



LA CREACIÓN DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA PARA FAMILIARES DE PERSONAS DEPENDIENTES

María Eugenia Domínguez Orozco

Psicogerontóloga

Estudios avanzados en Psicología Social Universidad de Sevilla

RESUMEN

Los grupos de ayuda mutua con familiares constituyen un soporte técnico y socioemocional durante el arduo proceso de cuidados a su familiar dependiente, contribuyendo a mejorar su autocuidado dotándoles de herramientas para ello y además, enseñándoles a proveer mejores cuidados. En este artículo se realiza una reflexión crítica y propuestas de mejora para su constitución y desarrollo.

Palabras clave: cuidados larga duración, grupos autoayuda, demencia, cuidadores

Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA), responsable de más del 50% del total de todas las demencias, se define como un trastorno neurológico degenerativo primario, caracterizado por déficit cualitativos y cuantitativos de la función amnésica, manifestaciones afásico-apracto-agnósicas y alteración de las funciones frontales (capacidad de planificación y previsión, flexibilidad cognitiva, razonamiento abstracto...) (García y col., 2002). Alteran progresivamente todo el conjunto de funciones necesarias para desarrollar una vida adaptada e independiente, lo que les hace dependientes de su entorno (Tárraga y Boada, 2000).

Los familiares como la otra víctima de la enfermedad

La demencia es cada vez un tema de salud más importante por su carga social; en un futuro inmediato, las demencias edad-dependientes son las que focalizan los planes sociosanitarios a nivel nacional. La mayoría de los enfermos son cuidados por sus familiares en el domicilio, en un 85% de los casos así sucede. Por ello, la familia es considerada la segunda víctima de la enfermedad, ya que se puede constatar que los cuidadores familiares están afectados en las tres dimensiones biopsicosocial, manifestándose a través de (a) alteraciones físicas, como aumento de la vulnerabilidad a los problemas físicos, síntomas relacionados con el sueño (hipersomnias diurnas, insomnio), cefaleas, úlcera gastroduodenal, anemia y alteraciones osteomusculares; (b) alteraciones psicológicas, como niveles elevados de ansiedad y depresión, sentimientos de culpabilidad, irritabilidad, preocupación y temor a heredar la enfermedad; (c) alteraciones sociales, como mayor aislamiento social, menos disponibilidad de tiempo libre, deterioro del nivel de intimidad, problemas en el ámbito laboral (Biurrun, 2001, 2003; Martínez, Villalba y García, 2001).

La implicación de los familiares en los cuidados a personas dependientes resulta relevante para los propios pacientes ya que pueden prolongar su estancia en su propio domicilio y retrasar su posible institucionalización, aunque por otro lado, la atención a las dependencias genera como uno de los principales problemas sociales, como son los efectos negativos que tienen los cuidados prolongados y de larga duración sobre éstos cuidadores familiares (Martínez, Villalba y García, 2001). En este sentido el contexto de las asociaciones de familiares son quienes pueden servir de soporte de ayuda técnica para el buen desempeño en “habilidades para cuidarse mejor y cuidar mejor” (Losada, 2004).

La sobrecarga del cuidador/a es un concepto clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia. Desde su aparición ha sido profusamente utilizado en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores (Izal y Montorio, 1994).

El concepto de carga es considerado como una medida global de los efectos que tiene la situación de estrés en los cuidadores, distinguiéndose entre carga objetiva (conjunto de demandas y actividades a las que tiene que atender) y carga subjetiva (conjunto de percepciones y sentimientos negativos ante la experiencia de cuidar) (Crespo y López, 2007, p.46).

De ello se desprende que el concepto es complejo y multidimensional por ello es necesario delimitar qué significado tiene y qué dimensiones abarca. Montorio, Izal, López y Sánchez (1998) realizaron un estudio con 107 cuidadores en Madrid, en el que se identificaron dimensiones subyacentes del concepto de carga del cuidador. A través del análisis factorial de la Caregiver Burden Interview de Zarit (1980) se concretaron tres dimensiones: 1) el impacto del cuidado (sobrecarga), que hace referencia a los efectos que la prestación de cuidados a un familiar dependiente tiene para un cuidador como falta de tiempo libre, deterioro de la vida social e intimidad, deterioro de salud, etc.; 2) calidad de la relación interpersonal, que representa la relación entre el cuidador y la persona cuidada (sentimientos de vergüenza, tensión, enfado, deseo delegar cuidado); y 3) expectativas de autoeficacia (competencia), que identifica creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar.

