, 3-16.
- Bourgeois, M.S., Schulz, R., y Burgio, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Aging and Human Development*, 43, 35-92.
- *Bourgeois, M.S., Schulz, R., Burgio, L.D., y Beach, S. (2002). Skills training for spouses of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 53-73.
- Brodaty, H., Green, A., y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, 657-664.
- *Brodaty, H., Gresham, M., y Luscombe, G. (1997). The Prince Henry hospital dementia caregivers' training programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 183-192.
- *Brodaty, H., Roberts, K., y Peters, K. (1994). Quasi-experimental evaluation of an educational model for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1994, 195-204.
- *Buckwalter, K.C., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G.R., Kelly, A., Richards, B., y Sime, M. (1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13, 80-88.
- *Burgener, C.S., Bakas, T., Murray, C., Dunahee, J.A., y Tossey, S. (1998). Effective caregiving approaches for patients with Alzheimer's Disease. *Geriatric Nursing*, 19, 121-125.
- *Burgio, L., Stevens, A., Guy, D., Roth, D.L., y Haley, W.E. (2003). Impact of two psychosocial interventions on White and African American family caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*, 43, 568-579.
- *Burns, R., Nichols, L.O., Martindale-Adams, J., Graney, M.J., y Lummas, A. (2003). Primary care interventions for dementia caregivers. *Gerontologist*, 43, 547-555.
- *Chang, B.L. (1999). Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of person with dementia. *Nursing Research*, 48, 173-182.
- *Chiverton, P., y Caine, E.D. (1989). Education to assist spouses in coping with Alzheimer Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 593-598.
- *Chu, P., Edwards, J., Levin, R., y Thompson, J. (2000). The use of clinical case management for early stage of Alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 15, 284-290.
- Collins, C.E., Given, B.A., y Given, C.W. (1994). Interventions with family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America*, 29, 195-207.
- Cooke, D.D., McNally, L., Mulligan, K., Harrison, M.J.G., y Newman, S.P. (2001). Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5, 120-135.
- *Coon, D.W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K., y Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management. *Gerontologist*, 43, 678-689.
- Crespo, M., López, J., y Zarit, S. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: A comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591-592.
- *Davis, L.L., Burgio, L.D., Buckwalter, K.C., y Weaver, M. (2004). A comparison of in-home and telephone-based skill training interventions with caregivers of persons with dementia. *Journal of Mental Health and Aging*, 10, 31-44.
- *Demers, A., y Lavoie, J.P. (1996). Effect of support groups on family caregivers to the frail elderly. *Canadian Journal on Aging*, 15, 129-144.
- *Eisdorfer, C., Czaja, S.J., Loewenstein, D.A., Rubert, M.P., Argüelles, S., Mirani, V.B., y Szapocznik, J. (2003). Effect of family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *Gerontologist*, 43, 521-531.
- Fernández-Hermida, J.R., Fernández-Sandonis, J., y Fernández-Menéndez, M. (1990). Factores que influyen en la tolerancia familiar hacia los pacientes ancianos demenciados. *Psicothema*, 2, 25-35.
- *Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabowitz, Y., y Thompson, L.W. (2003). Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia. *Gerontologist*, 43, 580-591.
- *Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J., McKibbin, C., Coon, D., Futterman, A., y Thompson, L.W. (2000). Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 91-109.
- Gallagher-Thompson, A., 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.
- *Gendron, C., Poitras, L., Dastoor, D.P., y Perodeau, G. (1996). Cognitive-behavioral group intervention for spousal caregivers. *Clinical Gerontologist*, 17, 3-19.

- *Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A., y Hauck, W.W. (2001). Randomized, controlled trial of a home environmental intervention. *Gerontologist*, 41, 4-14.
- *Gitlin, L.N., Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M.P., Schinfeld, S., y Hauck, W.W. (2003). Effects of the home environmental skill-building program on the caregiver-care recipient dyad. *Gerontologist*, 43, 532-546.
- *Goodman, C.C., y Pynoos, J. (1990). A model telephone information and support program for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 30, 339-404.
- Green, A., y Brodaty, H. (2002). Care-giver interventions. En N. Qizilbash (ed.): *Evidence-based dementia practice* (pp. 796-794). Oxford: Blackwell Publishing.
- *Haley, W.E., Brown, S.L., y Levine, E.G. (1987). Experimental evaluation of the effectiveness of group intervention for dementia caregivers. *Gerontologist*, 27, 376-382.
- *Hébert, R., Leclerc, G., Bravo, G., Girouard, D., y Lefrançois, R. (1994). Efficacy of a support group programme for care-givers of demented patients in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 18, 1-14.
- *Hepburn, K.W., Tornatore, J., y Ostwald, S.W. (2001). Dementia family caregiver training: Affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 450-457.
- *Hinchliffe, A.C., Hyman, I.L., Blizard, B., y Livingston, G. (1995). Behavioural complications of dementia-can they be treated? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 839-847.
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: IMSERSO.
- Knight, B.G., Lutzky, S.M., y Macofsky-Urban, F. (1993). Meta-analytic review of interventions for caregiver distress. *Gerontologist*, 33, 240-248.
- Lavoie, J.P. (1995). Support groups for informal caregivers don't work! Refocus the groups or evaluations? *Canadian Journal of Aging*, 14, 580-595.
- *Lawton, M.P., Brody, E.M., y Saperstein, A.R. (1989). A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 29, 8-16.
- *Logiudice, D., Waltrowicz, W., Brown, K., Burows, C., Ames, D., y Flicker, L. (1999). Do memory clinics improve the quality of life of carers? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 626-632.
