

Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple

Ignacio Montorio
 María Izal Fernández
 de Trocóniz
 María Sánchez
 Colodrón
 Andrés Losada

Departamento
 de Psicología
 Biológica
 y de la Salud
 Universidad
 Autónoma de Madrid

Resumen

Fundamento: A partir de este trabajo se pretende analizar la influencia de las imágenes sociales que los cuidadores informales de personas mayores dependientes mantienen sobre la autonomía funcional que muestran las personas mayores a las que cuidan, influencia hipotetizada en el modelo de Little¹.

Método: 58 cuidadores y 45 personas mayores dependientes fueron evaluados en diferentes variables relacionadas con los planteamientos del modelo.

Resultados: Los resultados muestran (a) una relación significativa entre las imágenes de los cuidadores y el bienestar de la persona mayor, relación que se encuentra mediada por variables psicológicas como la autoeficacia de la persona mayor y no por variables biológicas como la edad de la persona mayor o el número de enfermedades crónicas padecidas por ésta, y (b) una relación significativa entre los estereotipos sociales que mantienen los cuidadores y las atribuciones que realizan sobre su propio familiar de edad avanzada.

Conclusión: Los datos apoyan parcialmente el modelo de Little al señalar la existencia de una relación entre las atribuciones del cuidador sobre su familiar mayor y el nivel de autonomía personal de este último.

Palabras clave: Dependencia. Cuidadores. Ambiente social. Personas mayores.

Summary

Background: The influence of social images that are maintained by elderly caregivers for their cared ones' functional autonomy is studied. This influence was hypothesized in Little's model¹.

Method: 58 caregivers and 45 dependent elderly were assessed in different variables related to the model's assumptions.

Results: Results show (a) a significant relation between caregivers images and elderly well-being, relation mediated by psychological variables such as elder self-efficacy and not by biological variables such as elder's age or number of elder's chronic illnesses, and (b) a significant relation between social stereotypes maintained by caregivers and the attributions they make about their aged relatives.

Conclusion: The results partially support Little's model, showing a relation between caregivers' attributions about their aged relatives and their relatives' level of autonomy.

Key words: Dependency. Caregivers. Social environment. Elderly.

Introducción

El fenómeno de la profecía que se autocumple ha llamado siempre la atención de pensadores y científicos. El efecto *Pigmalion*² y el efecto autocumplidor de los diagnósticos psiquiátricos³ son algunos ejemplos clásicos que reflejan el interés que este tema suscita entre los psicólogos. Este interés ha tomado nuevos rumbos con el desarrollo teórico que se viene produciendo en el ámbito de la Psicología Social en el campo de las actitudes, los prejuicios y las representaciones sociales. Uno de los grupos de población que más sutil y frecuentemente se convierte en víctima de actitudes y prejuicios negativos es el de las personas mayores.

Los gerontólogos han acuñado el término «edadismo» para referirse a las descripciones peyorativas que las personas realizan de los mayores basadas únicamente en criterios relacionados con una edad cronológica avanzada⁴. Como otros «ismos», implica una visión tóxica y despectiva de un grupo social que, en este caso, consiste en considerar a las personas mayores como diferentes a las demás en sus opiniones, afectos, necesidades, etc. La vejez es consecuencia de un proceso biológico, pero es también una construcción cultural, en el sentido de que las imágenes que construya la sociedad sobre la vejez van a influir en la forma en que ésta se vivencie y se desarrolle por parte de las personas. Así, de esta manera, una persona es vieja o joven, como en cualquier otro rol y estatus social, cuando las demás personas así la consideran⁵. Las diferencias interculturales existen-

Correspondencia:
 Ignacio Montorio Cerrato
 Facultad de Psicología
 Universidad Autónoma
 de Madrid
 28049 Madrid
 E-mail:
 ignacio.montorio@uam.es

tes en los valores y creencias relativas a las personas mayores (por ejemplo, entre las culturas china o japonesa y las culturas occidentales) suponen un claro ejemplo de la existencia de diferencias interpersonales sobre la visión de la vejez. Además, diferentes investigadores sugieren que los estereotipos negativos hacia la vejez pueden tener un impacto negativo sobre la cognición de las personas mayores⁶ y que este impacto negativo variará en función de la cultura a la que uno pertenezca⁷. En el proceso dialéctico de la interacción social, las demás personas, a través de sus conductas, son el espejo en el que uno mismo se ve reflejado. Las reacciones de los demás hacia una persona le muestran la imagen que presenta, constriniéndola a adoptar los comportamientos que sabe que se esperan de ella. La categoría de vejez, en este sentido, está rodeada de falsas creencias y contradicciones, por lo que el proceso de envejecer puede convertirse fácilmente en una serie de profecías que se autocumplen y, con frecuencia, en dicho proceso, las personas mayores se convierten en víctimas de ideas preconcebidas, o estereotipos, sobre cómo se supone que deben actuar o reaccionar⁸.

Teniendo en cuenta el abundante cuerpo de investigación que confirma la existencia de estereotipos fundamentalmente negativos sobre las personas mayores, las cuestiones que adquieren mayor relevancia actualmente son las relacionadas con el grado y el modo en que los estereotipos pueden estar elicitando actitudes hacia las personas mayores⁹. Se ha investigado sobre los estereotipos y las imágenes sociales de la vejez utilizando una metodología diversa: análisis del discurso hablado¹⁰ y escrito¹¹, las entrevistas tipo encuesta¹², cuestionarios¹³ o tareas de laboratorio¹⁴. Entre las conclusiones más importantes que se derivan de estos estudios se encuentran las siguientes:

1. La percepción social de las personas mayores ha consistido tradicionalmente en una imagen básicamente negativa¹², aunque progresivamente esta etiqueta se va desplazando hacia el grupo de personas mayores con más edad¹⁵.
2. La probabilidad de que los estereotipos negativos eliciten actitudes negativas es mayor que la de que los estereotipos positivos eliciten actitudes positivas, especialmente cuando son aplicados a las personas de edad más avanzada⁹.
3. Las actitudes de los cuidadores hacia las personas mayores resultan ser el mejor predictor de las conductas paternalistas y de sobreprotección en el cuidado de sus familiares mayores¹³.
4. Es relativamente frecuente que los profesionales de la salud tengan dificultades para reconocer la presencia de procesos patológicos en las perso-

nas mayores, ya que asocian de forma natural la edad con la fragilidad y la debilidad, lo que implica que frecuentemente no se tratan enfermedades que podrían ser curadas mediante una adecuada atención médica¹⁶. Así, por ejemplo, una investigación en la que tanto un grupo de profesionales que trabajan con población mayor como estudiantes de psicología, a punto de incorporarse al mundo profesional, tenían que facilitar un diagnóstico y un tratamiento a partir del análisis de historias clínicas muestra como ambos grupos tienden a describir los mismos problemas clínicos como orgánicos cuando la persona juzgada es de edad avanzada, a diferencia de si es joven que lo consideran como un problema funcional¹⁷. Con respecto a la forma de tratamiento propuesto, se sugerían con una mayor frecuencia fármacos e institucionalización para los ancianos en detrimento de terapias psicológicas. Estos resultados apoyan la idea de que los profesionales pueden llegar a utilizar la edad como un indicador para explicar el comportamiento, variando el diagnóstico y las recomendaciones para el tratamiento de las personas mayores en comparación con adultos de menor edad¹⁷. Así, algunos estudios señalan la existencia de prejuicios o actitudes predeterminadas de los profesionales de la salud mental, que hacen referencia a una tendencia a creer que los pacientes mayores responden peor al tratamiento que los jóvenes, tendiendo a pensar que la terapia para personas mayores es paliativa¹⁸.

En un sentido similar, y en relación con la influencia de las imágenes sociales sobre la dependencia que muestran las personas mayores, una cuestión interesante hace referencia a si las imágenes sociales se relacionan en algún grado con la capacidad funcional de las personas mayores, a través de posibles conductas de sobreprotección. Little¹ sugirió que el edadismo se mantiene porque las falsas creencias que socialmente imperan sobre la vejez no sólo influyen sobre cómo se trata a las personas mayores, sino también en el modo en que éstas se comportan. El modelo de esta autora contempla el proceso de interacción entre, por un lado, los estereotipos y expectativas negativas mantenidos por las personas sobre la vejez y, por el otro, la discapacidad de las personas mayores para las actividades de la vida diaria. Con esta propuesta se pretende respaldar una concepción multidimensional de la dependencia, en la que tengan cabida variables biológicas, psicológicas y sociales¹⁹, superando así las limitaciones derivadas del mantenimiento de planteamientos unidimensionales, entre los que la perspectiva que entiende o define la dependencia en términos exclusi-

vamente relativos al declive físico (perspectiva biológica) es la dominante²⁰. Así pues, desde este punto de vista multidimensional, se considera que la dependencia es un proceso sobre el que influyen tanto la discapacidad "real" de la persona mayor, como las cogniciones de los cuidadores sobre las conductas manifiestas de los mayores (por ej., "ya no puede hacer nada solo") y las interrelaciones existentes entre variables mediadoras (por ej., el apoyo social) y otros factores implicados (por ej., la imposibilidad de promover comportamientos autónomos debido a la presencia de barreras arquitectónicas). Así, el modelo de Little considera que el proceso interactivo que se establece entre las personas mayores y sus cuidadores es el siguiente: a) el cuidador tiene expectativas negativas en relación a la capacidad de la persona mayor para emitir una conducta indicativa de independencia, b) este tipo de cogniciones lleva al cuidador a realizar conductas de sobreprotección, c) la sobreprotección priva a la persona mayor de oportunidades de realizar la conducta y, por tanto, de practicarla, d) se produce una disminución de las capacidades y un incremento de la dependencia a través de dos procesos paralelos e interdependientes: la falta de práctica y la pérdida de hábitos, por una parte, y la percepción de que los demás le consideran inútil, por la otra y e) finalmente, las expectativas iniciales acerca de la incapacidad de la persona que recibe los cuidados se cumplen (Figura 1).

En términos generales, el objetivo del presente trabajo es explorar las posibles relaciones existentes entre las imágenes que los cuidadores informales tienen de su familiar mayor y la autonomía funcional de este último. Esta aproximación empírica se lleva a cabo a través un análisis correlacional de las variables implicadas. En definitiva, se trata de poner a prueba los supuestos derivados del modelo de Little, que describe secuencialmente cómo las imágenes, percepciones y expectativas acerca de las personas mayores determinan parcialmente la capacidad funcional de éstas últimas.

Método

Sujetos

Participaron 107 personas, residentes en zona urbana de Madrid. Se dividen en dos muestras relacionadas, la de cuidadores o personas que habitualmente se encargan de ayudar a una persona mayor en la realización de sus actividades cotidianas y la de receptores o personas mayores que habitualmente reciben algún tipo de ayuda por parte de los cuidadores

para realizar sus actividades cotidianas. En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas más relevantes de la muestra.

Procedimiento

Para la obtención de la muestra se contactó con cuatro centros de salud que facilitaron el nombre y el teléfono de personas adscritas al centro y responsables del cuidado de algún familiar mayor. Con estas personas se entró en contacto telefónico para solicitar su colaboración y acordar una cita en el propio centro de salud. En cada evaluación, realizada por dos personas, un entrevistador y un observador, se recababa la información referente a las variables de estudio. Las evaluaciones consistían en entrevistas estructuradas de una hora aproximada de duración. Una vez acabada la entrevista, se agradecía de nuevo la participación y se preguntaba sobre la posibilidad de entrevistar a la persona mayor que recibía el cuidado. En caso afirmativo, esta entrevista se realizaba en el domicilio de la persona mayor.

Variables e instrumentos

Las variables evaluadas en el estudio han sido las siguientes:

- autonomía funcional de la persona mayor cuidada, operativizada como la capacidad para ejecutar actividades de la vida diaria informada tanto por el cuidador como por la persona receptora de cuidados,
- salud física de la persona mayor cuidada, operativizada como el número de enfermedades crónicas padecidas,
- estado mental o funcionamiento cognitivo de la persona mayor que recibe los cuidados,
- percepciones de autoeficacia y bienestar de la persona mayor y
- imágenes de los cuidadores sobre las personas mayores como grupo y sobre su familiar mayor como individuo.