Cabe pues preguntarse qué tipo de intervenciones son las más adecuadas para poder reducir el estrés, la carga así como las dificultades a las que se ven sometidos los cuidadores a la hora de hacerle frente a la dependencia de un familiar. Y si bien, en la literatura podemos encontrar un repertorio de técnicas de intervención, desde aquí se abordará la intervención grupal a través de la creación y desarrollo de grupos de ayuda mutua.

Las intervenciones a través de grupos de familiares

Un grupo de ayuda mutua para cuidadores es definido como un grupo de “iguales” para ayudarse unos a otros (López, 2006), en cuyo contexto se conectan personas cuidadoras permitiéndose compartir experiencias y aprendizajes con otras que les son útiles y beneficiosas en la asimilación y ejecución de su nuevo rol.

Respecto a las modalidades de grupos de familiares, Conde (2006) diferenció tres clases de grupos: informativos, de autoayuda y de apoyo. Los grupos informativos tienen como principal objetivo ayudar a las familias a cuidar mejor al enfermo a través de información médica y/o de atención de enfermería. Su duración es corta (6-10 sesiones). Los grupos de ayuda mutua se fundamentan en el apoyo entre sus miembros, si bien, éstos han ido evolucionando a ser guiados por un profesional y definiéndose como grupos de apoyo, donde se aúnan los aspectos anteriores de información y de apoyo-orientación y aprendizaje de estrategias.

En este artículo se ha llevado a cabo una reflexión metodológica a cerca de la creación y progresión del grupo de autoayuda de una asociación de familiares de enfermos de Alzheimer (AFA), como uno de los servicios que ofertaba a sus usuarios. Para realizar aportaciones de mejora se ha descrito en el apartado de metodología y resultados el proceso de su gestación en su fase inicial dentro del programa de Apoyo a Familias con enfermos de Alzheimer de la AFA Hermana Agustina de Jesús de la localidad de Villamartín (Cádiz), para terminar comentando áreas de mejora y avance en tareas y procedimientos que caracterizan a estos grupos y a los profesionales que lo dirigen en su caso.

Metodología

Participantes

El grupo de ayuda mutua comenzó en sus inicios a constituirse con nueve familiares dirigidos por la responsable del programa. Sólo uno de los miembros era hombre y el resto mujeres, todos tenían a un familiar que asistía al taller de estimulación cognitiva, otro servicio de la AFA.

Procedimiento

Los objetivos específicos planteados en el programa respecto a los/as usuarios/as cuidadores/as informales fueron: a. Enseñar conocimientos prácticos en el manejo del cuidado de una persona con E. A.; b. Incrementar las habilidades de comunicación con el enfermo.; c. Disminuir y prevenir el estrés psicosocial del cuidador.

Para la constitución del grupo de autoayuda se convocó a una primera

reunión informativa a familiares que habían demandado algún tipo de asesoramiento por parte del personal técnico de la AFA. En esta reunión se adoptaron metas de trabajo, normas básicas de funcionamiento del grupo, en concreto (1) puntualidad en las reuniones, (2) respeto mutuo, (3) confidencialidad de los asuntos tratados en las reuniones y (4) pedir el turno de palabra para facilitar la comunicación. El horario de las sesiones fue establecido por la tarde y su frecuencia quincenalmente.

En el protocolo de evaluación inicial al formar parte de la AFA se incluía la valoración de la sobrecarga emocional de cuidadores a través de dos escalas: a) la Escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview; Zarit y Zarit, 1983) validada por Martín y col. (1996). Tiene 22 ítems que estima el grado en que los cuidadores perciben cómo sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional. Cada ítem se puntúa del 1 al 5 en función de la gravedad de la repercusión; con puntos de corte de 46-47 que diferencia entre “sin sobrecarga” y “sobrecarga”, y 55-56 diferencia “sobrecarga leve” e “intensa” (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003). b) el índice de esfuerzo del cuidador (Caregiver Strain Index), escala con 13 ítems de respuesta verdadero o falso, y cuyo diagnóstico de sobrecarga se establece en $p > 6$ puntos (en Odriozola, Vita, Maiz, Zialtzeta y Bengoetxea, 2008).

Por otro lado, en la primera sesión de grupo, con el objetivo de poder diseñar pautas de intervención y realizar una primera aproximación valorando los conocimientos sobre las demencias, se empleó un cuestionario de 15 preguntas de opción múltiple que se encuentra de acceso libre en la página web de la Fundación Alzheimer España a la que remitimos al lector (www.fundacionalzheimeresp.org).

