

ALTERACIONES EMOCIONALES Y VARIABLES MODULADORAS EN FAMILIARES-CUIDADORES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

José A. Laserna

Universidad de Jaén

Ana Castillo, Eva M^a Peláez, Luis F. Navío, Carlos J. Torres,
Salomé Rueda, Miguel N. Ramírez y Miguel Pérez¹

Universidad de Granada

Resumen

El objetivo de este trabajo fue estudiar las alteraciones emocionales, centrándonos en la depresión y la ansiedad que sufren los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer, así como el papel del apoyo social y la autoeficacia como variables moduladoras en la aparición de dichas alteraciones emocionales. Participaron 50 sujetos divididos en dos grupos; el primer grupo estaba constituido por 26 familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer, de los cuales 7 eran hombres y 18 eran mujeres, con distintos tipos de filiación familiar, y el segundo grupo estaba compuesto por 24 familiares que convivían con un anciano que no padecía la enfermedad de Alzheimer (EA), de los cuales 3 eran hombres y 19 eran mujeres, con distintos tipos de filiación familiar. Los resultados han mostrado que los familiares-cuidadores de enfermos de alzheimer presentan mayores niveles de depresión y ansiedad que familiares-cuidadores de ancianos que no padecen la EA y, además, presentan menor grado de apoyo social y menor cantidad de autoeficacia. Estos resultados se discuten en el marco de los modelos del proceso de estrés en familiares-cuidadores.

PALABRAS CLAVE: *Familiares-cuidadores, enfermedad de Alzheimer, alteraciones emocionales.*

¹ *Correspondencia:* Miguel Pérez García, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Campus de Cartuja, 18071 Granada (España). E-mail: mperezg@platon.ugr.es.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer «Altaamid» de Granada y a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer «La Estrella» de Jaén.

Abstract

The aim of this study was to make research on the emotional impact of Alzheimer's disease on caregivers, focusing on anxiety and depression, and the modulating role of social support and self-efficacy on that caregiving process. The sample was composed of 26 subjects belonging to the group of caregiver of patients with Alzheimer's disease and 24 subjects belonging to the group of non-disabled elderly people who were matched for age, sex, years of education and relationship. The results showed that caregivers of patients with Alzheimer's disease presented higher levels of anxiety and depression and lower levels of social support and self-efficacy than caregivers of non-disabled older persons. These results were discussed within the framework of the models of the stress process.

KEY WORDS: *Caregiver, Alzheimer's disease, emotional alterations.*

Introducción

Los efectos de la Enfermedad de Alzheimer (EA) no sólo se restringen al enfermo, sino que tienen importantes consecuencias sobre la salud de los familiares-cuidadores. La literatura sobre esta materia es amplia y ha puesto de manifiesto que los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer sufren distintas alteraciones fisiológicas y psicológicas. Entre las alteraciones fisiológicas, se ha encontrado que los familiares-cuidadores presentan, por ejemplo, disminución en el sistema inmune, aunque este dato no es consistente (Kiecolt-Glaser, et al., 1987; Reese, Gross, Smalley y Messer, 1994), alteraciones cardiovasculares (King, Oka y Young, 1994; et al., 1993) o cambios en distintas variables metabólicas (Vitaliano, et al., 1996). Con respecto a las alteraciones psicológicas, se ha encontrado que los familiares-cuidadores sufren distintos grados de depresión (Collins, Stommel, Wang y Given, 1994; Skaff y Pearlin, 1992), ansiedad (Mohide, et al., 1990; Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro, 1991), conflictos familiares (Semple, 1992), pérdida de autoestima y creencias en la destreza para realizar tareas (Skaff y Pearlin, 1992), o agresividad desde el enfermo o hacia el enfermo (Paveza, et al., 1992).