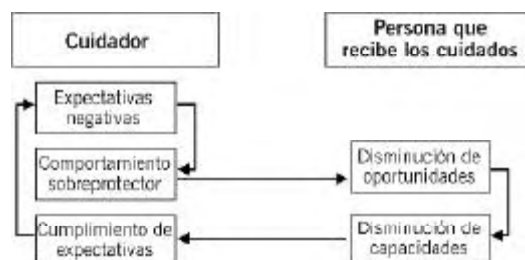


Figura 1.
Modelo de Little
(1988)

Tabla 1.
Características
sociodemográficas
de las muestras
de estudio

		N	Edad media	D.T.	Rango de edad
Cuidadores	Mujeres	58	54,5	12,4	23-87
	Hombres	4			
Receptores	Mujeres	39	82,6	7,7	63-100
	Hombres	6			

Todos los instrumentos utilizados para la evaluación de estas variables fueron adaptados respecto a su formato original para ser utilizados a lo largo de la entrevista personal. Concretamente, los instrumentos empleados son:

Entrevista inicial de carácter estructurado para obtener información relativa a las variables sociodemográficas, a los índices de salud y a las características del cuidado.

*Escala de Satisfacción de Filadelfia*²¹. Inventario que evalúa la satisfacción vital de las personas mayores receptoras de los cuidados. Se utilizó la versión de 16 elementos adaptada al castellano, que en estudios previos había mostrado unas adecuadas garantías psicométricas²². En el presente estudio, la consistencia interna encontrada según el coeficiente alpha de Cronbach fue adecuada (alpha= 0,81) y la fiabilidad interjueces hallada según la correlación de Pearson fue muy elevada ($r_{xy}=0,99$).

*Escala de Autoeficacia*²³. Evalúa las expectativas sobre la capacidad personal para iniciar y persistir en la resolución de tareas. Para este estudio se utilizó únicamente la subescala de autoeficacia general, de la que se eliminó el elemento 22 por la ambigüedad de su definición. En el presente estudio, la consistencia interna encontrada según el coeficiente alpha de Cronbach fue adecuada (alpha= 0,79) y la fiabilidad interjueces hallada según la correlación de Pearson fue elevada ($r_{xy}=0,98$).

*Mini-Examen Cognoscitivo*²⁴. Se trata de un instrumento de aplicación rápida y sencilla que permite una evaluación inicial del rendimiento cognitivo adaptado a partir del Mini-Examen del Estado Mental de Folstein²⁵. Evalúa diversos aspectos relevantes de la función intelectual como la orientación espacial, la memoria reciente y de fijación, la atención, el cálculo, el lenguaje y la construcción viso-espacial. La consistencia interna hallada en este estudio fue de 0,77 y la fiabilidad interjueces fue máxima ($r_{xy}=1,0$).

Índice de Capacidad Funcional (ICF). El ICF está compuesto por los 6 ítems del Índice de Independencia en Actividades de la Vida Diaria²⁶ y los 8 ítems de la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida

Diaria²⁷, más dos ítems añadidos que consisten en dos actividades consideradas básicas por la mayor parte de la literatura sobre actividades de la vida diaria^{22, 28}: asearse y peinarse. Fue elaborado para obtener una puntuación global sobre la capacidad funcional del individuo. La puntuación en esta escala oscila entre 0 y 16, indicando cada valor el número de actividades de vida diaria en las que la persona que recibe los cuidados puede funcionar con autonomía. Este instrumento se administró tanto al cuidador, para que valorase la Capacidad Funcional Observada en su familiar respecto a las 16 Actividades de la Vida Diaria mencionadas, como al receptor de estos cuidados, para que juzgase su Capacidad Funcional Autoobservada. Además, este instrumento también se utilizó con otro propósito. Se preguntó al cuidador para cada uno de los 16 ítems del Índice de Capacidad Funcional "en el caso de que su familiar no recibiera ayuda para realizar la tarea ¿podría realizarla por sí mismo?" e, igualmente, a las propias personas cuidadas se les preguntaba "en el caso de que no recibiera ayuda para realizar la tarea ¿podría realizarla por usted mismo?". De esta forma se diferenciaba entre las Actividades de la Vida Diaria que las personas mayores realizaban cotidianamente de las que supuestamente podrían realizar (Capacidad Funcional Potencial). La razón de diferenciar la capacidad observada con la capacidad potencial se basa en la idea de que en algunas ocasiones las personas mayores no realizan determinadas actividades, no por falta de capacidad, sino por otros motivos (comodidad, sobreprotección, etc.). Así, esta escala fue administrada tanto al cuidador, juzgando éste la Capacidad Funcional Potencial de su familiar, como a la propia persona receptora de cuidados, siendo en este caso, una autopercepción de su Capacidad Funcional Potencial. En el presente estudio, para la muestra de cuidadores, la consistencia interna encontrada según el alpha de Cronbach fue adecuada (alpha=0,97) y la fiabilidad interjueces hallada según la correlación de Pearson fue máxima ($r_{xy}=1,0$). En la muestra de personas mayores, la consistencia interna encontrada según el alpha de Cronbach fue de .95 y la fiabilidad interjueces fue igualmente adecuada ($r_{xy}=0,98$).

Tarea de Asociación de Atributos. Tiene como objeto evaluar las imágenes que los cuidadores presentan sobre las personas mayores, medido en este trabajo a través de una tarea de asociación de atributos. Las técnicas de asociación se basan en la hipótesis de Osgood, Suci y Tannenbaum²⁹, según la cual, la posición de un concepto en un campo semántico puede ser medida por su distancia respecto a los conceptos que le rodean. Estas técnicas, elaboradas y utilizadas principalmente en el campo de la Antro-

pología Cognitiva³⁰ y de la Psicología Social³¹, son consideradas actualmente como uno de los métodos de medida de las cogniciones sociales (estereotipos, atribuciones, representaciones sociales, etc.) más prometedores, gracias a que proporcionan tanto información cuantitativa como cualitativa y a que superan en gran medida los sesgos derivados de la discapacidad social. En el presente estudio, la tarea consistió en presentar 30 tarjetas, en cada una de las cuales se encontraba escrito un adjetivo, pedir al cuidador que seleccionara aquellos adjetivos que caracterizaran a una persona mayor en general y, posteriormente, pedirle que seleccionara aquellos adjetivos que caracterizaran a la persona mayor a la que cuidaban. Con el propósito de conocer la imagen que la población general tiene de las personas mayores, en trabajos previos se obtuvieron, a partir de la técnica estadística de escalamiento multidimensional, cuatro conglomerados de adjetivos^{32,33}: *afecto positivo* (p.ej., saludable, optimista, afectuosa, alegre, etc.), *independencia funcional* (p.ej., autosuficiente, capaz, valiente), *afecto negativo rechazable* (p.ej., intolerante, egoísta, malhumorada) y *afecto negativo tolerable* (dependiente, pasiva, enferma, triste), que permiten categorizar a las personas mayores según tales dimensiones. A partir de la selección realizada por los cuidadores de los adjetivos que describen a la población mayor en general y a las personas que cuidan en particular se obtiene por cada uno de los cuidadores una puntuación (número de adjetivos seleccionados) para cada una de los cuatro tipos de imágenes que los cuidadores tienen de la población de personas mayores en general y otras cuatro puntuaciones para la imagen de su familiar en particular (afecto positivo, independencia funcional, afecto negativo rechazable y afecto negativo tolerable).