En una segunda sesión a través de la técnica de grupo “lluvia de ideas o brainstorming” se analizó cuáles eran sus necesidades de formación, recogiendo los siguientes temas: (1) La enfermedad de Alzheimer, conceptualización, sintomatología y abordaje terapéutico; (2) Actuaciones ante crisis y conductas problemáticas en la enfermedad; (3) Cuidados clínicos y en las tareas cotidianas; (4) Técnicas de relajación; (5) Técnicas de autocontrol emocional; (6) Afrontamiento al estrés; (7) Recursos sociales en la atención a la

enfermedad; (8) Aspectos legales y desprotección.

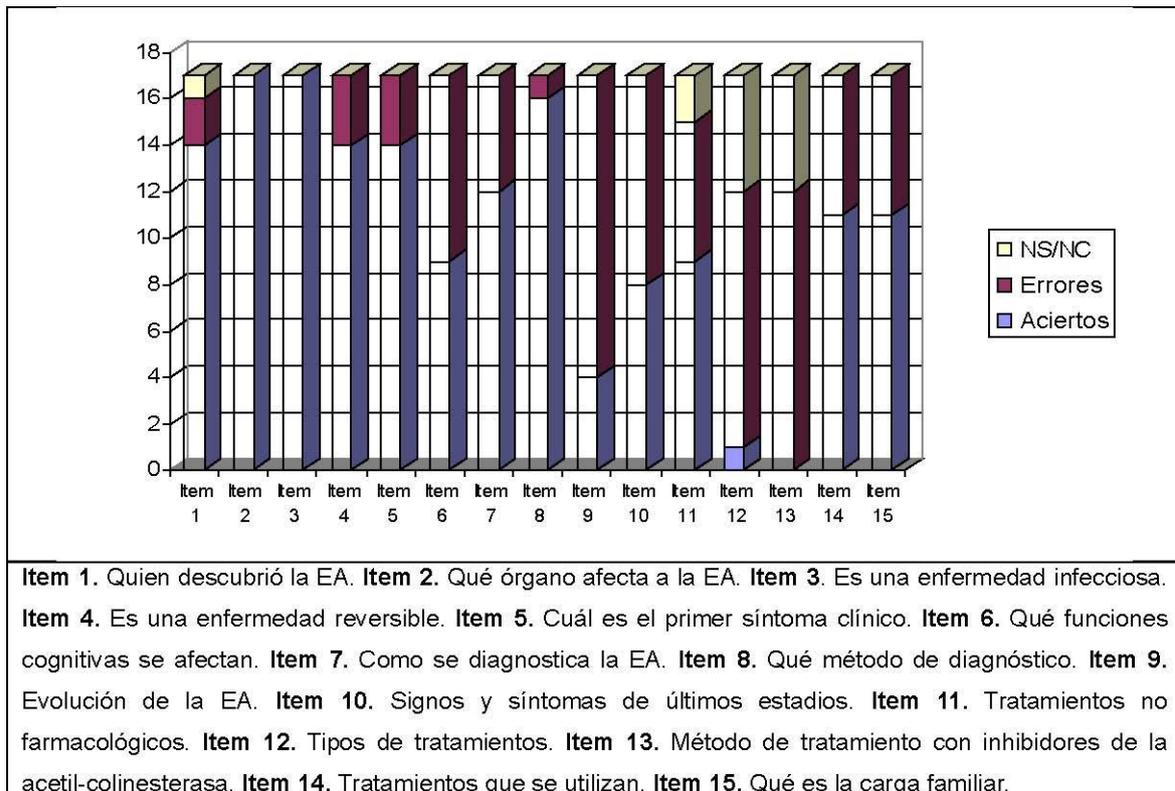
En una tercera sesión se impartió un seminario teórico sobre la Conceptualización de la Enfermedad de Alzheimer. En sesiones posteriores se organizaron distintos videoforum, en los que se visionaron películas (Diario de Noa) y documentales como “Alzheimer: un reto al cariño” (Fundación La Caixa, 1999). En sesiones posteriores, el grupo siguió su evolución y se realizaron otras actividades como formación en técnicas de relajación, o afrontamiento al duelo. Según informaban los participantes les era de gran utilidad las reuniones y sesiones de formación, por las “descargas emocionales y por contar con la visión de personas que se encuentran en la misma situación”. Sin embargo, la continuidad del grupo se fué mermando en número y en nuevas incorporaciones, e incluso las sesiones aumentaron la frecuencia de encuentro, si bien, los participantes iniciales, salvo alguna excepción, no cesaban en su empeño de continuar.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la evaluación inicial planteada, para posteriormente realizar una reflexión crítica y aportaciones de mejora para la buena progresión de estos grupos.