Se ha publicado una gran cantidad de estudios que ratifican la presencia de depresión y ansiedad en cuidadores-familiares de enfermos de Alzheimer, llegando al punto de plantearse un cambio de dirección hacia la investigación del proceso por el cuál aparecen dichos trastornos psicopatológicos en estos cuidadores y de proponer modelos que lo expliquen (George, 1990). Así, se han propuesto algunos modelos que intentan integrar la gran cantidad de datos hallados en este campo. El modelo de los dos factores de Lawton (Lawton, et al., 1991) utiliza la teoría de Lazarus sobre el estrés (Lazarus y DeLongis, 1983) para aplicarla a los familiares cuidadores. Así, el estrés final de estos familiares-cuidadores depende de una primera evaluación sobre lo amenazante o perjudicial de la situación (evaluación primaria) y de la evaluación secundaria definida por Lawton et al. (1991) como la respuesta cognitiva y afectiva a las demandas del enfermo y a sus propias conductas de cuidado hacia su familiar. Esta res-

puesta estaría modulada por una serie de recursos tanto externos (ingresos, educación o apoyo social) como internos (creencias del cuidador sobre su capacidad para resolver las demandas de los cuidados). Según esto, la cantidad de cuidados demandados, determinados principalmente por los síntomas del enfermo, sería el estresor y la evaluación de este estresor puede producir sensaciones positivas (satisfacción en la relación con el enfermo) o sensaciones negativas (carga percibida). Por último, estos dos factores subjetivos se relacionarían con afectividad positiva (binestar) o negativa (depresión).

En el modelo de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) se consideran las características de la situación y del cuidador, los estresores primarios, los estresores secundarios, los resultados y las variables moduladoras. Las características de la situación y del cuidador a tener en cuenta por su incidencia en los estresores primarios son las características socio-económicas, la relación previa a la enfermedad entre el cuidador y el paciente, la composición de la familia y la disponibilidad de un programa de apoyo al cuidador. Como estresores primarios, Pearlin et al. (1990) considera aquellas variables que han sido relacionadas con la producción de estrés en los cuidadores, distinguiendo entre estresores objetivos (deterioro cognitivo del enfermo, conductas problemáticas en el enfermo y dependencia que tiene el enfermo del cuidador para las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales) y estresores subjetivos (sobrecarga percibida en las tareas del cuidador y grado de interferencia de las tareas de cuidado en las relaciones sociales del cuidador). La presencia de estos estresores primarios podría desencadenar la aparición de otros estresores denominados por Pearlin et al. (1990) como estresores secundarios. Los estresores secundarios pueden afectar al cuidador en su ambiente socio-familiar (conflictos familiares, conflictos laborales, problemas económicos o reducción en la interacción social) o psicológico (pérdida de autoestima, de la creencia en su capacidad para controlar su vida, de identidad personal, aumento en la sensación de estar «preso» del paciente, no creerse competente en los cuidados dispensados al enfermo o creer que no se está enriqueciendo interiormente el cuidador). Estar sometidos a estos estresores puede desencadenar la aparición de depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas físicos, etc., aunque dependería de dos variables moduladoras que amortiguan o eliminan el efecto de los estresores como son las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

Por último, Braithwaite (1996) intenta simplificar los modelos anteriores. Partiendo de distintas medidas de la carga de trabajo como cuidador, de los recursos del cuidador y del contexto del cuidador (27 variables, en total), llega a una solución de seis componentes llamados carga de trabajo en las tareas de cuidador (componente 1), alteraciones en el cuidador (componente 2, refiriéndose al declive en aspectos emocionales, sociales, cognitivos o conflictos con el enfermo), eficacia y fuerza interna (componente 3, refiriéndose a la autoeficacia, autoestima, salud física percibida o baja expresión de emociones), dependencia social (componente 4, refiriéndose a la sociabilidad, el apoyo social, la autoestima y el apoyo moral de los amigos), intimidad y amor en el cuidador (componente 5, refiriéndose a los sentimientos de aprecio, confianza o apoyo entre el cuida-