Resultados

Los análisis estadísticos efectuados para contrastar las hipótesis derivadas de los objetivos del trabajo se sintetizan en tres líneas principales. En primer lugar, se facilitan los datos descriptivos de las variables relevantes descritas en el apartado de variables e instrumentos (Tabla 2). No se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias en la Capacidad Funcional Observada por el cuidador y la Auto-observada por la persona que recibe los cuidados. De la misma manera, tampoco se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias entre la Capacidad Funcional Potencial según el cuidador y según el receptor de cuidados, si bien estos consideran que como promedio serían

capaces de hacer una actividad más si no recibiesen ayuda.

En segundo lugar, una vez obtenidas las ocho puntuaciones de la Tarea de Asociación de Atributos para cada cuidador, y con el fin de analizar hasta qué punto las valoraciones de los cuidadores de las personas mayores en general y de las personas que cuidan en particular tienden a seguir una dirección similar, se halló la correlación, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, entre las atribuciones hechas al grupo de personas mayores y al familiar mayor respecto a cada agrupamiento de adjetivos (*independencia funcional*, *afecto positivo*, *afecto negativo tolerable* y *afecto negativo rechazable*). Como se puede observar en la Tabla 3, los análisis de correlación entre las atribuciones de características referidas a las personas mayores en general y al familiar receptor del cuidado en particular muestran unos coeficientes de correlación estadísticamente significativos y directos en las puntuaciones relativas a la atribución de características de *afecto positivo*, *afecto negativo tolerable* y *afecto negativo rechazable* ($r_{xy} = 0,31$, $p \leq 0,05$; $r_{xy} = 0,46$, $p \leq 0,01$; $r_{xy} = 0,33$, $p \leq 0,01$ respectivamente), pero no en las puntuaciones de independencia funcional, entre las que no se obtuvo una asociación significativa entre las atribuciones de características referidas a las personas mayores en general y a las personas cuidadas en particular (Tablas 2 y 3).

Por último, y con el fin comprobar las relaciones establecidas en el modelo de Little, el último bloque de análisis consistió en una serie de *análisis de regresión múltiple de pasos sucesivos*, cuyos resultados aparecen reflejados en la Tabla 4. Se ha optado por este tipo de análisis de los datos por entender que, como señala Etxeberría³⁴, si existe relación entre dos variables significa que el valor de una de ellas aporta algún tipo de información acerca de la otra variable. Para ello, para cada uno de los análisis de regresión se incluyeron las variables que se consideraron relevantes para el análisis de las relaciones establecidas en el modelo de Little (las señaladas en el apartado variables e instrumentos). Se presentan únicamente las variables que aportan una información significativa sobre la variable dependiente, información reflejada a partir del coeficiente de determinación ajustado. Al intentar explicar la varianza de las puntuaciones de los cuidadores relativas al familiar mayor en la Tarea de Asociación de Atributos, se observa que el *afecto negativo tolerable* atribuido al familiar es explicado, en el 25% de su varianza, por el *afecto negativo tolerable* atribuido a las personas mayores como grupo ($F = 9,47$; $p \leq 0,01$), y que la *independencia*

Tabla 2.
Medias y desviaciones típicas de las variables de estudio

Variable	Media	DT	Rango
Capacidad Funcional Observada por el cuidador	10,8	4,7	0-16
Capacidad Funcional Auto-observada por el receptor de cuidados	11,4	4,6	0-16
Capacidad Funcional Potencial según el cuidador	11,5	5,1	0-16
Capacidad Funcional Potencial según el receptor	12,3	4,7	0-16
Enfermedades crónicas del receptor	2,5	1,5	0-7
Estado mental del receptor (MEC)	24,9	7,5	5-35
Autoeficacia del receptor	34,3	12	4-56
Bienestar subjetivo del receptor	7,9	3,1	1-16

Tabla 3.
Medias, desviaciones típicas y coeficiente de correlación entre las atribuciones hechas por el cuidador a las personas mayores en general y a la persona cuidada en particular

Atribuciones	Acerca de	Media	DT	Rango	r _{xy}
Independencia funcional	los mayores	2,4	1,8	0-5	0,01
	el familiar	1,9	1,8	0-5	
Bienestar afectivo el familiar	los mayores	5,9	3,1	0-10	0,31*
	5,5	2,8	0-10		
Afecto negativo rechazable	los mayores	3,1	2,1	0-6	0,33**
	el familiar	1,9	1,8	0-6	
Afecto negativo aceptable	los mayores	5,8	2,5	0-9	0,46**
	el familiar	4,6	2,6	0-9	

*p≤0,05. **p≤0,01

Tabla 4.
Contrastación de los supuestos del Modelo de Little mediante sucesivos análisis de regresión