Resultados

En el Gráfico 1 se muestran los resultados obtenidos en el cuestionario sobre conocimientos sobre la EA. En él podemos observar que en general no existía demasiada desinformación sobre elementos esenciales de la enfermedad, aunque los errores más frecuentes se encontraron en los ítems 9 a 13, que se correspondían con cuestiones más avanzadas sobre aspectos tales como tipo de tratamientos farmacológicos (acciones de determinados medicamentos), no farmacológicos (tipos de técnicas de estimulación), evolución y sintomatología, funciones cognitivas afectadas, etc.

Gráfico 1. *Evaluación conocimientos previos sobre la Enfermedad de Alzheimer para cuidadores/as*



Otras preguntas que han generado confusión entre los familiares hacían referencia a la evolución de la enfermedad, qué signos y síntomas se manifiestan en los últimos estadios (ítems 9 y 10), que como posteriormente se discutirá, son los aspectos que mayor sobrecarga generan en ellos. Además, no existía suficiente conocimiento sobre tratamientos no farmacológicos (ítem 11).

Asistentes a los grupos manifestaron un alto grado de sobrecarga valorado a través de IEC, si bien, al ser evaluados con la BI de Zarit, en algunos casos la estimación de la sobrecarga es leve. Realizando una valoración de las puntuaciones medias totales en los factores que componen la CBI de Zarit, tal y como plantearon Montorio, Izal, López y Sánchez (1998) en la validación de la escala, podemos observar que en general es más notorio que el factor que más influye en la sobrecarga del cuidador es el impacto del cuidado, seguido del factor interpersonal y por último, el factor de autoeficacia.

Discusión

Los resultados encontrados en la evaluación de conocimientos coinciden en cierta medida con una de las necesidades y demandas de información en el ámbito de las tareas cotidianas del cuidador halladas por Izal, Montorio, Márquez, Losada y Alonso (2001) en su estudio sobre necesidades de los cuidadores familiares percibidas por 74 profesionales de servicios sociales y de salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) de la Comunidad de Madrid, que contaban entre sus usuarios/as a personas cuidadoras. En concreto, se coincide en lo referente a la escasez de conocimiento en la progresión de la enfermedad, identificándose, por tanto, la necesidad asociada de orientación sobre los cuidados de salud.

Por otro lado, los profesionales encuestados también aportaron información sobre las estrategias de acción que pueden ayudar a los cuidadores, destacando entre ellas la importante utilidad de solicitar ayuda profesional, recurrir a servicios, instituciones y asociaciones, entre otras. Ello nos revela la importancia de que mantener contacto profesional con instituciones sociosanitarias desde las asociaciones de familiares ofrece posibilidades beneficiosas para los servicios de éstas, además de la delegación de casos, ya que se unen visiones de profesionales en el mismo ámbito, y son los que en definitiva, dirigen la intervención.

Respecto a las conclusiones obtenidas sobre la carga de los familiares, el patrón de progresión de factores en la entrevista de Zarit, que responde a un enfoque subjetivo de la carga, coinciden con los resultados en la necesidad de conocimientos sobre la enfermedad. En dos estudios recientes de adaptación en nuestro país de este instrumento sobre una muestra de cuidadores, se encontró que posee una buena adecuada fiabilidad y validez, así como que coinciden en la existencia de tres factores subyacentes: impacto del cuidado (sobrecarga), calidad de la relación interpersonal (rechazo) y expectativas de autoeficacia (competencia) (Izal y Montorio, 1994). En este grupo principalmente se ven afectados por el impacto del cuidado, y los resultados de distintos estudios muestran que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos del cuidado, con las consecuencias que ello conlleva para la persona que los recibe. De hecho, la puntuación de carga obtenida en esta

escala resulta ser mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados.

Artaso, Goñi y Biurrun (2003) realizaron un estudio sobre qué variables influían en el nivel de sobrecarga en 80 cuidadoras de pacientes con demencia. Éstos valoraron variables clínicas como deterioro cognitivo, funcional, alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes, características de personalidad, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadoras. Los principales hallazgos fueron que el 79% de las cuidadoras sufrían sobrecarga intensa que se veía determinada por la presencia de alteraciones neuropsiquiátricas de sus enfermos, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento “huida-avoidancia”.