dor y el enfermo) y apoyo moral de la familia (componente 6). De esos componentes, el más relacionado con la presencia de ansiedad o depresión en el cuidador son el componente 3 ($r=-0,59$), componente 5 ($r=-0,20$) y el componente 2 ($r=-0,20$). Por último, los más relacionados con el bienestar del cuidador fueron el componente 3 ($r=0,41$), componente 5 ($r=0,28$) y el componente 4 ($r=0,24$). Por tanto, desde este modelo, las variables más relacionadas con la ansiedad o la depresión y el bienestar del familiar-cuidador son la autoeficacia, la autoestima, el apoyo social, los conflictos y la vinculación afectiva con el enfermo.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de alteraciones emocionales en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer, centrándonos en la depresión y la ansiedad, así como el efecto de dos variables moduladoras como el apoyo social y la autoeficacia. El apoyo social no necesita ser justificado como variable moduladora ya que numerosos estudios acreditan este dato y esto la ha llevado a ser incluida en los modelos sobre estrés en los familiares-cuidadores (Braithwaite, 1996; Lawton et al., 1991; Pearlin et al., 1990). Con respecto a la autoeficacia, definida como las creencias que tiene una persona en su capacidad para ejecutar una conducta o conductas (Bandura, 1986), encontramos estudios que la han relacionado con estado de salud y conductas saludables (Grembowski, et al., 1993; McAuley, Lox y Duncan, 1993), aunque ha sido más recientemente cuando se ha propuesto que la autoeficacia podría funcionar amortiguando el efecto del deterioro físico de los ancianos sobre su autonomía de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (tanto básicas como instrumentales). En efecto, Mendes de Leon, et al., (1996) encontraron que los ancianos con elevada autoeficacia presentaban menor deterioro de su autonomía funcional que los ancianos con baja autoeficacia después de haber sufrido deterioro físico, aunque esta relación no se encontró si los sujetos no presentaban disminución en su capacidad física. Considerando estos resultados, decidimos estudiar el papel de la autoeficacia en los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Metodología

Sujetos

Participaron 50 sujetos (edad: media=49,04; desviación estándar=12,451 años) divididos en dos grupos. El primer grupo estaba constituido por 26 familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer (edad: media=46,72; desviación típica=11,967; rango=28-71 años), de los cuales 7 eran hombres y 18 eran mujeres, con distintos tipos de filiación familiar (ver Tabla 1) y pertenecientes a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer «ALTAAMID» de Granada o a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer «LA ESTRELLA» de Jaén. El segundo grupo estaba compuesto por 24 familiares que convivían con un anciano que no padecía la EA (edad: media=51,681; SD=12,738; Rango=33-83 años), de los cuales 3 eran hombres y 19 eran mujeres, con distintos tipos de filiación familiar (ver Tabla 1).

Materiales

Para la medición de las variables dependientes del estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Depresión: se utilizó la versión en castellano de Conde y Franch (1984) del *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, et al., 1961).
- Ansiedad: se utilizó la versión castellana de TEA del *Spielberger Trait-State Inventory* (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988).
- Apoyo social: se utilizó una traducción y adaptación del *Social Support Questionnaire* (SSQ) de Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983).
- Autoeficacia: se utilizó una traducción y adaptación de la escala de autoeficacia de Sherer y Adams (1983). Esta escala contiene un índice de autoeficacia social y otro de autoeficacia general.

Procedimiento

Los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer que vivían cerca de la asociación o no tenían problemas para trasladarse a ella, fueron citados en los locales de las respectivas asociaciones donde fueron informados de los objetivos generales de la investigación y fueron evaluados de modo colectivo. Para la administración colectiva, se entregó un cuadernillo que contenía los cuestionarios, contrabalanceados en el orden. Para los familiares-cuidadores que no podían ir a los locales de la asociación, se les envió por correo un cuadernillo que contenía los cuestionarios, contrabalanceados en el orden, precedido de una carta en la cual se les explicaba los objetivos generales de la investigación. Dichos cuestionarios eran devueltos por correo.

Los sujetos del grupo control fueron seleccionados entre los ancianos que acudían a distintos centros de día de la ciudad de Jaén y Granada. Una vez que habíamos contactado con el anciano se le proporcionaba un cuadernillo para que fuera entregado a algún familiar que conviviera con él, que contenía los cuestionarios, contrabalanceados en el orden, precedido de una carta en la cual se les explicaba los objetivos generales de la investigación. Dichos cuestionarios podían ser devueltos por correo o a través del anciano que sirvió de contacto.