Variable dependiente	Beta	T	r ² ajustada	F
Variables predictoras				
Afecto negativo aceptable atribuido al familiar				9,47**
Afecto negativo aceptable atribuido a las personas mayores	0,52	3,08*	0,25	
Independencia funcional atribuida al familiar				7,09**
Afecto negativo aceptable atribuido a las personas mayores	0,47	2,66**	0,19	
Capacidad Funcional Observada (según cuidador)				14,10**
Independencia funcional atribuida al familiar	0,46	3,63**		
Estado mental (MEC)	0,43	3,10**	0,60	
Estado físico (nº de enfermedades crónicas)	-0,30	-2,18**		
Capacidad Funcional Auto-observada (según receptor)				13,79**
Independencia funcional atribuida al familiar	0,53	3,78**		
Estado Mental (MEC)	0,43	3,06**	0,5	
Capacidad Funcional Potencial (según el cuidador)				13,53**
Independencia funcional atribuida al familiar	0,48	0,48**		
Estado mental (MEC)	0,37	0,37*	0,59	
Edad del familiar	-0,32	-0,32*		
Capacidad Funcional Potencial (según el receptor)				12,25**
Independencia funcional atribuida al familiar	0,62	4,40**		
Estado mental (MEC)	0,31	2,22*	0,45	
Autoeficacia percibida por el receptor de cuidados				12,57**
Afecto negativo aceptable atribuido al familiar	-0,60	-3,55**	0,33	
Satisfacción vital del receptor de cuidados				6,88*
Autoeficacia	0,53	2,62*	0,24	

*p < 0,05. ** p < 0,01

funcional atribuida al familiar también es explicada, en el 19% de su varianza, por el *afecto negativo tolerable* atribuido a las personas mayores como grupo (F = 7,09; p ≤,01) (Tabla 4).

Por su parte, las variables que explican una proporción significativa de la varianza de la Capacidad Funcional Observada por el cuidador son, en primer lugar, la *independencia funcional* atribuida a su fa-

miliar mayor; en segundo lugar, el estado mental del receptor de cuidados según su puntuación en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) y, en tercer lugar, el número de enfermedades crónicas padecidas. Estas tres variables explican el 60% de la varianza de la Capacidad Funcional Observada según el cuidador ($F=14,10$; $p \leq 0,01$). Mientras que las variables que explican una proporción significativa de la varianza de la Capacidad Funcional Autoobservada por la persona mayor son, en primer lugar, *la independencia funcional* atribuida a su familiar mayor y, en segundo lugar, el estado mental del receptor según su puntuación en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Estas dos variables explican el 50% de su varianza ($F=13,79$; $p \leq 0,01$).

Las variables que explican una proporción significativa de la varianza de la Capacidad Funcional Potencial que el cuidador percibe en su familiar mayor son *la independencia funcional* atribuida a su familiar mayor, el estado mental, según el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) y la edad del receptor de cuidados. Estas tres variables explican el 59% de la varianza de la Capacidad Funcional Potencial de la persona mayor percibida por la persona que le presta los cuidados ($F=13,52$; $p \leq 0,01$). Por su parte, las variables que explican una proporción significativa de la varianza de la Capacidad Funcional Potencial que el receptor de ayuda se atribuye a sí mismo son *la independencia funcional* que le es atribuida por el cuidador y su estado mental según el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). Estas dos variables explican el 45% de la varianza de la Capacidad Funcional Potencial autoatribuida por el receptor del cuidado ($F=12,25$; $p \leq 0,01$).

La variable de autoeficacia aparece explicada de forma significativa por el *afecto negativo tolerable* atribuido por el cuidador a su familiar mayor ($r^2=0,33$; $F=12,57$; $p \leq 0,01$). A su vez, la puntuación en la Escala de Satisfacción de Filadelfia, tomada como índice del grado de "bienestar psicológico", sólo es explicada en una proporción significativa por la variable autoeficacia ($r^2=0,24$; $F=6,88$; $p \leq 0,05$).

Discusión

En general, los resultados de este estudio muestran la existencia de una relación significativa entre los estereotipos sociales que mantienen los cuidadores y las atribuciones que realizan sobre su propio familiar de edad avanzada. La relación más intensa es la encontrada en las atribuciones de "afecto negativo tolerable", esto es, cuando los cuidadores conside-

ran a las personas mayores como enfermas, débiles e incapaces de valerse por sí mismas, frecuentemente piensan en los mismos términos respecto a la persona mayor a la que cuidan. Aunque de menor cuantía, también existen relaciones significativas entre las características de "afecto negativo rechazable" (egoísta, malhumorada, aburrida, etc.) atribuidas a las personas mayores como grupo y al familiar como individuo, y entre las de "afecto positivo" (satisfecha, sonriente, feliz, etc.) utilizadas en la descripción de las personas mayores y en las del familiar receptor de los cuidados. Por el contrario, la independencia funcional atribuida en ambas condiciones presenta un coeficiente de correlación prácticamente nulo, es decir, no se ha encontrado relación lineal alguna entre las creencias del cuidador respecto a si las personas mayores son autónomas y capaces de valerse por sí mismas y sus creencias respecto a la autonomía y capacidad de la persona mayor a la que cuidan. Probablemente, de los cuatro tipos de atribuciones que pueden realizar los cuidadores, la que hace referencia a la independencia funcional es la que tiene un componente más objetivable, aspecto que podría explicar esta ausencia de relación. En definitiva, las características que más a menudo parecen ser atribuidas simultáneamente al grupo de mayores y al individuo mayor son las referidas a enfermedad, incapacidad y dependencia.

El principal objetivo de nuestro estudio era explorar las relaciones entre las variables sociales, cognitivas y comportamentales reflejadas en el modelo de Little¹. Esta autora considera que existe un continuo bucle de retroalimentación entre los estereotipos sociales mantenidos por las personas sobre las personas mayores, las atribuciones de incapacidad y las conductas de sobreprotección por parte de los cuidadores, y el incremento en las conductas de dependencia concomitante a un descenso en los niveles de autoeficacia percibida de las personas mayores. Al haberse utilizado en este trabajo un método correlacional para esta exploración, conviene tener en cuenta que, aunque se comenten las relaciones establecidas a partir de los análisis pertinentes atendiendo a los pasos postulados por el modelo, este orden no debe entenderse en ningún caso como una atribución de direccionalidad o causalidad en las mismas. Otro aspecto a tener en cuenta para la interpretación de los resultados es considerar no solo las variables que emergen como predictoras, sino aquellas que intuitivamente pudieran estar relacionadas con otras, sin embargo no lo están. La información resultante de las ecuaciones de regresión múltiple efectuados permiten sugerir las siguientes cuestiones:

- a. Que un cuidador tenga una visión de su familiar mayor como una persona autosuficiente y activa o como una persona enferma y dependiente tiene como principal predictor la atribución de características de afecto negativo tolerable a las personas mayores en general. Así, el hecho de caracterizar a las personas mayores como seres enfermos, débiles, incapaces, pasivos, dependientes, etc. explica parcialmente la caracterización del familiar mayor por parte de su cuidador en términos semejantes, mientras que la edad, estado mental o salud física del receptor de cuidados no se constituyen como variables predictoras de esta imagen.
- b. De la misma forma, el hecho de utilizar pocos adjetivos pertenecientes al agrupamiento de afecto negativo tolerable explica, también en mayor medida que la edad, estado mental o salud física del receptor de cuidados, la descripción de éste por parte del cuidador en términos de independencia, actividad y capacidad. Estos resultados son claramente concordantes con la idea de que los estereotipos sobre la vejez más numerosos y mejor establecidos son los relacionados con una visión negativa de "fragilidad", "enfermedad" y "dependencia", por encima de otras imágenes sociales sobre las personas mayores, por ejemplo como seres aburridos y amargados ("el viejo gruñón") o como seres afectuosos y apreciados ("el perfecto abuelo"). Este hecho aparece confirmado en numerosos estudios de los estereotipos sobre la vejez^{4,8}.
- c. La Capacidad Funcional Observada es explicable a partir de variables de naturaleza física, psicológica y social. En lo que respecta a la información facilitada por el cuidador, las actividades de la vida diaria (comer, asearse, cocinar, etc.) son explicables por la atribución de características de "independencia funcional" por parte del cuidador a su familiar necesitado de ayuda, así como por el estado mental y edad del mismo (el 60% del total de su varianza). Por lo que se refiere a la información facilitada por la persona que recibe los cuidados, estas actividades de la vida diaria son explicables por las características de "independencia funcional" que su cuidador les atribuye, así como por el estado mental del receptor (el 50% de su varianza).

Un aspecto importante en la metodología seguida ha sido el intento de no valorar exclusivamente la ejecución de las actividades de la vida diaria, sino también su competencia para llevarlas a cabo. Ante la imposibilidad de obtener un índice objetivo que discriminara los niveles de competencia y actuación, se optó por evaluar las percepciones que cuidadores

y receptores de ayuda tenían sobre la capacidad de estos últimos para realizar por sí mismos tareas en las que normalmente reciben ayuda para su ejecución. El hecho de recabar este tipo de información ha resultado útil para explorar factores no orgánicos intervinientes en la dependencia funcional. Tras los análisis efectuados con las respuestas dadas por cuidadores y receptores, se concluye que la capacidad potencial de la persona mayor percibida por el cuidador para realizar actividades de la vida diaria se explica por tres variables: la atribución de características de "independencia funcional" al familiar, el estado mental y la edad del mismo. Respecto al potencial de autonomía que las personas cuidadas perciben se explica por dos variables: las características de "independencia funcional" que le atribuye su cuidador y su estado mental. Estos resultados deben interpretarse atendiendo a dos cuestiones. En primer lugar, en la dependencia funcional se encuentran implicados factores orgánicos difícilmente reversibles como es el padecimiento de enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo del individuo, pero, además, intervienen factores psicosociales susceptibles de modificación. Segundo, la edad de la persona mayor se encuentra relacionada con las atribuciones de capacidad hechas por los cuidadores, pero no con las autoatribuciones de los receptores. Es decir, las atribuciones de los cuidadores se basan en variables internas y estables en mayor medida que las autoatribuciones de los receptores. Esta interpretación se encontraría en la línea de los hallazgos de Banzinger y Dreventesdt³⁵ que encuentran que la población general atribuye el fracaso de las personas mayores a la propia edad de éstas y no a factores tales como la mala suerte, la falta de esfuerzo o de habilidades, que son utilizados en la explicación del fracaso por parte de personas jóvenes.

Por su parte, la autoeficacia de las personas que reciben ayuda se explica exclusivamente a partir de las atribuciones afectivas negativas que realizan sus cuidadores, aunque tolerables (enferma, pasiva, incapaz, etc.), y no por otras variables que teóricamente cabría esperar que predijeran el nivel de autoeficacia, tales como la edad, el padecimiento de enfermedades crónicas o la capacidad funcional de la persona para manejarse en su vida diaria, que les hace sentirse más o menos competentes para desenvolverse en su vida diaria. Asimismo, la satisfacción del receptor de cuidados se encuentra explicada exclusivamente por su nivel de autoeficacia manifestado y, nuevamente, no por variables tales como su edad, el padecimiento de enfermedades crónicas, la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria o la calidad percibida de su relación con el cuidador. Respecto a estos resultados, parece evidente su interpretación a través de

las teorías encuadradas en el modelo cognitivo de la dependencia funcional. Los conceptos de autoeficacia³⁶, control percibido³⁷ y etiquetado social³⁸ presentan una doble función moduladora en este sentido, ya que se relacionan por una parte con factores psicosociales externos al individuo (atribución de capacidad, ofertas ambientales, infraestimulación, etc.) y, por otra, con factores conductuales propios del individuo (creencias sobre su competencia, ansiedad inhibitoria para mantener las actividades de la vida diaria, ejecución de conductas, etc.). Estos conceptos se encuentran recogidos en el marco del modelo de "apoyo-eficacia" que da cuenta de la interacción entre las variables relacionadas con el apoyo social que recibe un individuo y su nivel de autoeficacia³⁹. Los resultados obtenidos en este trabajo se ajustan a los postulados de este modelo.

En resumen, se puede concluir que los datos apoyan parcialmente el modelo de Little¹, en cuanto a que señalan la existencia de una relación entre las atribuciones del cuidador sobre su familiar mayor y el nivel de autonomía personal de este último. En nuestra opinión, éste enfoque permite explicar la relación entre los estereotipos negativos sobre la vejez y el fenómeno de la profecía que se autocumple de manera adecuada y precisa, ya que permite integrar los dos factores conductuales fundamentales que intervienen en la dependencia funcional de las personas mayores. Uno de estos factores está relacionado con el ambiente de las personas mayores, en el que los familiares que dispensan la ayuda actúan sobreprotegiendo al familiar y le prestan más ayuda de la necesaria, ya que, al no existir oportunidades ambientales para que el individuo desarrolle sus recursos o capacidades (por ejemplo, debido a la presencia de barreras arquitectónicas), la infrautilización de estos recursos conlleva a corto o a medio plazo la pérdida de las habilidades que permiten la competencia⁴⁰. Aunque en este estudio no se realiza una medición directa de la sobreprotección por parte de los familiares, si se puede asumir, a partir de los resultados encontrados, la existencia de una relación entre mantener una imagen negativa y estereotipada de la vejez y llevar a cabo conductas de sobreprotección, reflejada, en este caso, a partir del hecho de que tanto las personas mayores como los cuidadores manifiestan que los primeros tienen un potencial de ejecución superior a la capacidad observada, si bien esta diferencia no es significativa. El segundo de estos factores tiene en cuenta las complejas relaciones existentes entre el control percibido y la autoeficacia del individuo, con las expectativas de las personas que les rodean respecto a su capacidad de eficacia y control³⁸. Ambos factores y sus respectivas vías de retroalimentación pueden considerarse reflejados en los resultados de nuestro estudio.