Dada la importancia de las estrategias de afrontamiento en el incremento de la sobrecarga de cuidadores, sería necesario pues, que uno de los ejes que vertebran la intervención dentro de los grupos de autoayuda sea el manejo de los procesos de pensamiento, sentimientos y actos específicos, minimizando estrategias centradas en las emociones, pues son las que mayor sobrecarga generan. Por tanto, habría que dirigir las intervenciones a mejorar estrategias de autocontrol emocional, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva, ya que cuidadores con mayor apoyo emocional y nivel de habilidad tienen menor riesgo de depresión.

No podemos olvidar que éste artículo le es útil como ilustrador para grupos que se encuentren en sus inicios y quieran mejorar su desarrollo. Así pues, entre las limitaciones que se consideran serían por ejemplo respecto a la evaluación de los cuidadores, la falta de detección de otras variables relacionadas con el estrés que deriva de los cuidados, pues utilizar una única variable de medición es un sesgo en la interpretación. Y haría falta que se utilizasen otra serie de instrumentos como por ejemplo el Inventario de situaciones potencialmente estresantes específico para cuidadores de enfermos de Alzheimer (ISPE) (Muela, Torres y Peláez, 2002). Otras variables a valorar y de efecto en la sobrecarga son aquellas que hacen referencia a la persona que recibe los cuidados, por ejemplo las alteraciones conductuales entre otras, ello nos ayudaría a diseñar las intervenciones de una forma mas austera.

Sería también aconsejable realizar una evaluación post-intervención, e incluso de seguimiento, además de, incluir un grupo control, lo cual nos ofrecería la posibilidad de analizar la eficacia de la misma y obtener criterios de mejora. El estudio de Losada, Izal, Montorio, Márquez y Pérez (2004) ejemplifica esta cuestión. Estudiaron dos programas para 75 cuidadores (25 en grupo control), en concreto, un programa de solución de problemas (PSP) y un programa cognitivo-conductual (PCC), donde se analizaron múltiples variables del cuidador (síntomatología depresiva, estrés percibido, comportamientos problemáticos del familiar que recibe los cuidados, pensamientos disfuncionales sobre el cuidado, percepción de apoyo social), además de variables del familiar. Como resultados obtuvieron una conclusión paradójica, el rechazo de familiares a participar en programas para reducir su malestar psicológico, a pesar de las numerosas consecuencias negativas que se derivan de su rol. Las razones que ellos fundamentaban eran la no percepción de necesidad de ayuda o no disponer de tiempo para su asistencia. En nuestro caso, éste fue uno de los motivos que debilitaron la continuidad de algunas personas durante su desarrollo. Sin embargo, en aquellos que seguían y se involucraban en las intervenciones, si obtuvieron resultados positivos como la reducción de su estrés y malestar, e incluso reducción de la frecuencia de comportamientos problemáticos del familiar.

En cuanto a los fundamentos metodológicos generales que han guiado el desarrollo del grupo se explicitan en una serie de aspectos como la realización de entrevistas previas a la incorporación directa al grupo, tener la posibilidad de combinar las sesiones grupales con entrevistas individuales. En cuanto a aspectos formales, la periodicidad aconsejable es a través de sesiones quincenales y de una duración de hora y media aproximadamente. En este sentido, el grupo formado en esta AFA llegó a cumplir con buenos requisitos metodológicos, si bien, respecto a la duración hubiera sido recomendable que hubiera sido mayor de un año.

Respecto al proceso de los familiares a través del grupo, su progreso pasa por varias fases: a) centrados en el enfermo; b) aceptando la enfermedad; c) adoptando una actitud más racional en el cuidar; d) interesándose por el propio cuidador; e) generando nuevas vinculaciones personales; y por último,

f) criterios de finalización (Conde, 2006). Esta última etapa adolece de una descripción debido a que en ocasiones los grupos se van desagregando y reduciéndose en participantes y las principales consecuencias pueden ser debido a que tengan la información básica para afrontar la enfermedad, que hayan superado las actitudes iniciales de ansiedad y/o depresión, o bien estén utilizando un recurso sociosanitario externo y hayan recuperado en parte la vida personal y laboral, viendo en disposición a no hacer uso de ellos.