Resultados

En primer lugar, se realizó una serie de análisis destinados a comprobar la igualdad de los grupos. Para esto, se hizo un ANOVA entre grupos, para un diseño unifactorial, utilizando la variable grupo como factor, para la variable dependiente edad. Los resultados mostraron que no había diferencias estadísticamente significativas en edad ($F(1,45)=1,894$; $MCe=152,084$; $p>0,1$) (ver Tabla 1). Además, se realizaron tres tablas de contingencia de la variable grupo con las variables sexo, nivel de escolaridad y filiación. Los resultados

mostraron que no había una asociación significativa entre la variable grupo y sexo (*Pearson Chi-Square*(1)=1,441; $p>0,2$), nivel de escolaridad (*Pearson Chi-Square*(3)=3,618; $p>0,3$) o filiación (*Pearson Chi-Square*(3)=1,124; $p>0,7$) (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Variables demográficas del grupo de familiares de enfermos de Alzheimer y del grupo control

		Familiares-cuidadores de EA	Familiares-cuidadores de ancianos	Estadístico de contraste	g.l.	p
EDAD		46,720± 11,964	51,681± 12,738	$F=$ 1,894	1,45	0,1
SEXO	Varón	7	3	<i>Pearson Chi-Square</i> = 1,441	1	0,2
	Mujer	18	19			
NIVEL EDUCATIVO	Primarios	5	8	<i>Pearson Chi-Square</i> = 3,618	3	0,3
	E.G.B.	8	3			
	B.U.P.	7	5			
	Universidad	4	6			
FILIA-CION	Hijo/a	17	13	<i>Pearson Chi-Square</i> = 1,124	3	0,7
	Yerno/nuer a	2	4			
	Esposo/a otros	5	4			
		1	1			

A continuación, se procedió a comprobar las diferencias en las alteraciones emocionales entre el grupo de los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer y el grupo control, centrándonos en la depresión y la ansiedad, y las diferencias en variables moduladoras, centrándonos en el apoyo social y la autoeficacia. Para esto, se realizaron seis ANOVAs para sus correspondientes diseños unifactoriales, con la variable grupo como factor manipulado entre grupos y las variables depresión, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, apoyo social, autoeficacia general y autoeficacia social. Algunos cuestionarios fueron anulados para algunos sujetos ya que fueron erróneamente contestados (ver Tabla 2). Antes de realizar los ANOVAs, el nivel de significación fue fijado en 0,008, según el ajuste de Bonferroni. Los resultados mostraron que había diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en depresión ($F(1,46)= 10,063$; $MCE= 56,982$; $p< 0,002$) y ansiedad-rasgo ($F(1,46)= 7,721$; $MCE= 104,817$; $p< 0,007$), pero no en ansiedad-estado ($F(1,46)= 2,190$; $MCE= 149,820$; $p> 0,05$), siendo en las

tres variables la media del grupo de familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer mayor que la del grupo control (ver Tabla 2). Por otro lado, también aparecieron diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia general ($F(1,44)= 11,276$; $MCE= 431,729$; $p< 0,001$), autoeficacia social ($F(1,44)= 10,616$; $MCE= 55,964$; $p< 0,002$) y apoyo social ($F(1,42)= 7,735$; $MCE= 445,521$; $p< 0,005$), siendo, en las tres variables, la media del grupo de familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer menor que la del grupo control (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Media, número de sujetos que contestaron y F de las variables clínicas (depresión y ansiedad) y de las variables moduladoras (autoeficacia y apoyo social) para los grupos de familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y para familiares cuidadores de ancianos sin la EA

Variable	Familiares-cuidadores de EA media±dt (n)	Familiares-cuidadores de ancianos media±dt (n)	F	MCE	p
BDI	18,346±8,221 (26)	11,409±6,659 (22)	10,063	56,982	0,002
STAI-Rasgo	30,423±10,911 (26)	22,181±9,373 (22)	7,721	104,817	0,007
STAI-Estado	24,884±12,810 (26)	19,636±11,524 (22)	2,190	149,820	0,145
EAE-General	42,680±27,321 (25)	63,333±7,510 (21)	11,276	431,729	0,001
EAE-Social	13,880±9,453 (25)	21,095±3,986 (21)	10,616	55,964	0,002
SSQ	64,960±26,881 (25)	83,947±8,701 (19)	8,735	445,521	0,005