- *Losada, A. (2005). *Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- *Mahoney, D.F., Tarlow, B.J., y Jones, R.N. (2003). Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety. *Gerontologist*, 43, 556-567.
- *Marriott, A., Donaldson, C., Tarrrier, N., y Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- *McCurry, S.M., Logsdon, R.G., Vitiello, M.V., y Teri, L. (1998). Successful behavioral treatment for reported sleep problems in elderly caregivers of dementia patients. *Journals of Gerontology*, 53B, P122-P129.
- *Mittelman, M.S., Roth, D.I., Coon, D.W., y Haley, W.E. (2004). Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer disease. *American Journal of Psychiatry*, 161, 850-856.
- *Mohide, E.A., Pringle, D.M., Streiner, D.L., Gilbert, J.R., y Muir, G. (1990). A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 446-454.
- *Newcomer, R., Yordi, C., DuNah, R., Fox, P., y Wilkinson, A. (1999). Effects the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on caregiver burden and depression. *Health Services Research*, 34, 669-689.
- *Nobili, A., Riva, E., Tettamanti, M., Lucca, U., Liscio, M., Petrucci, B., y Porro, G.S. (2004). The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18, 75-82.
- OCDE (1996). *Protéger les personnes âgées dépendantes*. Paris: Nouvelles Orientations.
- *Ostwald, S.K., Hepburn, K.W., Caron, W., Burns, T., y Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: A randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*, 39, 299-309.
- Pinquant, M., y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pusey, H., y Richards, D. (2001). Systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5, 107-119.
- *Quayhagen, M.P., Quayhagen, M., Corbeil, R.R., Hendrix, R.C., Jackson, E., Snyder, L., y Bower, D. (2000). Coping with dementia: Evaluation of four nonpharmacologic interventions. *International Psychogeriatrics*, 12, 249-265.
- Rabins, P.V. (1997). Caring for persons with dementing illnesses. En L.L. Heston (ed.): *Progress in Alzheimer's disease and similar conditions* (pp. 277-289). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- *Roberts, J., Browne, G., Milne, C., Spooner, L., Gafni, A., Drummond-Young, M., LeGris, J., Watt, S., LeClair, K., Beaumont, L., y Roberts, J.N. (1999). Problem solving counselling for caregivers of cognitively impaired: Effective for whom? *Nursing Research*, 48, 162-172.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving. *Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L.M., Belle, S.H., Burgio, L., Gitlin, L., Coon, D., Burns, R., Gallagher-Thompson, D., y Stevens, A. (2002). Dementia caregiver intervention research. *Gerontologist*, 42, 589-602.
- *Senanarong, V., Jamjumras, P., Harmphadungkit, K., Klubwongs, M., Udolphanthurak, S., Pongvarin, N., Vannasaeng, S., y Cummings, J.L. (2004). A counseling intervention for caregivers: Effect on neuropsychiatric symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 781-788.
- *Silliman, R., McGarvey, S.T., Raymond, P.M., y Fretwell, M.D. (1990). The Senior Care Study: Does inpatient interdisciplinary geriatric assessment help the family caregivers of acutely ill older patients? *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 461-466.
- Sörensen, S., Pinquant, M., y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372.
- *Steffen, A.M. (2000). Anger management for dementia caregivers: A preliminary study using video and telephone interventions. *Behavior Therapy*, 31, 281-299.
- Thompson, C., y Briggs, M. (2000). Support for carers of people with Alzheimer's type dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000454.
- *Teri, L., Logsdon, R.G., Uomoto, J., y McCurry, S.M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients. *Journals of Gerontology*, 52B, P159-P166.
- *Toseland, R.W., Labrecque, M.S., Goebel, S.T., y Whitney, M.H. (1992). An evaluation of a group program for spouses of frail elderly veterans. *Gerontologist*, 32, 382-390.
- *Toseland, R.W., McCallion, P., Smith, T., Huck, S., Bourgeois, P., y Garstka, T. (2001). Health education groups for caregivers in an HMO. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 551-570.
- *Toseland, R.W., Rossiter, C.M., Peak, T., y Smith, G.C. (1990). Comparative effectiveness of individual and group interventions to support family caregivers. *Social Work*, 35, 209-217.
- *Toseland, R.W., Rossiter, C.M., y Labrecque, M.S. (1989). The effectiveness of peer-led and professionally led groups to support family caregivers. *Gerontologist*, 29, 465-471.
- *Toseland, R.W., y Smith, G. (1990). Effectiveness of individual counseling by professional and peer helpers for family caregivers of the elderly. *Psychology and Aging*, 5, 256-263.
- *van den Heuvel, E.T.P., de Witte, L.P., Nooyen-Haazen, I., Sanderman, R., y Meyboom-deJong, B. (2000). Short-term effects of a group support program and an individual support program for caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 40, 109-120.
- *Weuve, J.L., Boulton, C., y Morishita, L. (2000). Effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden. *Gerontologist*, 40, 429-436.
- *Zanetti, O., Metitieri, T., Bianchetti, A., y Trabucchi, M. (1998). Effectiveness of an educational program for demented person's relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 6 (Supplement), 531-538.
- *Zarit, S.H., Zarit, J.H., y Reever, K.E. (1982). Memory training for severe memory loss. *Gerontologist*, 22, 373-377.
- *Zarit, S.H., Anthony, C.R., y Boutsellis, M. (1987). Interventions with caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*, 2, 225-232.