Futuras intervenciones

Biurrun (2001) estableció diferencias en la constitución de estos grupos en función de su duración y objetivos que persigan. Algunos tienen duración limitada pues se centran en aportar información sobre la enfermedad, o varían en entrenamiento de técnicas, y subrayó que los programas modulares es la modalidad de actuación que se está imponiendo. Uno de los beneficios que se puede entrever de esta perspectiva es que la dimensión temporal de los mismos no se acota, si bien, una dificultad encontrada es el mantenimiento de la continuidad del grupo (que como ya se ha comentado anteriormente, en este caso hubo debilitamiento en la asistencia) y para su logro, una buena idea es revisar periódicamente el funcionamiento del mismo, además, para incentivar la asistencia también podría ser de utilidad la participación en las sesiones de alguna ex-cuidadora, la cual contribuiría con su experiencia personal.

Otra dificultad que podemos encontrar los psicólogos que habitualmente guían grupos de apoyo, es la tipología de necesidades de los familiares en función de la fase de la enfermedad que se encuentre la persona que recibe su cuidado (esta cuestión enlaza con el mantenimiento de la continuidad mencionado en el párrafo anterior), por lo que nos sería útil dividir al grupo en dos tipos, aquellos con familiares en estadios iniciales y aquellos con enfermos en estadios avanzados, así la homogeneidad de las características de los familiares beneficiarían el desarrollo del grupo a través de un afrontamiento progresivo de los acontecimientos.

Conclusiones

El estrés y la sobrecarga de los cuidadores se ha convertido en una

importante cuestión social que necesita de mayor comprensión desde los diferentes estamentos no sólo sociales sino también sanitarios. En este artículo se ofrece una mínima aportación y por ello se hace necesario conocer quién es cuidador y qué se define como cuidador, por qué estresan los cuidados y qué les puede ayudar a aliviarlo, qué direcciones deben seguir los profesionales que intervienen en ellos, en este sentido estamos de acuerdo con Zarit (2008), en su planteamiento de interrogantes para el futuro.¹

Referencias bibliográficas

- Artaso, B., Goñi, A. y Biurrún, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38 (4); 212-218
- Biurrún Unzué, A. (2001). La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36 (6): 325-330
- Biurrún Unzué, A. (2003). Voluntariado en la enfermedad de Alzheimer. *Intervención Psicosocial*, Vol. 12, nº 3; 353-361
- Conde, J. L. (2006). Demencia y familiares cuidadores. Deterioro, sobrecarga y apoyo social. En Alberca, R. y López-Pousa, S. (eds.). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Crespo Lopez, M. y López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Serie Dependencias, IMSERSO.
- García Sánchez, C. y col. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Revista de Psiquiatría*, 29 (6); 374-378
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. Del Ser y J. Peña (eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous.
- Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., Losada, A. y Alonso, M. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*, Vol. 10, Nº 1, 23-40
- López Martínez, J. y Crespo López, M. (2006). Intervención con cuidadores. Informes Portal Mayores, Nº 54. Lecciones de Gerontología. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>>
- Losada Baltar, A. (2004). Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos asociados a la demencia. Informes Portal Mayores, Nº 13. Lecciones de Gerontología. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losadaintervenciones-01.pdf>>
- Losada, A, Izal, M., Montorio, I., Márquez, M. y Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38 (8): 701-708

¹ **Agradecimientos:** El programa ha sido subvencionado por la Obra Social "la Caixa". Mención de agradecimiento a los familiares cuidadores pertenecientes a la AFA "Hermana Agustina de Jesús", sin los que no hubiera sido posible llevarlo a cabo y les animo a que continúen hacia delante.

Martín, M. y col. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6; 338-346

Martínez, M. F., Villalba, C. y García, M. (2001). Programas de respiro para cuidadores familiares. *Intervención Psicosocial*, Vol. 10, Nº 1, 7-22

Montorio, I., Izal, M., Lopez, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, vol. 14, Nº 2, 229-248

Muela, J. A., Torres, C.J. y Peláez, E. M^a. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, Vol. 18, Nº 2, 319-331

Odriozola, M., Vita, A., Maiz, B. Zialtzeta, L. y Bengoetxea, L. (2008). Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidados de enfermos con demencia. *SEMERGEN*, 34 (9): 435-438

Tárraga, L. y Boada, M. (2000). Volver a empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Glosa.

Zarit, S. H. (2008). Family caregiving: past and present. Jornadas Dependencia y Calidad de Vida en personas mayores: Un reto social para la España del siglo XXI. Madrid, IMSERSO - UCM.