Para estudiar la relación entre ansiedad-rasgo y depresión, por un lado, y las variables moduladoras, apoyo social y autoeficacia, por otro, se realizaron correlaciones de *Pearson* entre dichas variables. Los resultados mostraron que había correlaciones estadísticamente significativas entre depresión y apoyo social ($r=-0,493$; $p=0,001$), depresión y autoeficacia social ($r=-0,327$; $p=0,01$) y depresión y autoeficacia general ($r=-0,470$; $p=0,001$). También aparecieron correlaciones estadísticamente significativas entre ansiedad-rasgo y apoyo social ($r=-0,424$;

$p=0,004$), ansiedad-rasgo y autoeficacia social ($r=-0,324$; $p=0,02$) y ansiedad-rasgo y autoeficacia general ($r=-0,461$; $p=0,001$) (ver Tabla 3).

Tabla 3.
Correlaciones de *Pearson* entre depresión y ansiedad-rasgo y las variables moduladoras apoyo social y autoeficacia (social y general)

	VARIABLES MODULADORAS		
	Apoyo Social	Autoeficacia Social	Autoeficacia General
Depresión	-0,493 ($p= 0,001$)	-0,372 ($p= 0,01$)	-0,470 ($p= 0,001$)
Ansiedad-rasgo	-0,424 ($p= 0,004$)	-0,324 ($p= 0,02$)	-0,461 ($p= 0,001$)

Discusión

El objetivo de este trabajo fue estudiar las alteraciones emocionales, centrándonos en la depresión y la ansiedad que sufren los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer, así como el papel del apoyo social y la autoeficacia como posibles variables moduladoras en la aparición de dichas alteraciones emocionales. Los resultados han mostrado que los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer presentan mayores niveles de depresión y ansiedad (media=18,346 en depresión; media=30,423 en ansiedad) que los familiares-cuidadores de ancianos que no padecen la enfermedad de Alzheimer (media=11,409 en depresión; media=22,181 en ansiedad), y además, presentan menor grado de apoyo social (media=64,960 para familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer; media=83,947 para familiares-cuidadores de ancianos), menor cantidad de autoeficacia general (media=42,680 para familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer; media=63,333 para familiares-cuidadores de ancianos) y autoeficacia social (media=13,880 para familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer; media=21,095 para familiares-cuidadores de ancianos). Además, encontramos correlaciones moderadas estadísticamente significativas entre las alteraciones emocionales y las variables moduladoras.

La presencia de depresión y ansiedad en nuestra muestra de familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer coincide con lo encontrado en la literatura (Schulz, et al., 1995; Schulz, Visintainer y Williamson, 1990) y es un dato consistente que no necesita más contraste (George, 1990), aunque, lógicamente, ese dato hay que reproducirlo si queremos investigar las variables relacionadas con él. Así, en nuestro estudio, tanto el apoyo social como la autoeficacia se relacionan con la ansiedad y la depresión.

Con respecto al apoyo social, tanto en el modelo de Pearlin et al. (1990) como en el de Lawton et al. (1991) como en la simplificación de Braithwaite (1996) se propone al apoyo social como variable moduladora y, por tanto, que

los cuidadores con poco apoyo social tienden a padecer con más probabilidad depresión, ansiedad, pérdida de autoestima, etc. Aunque es necesaria más investigación para conocer los mecanismos de acción y tipos de apoyo social (Franks y Stephens, 1996; Sutor y Pillemer, 1996), se ha demostrado que proporcionar apoyo social tiene efectos terapéuticos en los cuidadores (Pillemer y Sutor, 1996).

Con respecto a la autoeficacia, también coinciden los datos con los modelos y estudios revisados (Braithwaite, 1996; Pearlin et al., 1990; Lawton et al., 1991) o con los recientes datos de Mendes de Leon et al. (1996) con respecto al deterioro físico, que indican que la autoeficacia disminuye el efecto de los estresores. En efecto, en nuestro estudio, los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer presentaban mayor ansiedad, mayor depresión y menor autoeficacia, existiendo una moderada correlación negativa significativa entre estas variables.