El alcance y la generalizabilidad de las conclusiones de este estudio queda limitado por las restricciones que impone la utilización de un diseño correlacional y por el reducido tamaño de la muestra. Además, la no utilización de un procedimiento observacional para evaluar la capacidad funcional del individuo puede añadir fuentes de error, a pesar de que tanto la metodología observacional como la de autoinforme han sido señaladas como problemáticas en diferentes estudios^{41, 42}. La utilización que se hace del análisis de regresión, en el que cada variable es considerada en algunos casos como variable criterio y, en otros casos, como variable predictora, como consecuencia del propio proceso de retroalimentación que establece el modelo de Little¹, añade otra posible fuente de error a las conclusiones de este trabajo. En este sentido, los resultados de este estudio han de ser tomados como resultados preliminares, siendo necesarios nuevos estudios que traten de discriminar y explicar los distintos factores implicados en la dependencia funcional de las personas mayores. En estos trabajos se deberá tener en cuenta la necesidad de llevar a cabo análisis más precisos de las variables que han demostrado estar relacionadas en alguna medida con la autonomía funcional y su pérdida, así como la necesidad de utilizar una metodología experimental para el establecimiento de relaciones causales.

Finalmente, cabe señalar que la dependencia de las personas mayores es un fenómeno complejo, que admite diferentes vías de intervención, incluyendo las prestaciones sociales más clásicas que tienden a suplir la ausencia de autonomía en la vida diaria facilitando servicios y asistencia para paliar tales carencias. Se hacen imprescindibles además otras intervenciones orientadas a la modificación de las creencias que subyacen a los estereotipos que, como se ha señalado en este trabajo, pueden estar influyendo sobre las conductas de dependencia de las personas mayores. Estas intervenciones han de tratar además las posibles subestimaciones de los recursos propios, las contingencias ambientales (esto es, circunstancias adicionales que favorecen la dependencia al permitir un ambiente físico no facilitador de la autonomía) y otra serie de factores que pueden afectar al comportamiento de las personas mayores que reciben los cuidados, como por ejemplo, los efectos que pueden llegar a tener sobre las personas mayores determinadas actitudes de los cuidadores, que pueden llegar a influir sobre, por ejemplo, la frecuencia de comportamientos problemáticos desarrollados por parte de la persona cuidada⁴³. Si se quiere realmente conseguir que las personas mayores alcancen la edad avanzada dentro de lo que se ha venido a denominar la vejez con éxito⁴⁴, son necesarias políticas

de prevención, formación, campañas publicitarias, materiales de apoyo a los cuidadores⁴⁵ y cuantos recursos puedan disponerse para fomentar pautas de autonomía serán siempre útiles. Diferentes organismos internacionales (por ej., la OMS-Organización Mundial de la Salud⁴⁶) y españoles^{47,48} defienden que la atención futura a las demandas de las personas mayores dependientes ha de basarse necesariamente en la potenciación de la convergencia entre el cuidado informal y los servicios formales. De este modo, son necesarias redes eficientes y organizadas de apoyo formal que, más que sustituir, se complementen con el cuidado informal⁴⁹. La necesidad de coordinación puede ser especialmente necesaria en el cuidado de personas con demencia, al suponer esta situación una fuente especialmente importante de estrés sobre los cuidadores formales e informales⁵⁰. En este sentido, y como se señala en Izal y otros⁵¹, son necesarias políticas de formación en aspectos relacionados con el cuidado dirigidas a profesionales de la salud y de los servicios sociales que permitan que éstos, a través de la implantación de programas de intervención sobre cuidadores, faciliten la complementación de ambos tipos de cuidado (formal e informal). En línea con los resultados de este trabajo, y con diferentes líneas de investigación recientes sobre el cuidado^{52,53}, la evaluación e intervención sobre las creencias o actitudes de los cuidadores se plantea como un área básica que ha de ser tratada en cualquier intervención con cuidadores, para obtener beneficios que se mantengan a largo plazo tanto sobre la calidad de vida de los cuidadores como sobre las personas cuidadas. Tal y como se señala en este trabajo, una motivación fundamental para incluir la modificación del sistema de creencias de los cuidadores en las intervenciones con cuidadores hace referencia a la potenciación del potencial de ejecución de las personas mayores, que redundará sobre una mayor autonomía de éstas, al interrumpir uno de los eslabones iniciales establecidos por el modelo de Little: la influencia de las actitudes de los cuidadores sobre la autonomía de las personas a las que cuidan.

Bibliografía

1. Little A. Psychological aspects of working with elderly clients. En: Squires AJ (ed.). *Rehabilitation of the older patient*. Sydney: Croom Helm, 1988.
2. Rosenthal R. *Pygmalion in the classroom*. Nueva York: Holt, Rinehard & Winston, 1968.
3. Rosenhan DL. Acerca de estar sano en un medio enfermo. En: Watzlawick P (ed.). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa, 1995.
4. Butler DM, Lewis MI. *Aging and mental health: Positive psychosocial approaches*. San Luis: Mosby, 1982.
5. Bazo MT. *La sociedad anciana*. Madrid: CIS-Siglo XXI, 1990.
6. Ryan EB, Kwong-See S. Age-based beliefs about memory changes for self and others across adulthood. *J Gerontology: Psychol Sciences* 1993;48:199-201.
7. Levy B, Langer E. Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American deaf. *J Personality Social Psychol* 1994;66:989-97.
8. Antonucci TC. Social supports and relationships. En: Carstensen LL, Edelstein BB y Dornbrand L (eds.). *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.
9. Hummert ML, Garstka TA, Shaner JL, Strahm, S. Judgments about stereotypes of the elderly. *Res Aging* 1995;17(2):168-189.
10. Fry CL. Emics and age: age differentiation and cognitive anthropological strategies. En: Fry CL, Keith J (eds.). *New methods for old age research*. Massachusetts: Bergin & Garvey Publishers, 1998.
11. Abel EK. Representations of caregiving by Margaret Forster, Mary Gordon, and Doris Lessing. *Res Aging*, 1995;17(1):42-64.
12. Fernandez-Ballesteros R, Hernandez JM, Montorio I, et al. *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG. Editores, 1992
13. Cicirelli VG. Relationship of personal-social variables to belief in paternalism in parent caregiving situations. *Psych Aging* 1990;5(3):458-66.
14. Bouchard E, Bourhis RY, Knops U. Evaluative perceptions of patronizing speech addressed to elders. *Psych Aging* 1991;6(3):442-50.
15. Hummert ML, Garstka TA, Shaner JL. Stereotyping of older adults: The role of target facial cues and perceiver characteristics. *Psych Aging* 1997;12:107-14.
16. Brown AS. *The social processes of aging and old age*. New Jersey: Prentice Hall, 1996.
17. Montorio I, Izal M. Actitudes hacia la vejez: Su influencia sobre el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento. *Trabajo presentado al IV Congreso de Evaluación Psicológica*. European Association of Psychological Assessment: Santiago de Compostela, 1994.
18. Ford CV, Sbordone RJ. Attitudes of psychiatrists toward elderly patients. *Am J Psychiatry* 1980;137:571-5.
19. Horgas AL, Wagkm HW, Baltes MM. Dependency in Late Life. En Carstensen LL, Edelstein BA, Dornbrand L (eds.). *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.
20. Montorio I. Una visión de la dependencia: desafiando la perspectiva tradicional. En: Leturia FJ, Yanguas JJ, Leturia M (eds.). *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*. Guipúzcoa: Diputación Foral, 1999.

21. Lawton MP. Assessing the competence of older people. En: Kent D, Kastenbaum R, Sherwood S. (eds.). *Research planning and action for the elderly*. Nueva York: Behavioral Publications, 1982.
22. Montorio I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: INSERSO, 1994.
23. Sherer M, Adams CH. Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychol Reports* 1983;53.
24. Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1979;7:189-202.
25. Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatry Res*, 1974; 12:189-98.
26. Katz SC, Ford A B, Moskowitz RW, Jackson BA. & Jaffee MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc* 1963;185: 914-9.
27. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-85.
28. Baztán JJ, González JI, del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: del Ser T, Peña-Casanova J (eds). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.R. Prous Editores, 1994.
29. Osgood, Suci & Taunnenbaum. *The measurement of meaning*. Urbana: University of Illinois Press, 1975.
30. Fry CL. Cultural dimensions of age: A multidimensional scaling analysis. En: Fry CL (ed.). *Aging in culture and society*. Nueva York: J.F. Bergin, 1980.
31. Fredrickson BL, Carstensen, LL. Choosing social partners: how old age and anticipated endings make people more selective. *Psychol Aging* 1990;5(3):335-47.
32. Sánchez M. Autonomía en la vejez. Análisis de factores psicosociales implicados en la dependencia funcional. Tesina de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Trabajo no publicado, 1995.
33. Sánchez M, Montorio I. La imagen de las personas mayores. Su evaluación mediante una Tarea de Asociación de Atributos en familiares cuidadores. *Rev Psicología Social* 1998;13(1):389-98.
34. Etxebarria J. *Regresión Múltiple*. Madrid: La Muralla, 1999.
35. Banzinger G, Dreventedt J. Achievement attributions by young and old judges as a function of perceived age of stimulus person. *J Gerontol* 1982;37:468-74.
36. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Nueva York: Prentice-Hall, 1986.
37. Piper AI, Langer EJ. Aging and mindful control. En: Baltes MM, Baltes, PB (eds). *The psychology of control and aging*. Lawrence Erlbaum Associates 1987.
38. Kuypers J, Bengston VL. Toward understanding health in older families impacted by catastrophic illness. En: Brubaker TH (ed). *Family relationships in later life*. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
39. Antonucci TC, Jackson JS. Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En: Carstensen LL, Edelman BA (eds). *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez-Roca, 1990.
40. Lawton MP. Behavior-relevant ecological factors. En Schaie KW y Schooler C (ed). *Social structure and aging: psychological processes*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1989.
41. Ostbye T, Tyas S, McDowell I, Kowal J. Reported activities of daily living: Agreement between elderly subjects with and without dementia and their caregivers. *Age Ageing* 1997;26:99-106.
42. Lukovits FG, McDaniel KD. Behavioral disturbance in severe Alzheimer's disease: A comparison of family member and nursing reporting. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:891-5.
43. Pinkston EM, Linsk N. *Care of the elderly: a family approach*. Nueva York: Pergamon Press, 1984.
44. Montorio I, Izal M. La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más?. *Interv Psicosoc* 1997;6(1):53-75.
45. Izal M, Montorio I, Díaz-Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. *Guía para familiares y cuidadores*. Madrid: IMSERSO, 1997.
46. World Health Organization Regional Office for Europe. *Health, lifestyles and services for the elderly*. Copenhagen, 1989.
47. INSERSO. Cuidados en la vejez. *El apoyo informal*. Madrid: INSERSO, 1995.
48. INSALUD. *Programa de Atención a las Personas Mayores*. Madrid: Instituto Nacional de Salud, 1999.
49. Aneshensel CS, Pearlin LI, Mulan JT, Zarit SH, Whitlach C.J. *Profiles of caregiving. The unexpected career*. San Diego: Academic Press, 1995.
50. Lyons KS, Zarit SH, Townsend AL. Families and formal service usage: stability and change in patterns of interface. *Aging Mental Health* 2000;4(3):234-43.
51. Izal M, Montorio I, Márquez M, Losada A, Alonso, M. 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* 2001;10 (1):23-40.
52. Smyth KA, Pedlar DJ. Caregiver Attitudes, Beliefs, and Perceptions About Service Use: Charting a Course for Further Research. *J Applied Gerontol* 1999;18:57-261.
53. Bass DM, Noelker LS, Rechlin LR. The moderating influence of service use on negative caregiving consequences. *J Gerontol, Social Sciences* 1996;51B: S121-S131.