El cuidado del enfermo de Alzheimer es una tarea estresora que suele ir acompañada, entre otras cosas, por la restricción en las relaciones sociales que conlleva una pérdida de apoyo social. Por otro lado, la pérdida de autoeficacia puede estar producida por la exposición continuada a situaciones en las cuales la conducta del cuidador no tiene ningún efecto sobre las conductas del enfermo propias de la enfermedad como agitación psicomotora, errores en el funcionamiento cotidiano, cambios de personalidad o posible agresividad verbal o física. Esta disminución en el apoyo social y la autoeficacia aumentan la probabilidad de que los familiares-cuidadores expuestos a estrés desarrollen ansiedad, depresión o pérdida de autoestima. De este modo, la intervención terapéutica aumentando el apoyo social y la autoeficacia podría ser una forma de prevenir el desarrollo de ansiedad y depresión en los familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer.

En resumen, en este estudio hemos encontrado alteraciones emocionales, ansiedad y depresión, en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer al tiempo que presentaban bajo bajos niveles en variables moduladoras del efecto del estrés como el apoyo social y autoeficacia.

Referencias

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Braithwaite, V. (1996). Between stressors and outcomes: Can we simplify caregiving process variables?. *The Gerontologist*, 36, 42-53.
- Collins, C., Stommel, M., Wang, S. y Given, Ch.W. (1994). Caregiving transitions: Changes in depression among family caregivers of relatives with dementia. *Nursing Research*, 43, 220-225.
- Conde, V. y Franch, J. (1984). *Escalas de Evaluación Comportamental para la Cuantificación de la Psicopatología en los Trastornos Angustiosos y Depresivos*. Madrid: Upjohn.
- Franks, M.M. y Stephens, M.A.P. (1996). Social support in the context of caregiving:

- Husbands' provision of support to wives involved in parent care. *Journal of Gerontology*, 51B, P43-P52.
- George, L.K. (1990). Caregiver stress studies. There really is more to learn. *The Gerontologist*, 30, 580-581.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Shuttlesworth, E.C., Dyer, C.S., Ogrocki, P. y Seicher, C.E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine*, 49, 523-535.
- King, A.C., Oka, R.K. y Young, D.R. (1994). Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and caregiving in older women. *Journal of Gerontology*, 49, M239-M245.
- Lawton, M.P., Moos, M., Kleban, M.H., Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46, P181-P189.
- Lazarus, R. S. y DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- McAuley, E., Lox, C. y Duncan, T.E. (1993). Long-term maintenance of exercise, self-efficacy, and physiological change in older adults. *Journal of Gerontology*, 48, P218-P224.
- Mendes de Leon, C.F., Seeman, T.E., Baker, D.I., Richardson, E.D. y Tinetti, M.E. (1996). Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: A prospective study. *Journal of Gerontology*, 51B, S183-S190.
- Mohide, E.A., Pringle, D.M., Streiner, D.L., Gilbert, J.R., Muir, G. y Tew, M. (1990). A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 446-454.
- Paveza, G.J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. y Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32, 493-497.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. y Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pillemer, K. y Suitor, J.J. (1996). «It takes one to help one»: Effects of similar others on the well-being of caregivers. *Journal of Gerontology*, 51B, S250-S257.
- Reese, D.R., Gross, A.M., Smalley, D.L. y Messer, S.C. (1994). Caregivers of Alzheimer's disease and stroke patients: Immunological and psychological consideration. *The Gerontologist*, 34, 534-540.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and Causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schulz, R., Visintainer, P. y Williamson, G.M. (1990). Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology*, 45, P181-P191.
- Semple, S.J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32, 648-655.
- Sherer, M. y Adams, C.H. (1983). Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*, 53, 899-902.

- Skaff, M.M. y Pearlin, L.I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist*, 32, 656-664.
- Spielberger, R.L., Gorsuch, R.L. y Lushene (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual (3ª edic.)*. Madrid: TEA.
- Suitor, J.J. y Pillemer, K. (1996). Sources of support and interpersonal stress in the networks of married caregiving daughters: Findings from a 2-year longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 51B, S297-S306.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Bailey, S., Young, H. y McCann, B. (1993). Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older individuals. *Psychosomatic Medicine*, 55, 164-177.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Young, H., Teri, L. y Maiuro, R.D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-402.
- Vitaliano, P.P., Scanlan, J.M., Krenz, C., Schwartz, R.S. y Marcovina, S.M. (1996). Psychological distress, caregiving, and metabolic variables. *Journal of Gerontology*, 51, 290-299.

