



boletín

sobre el envejecimiento

# perfiles y tendencias

Nº 13

OCTUBRE 2004

## Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional

### EDITORIAL

Hace ya varios años que las reflexiones y propuestas sobre el concepto de dependencia ocupan la atención de profesionales procedentes de múltiples disciplinas y de los responsables y planificadores de las políticas sociales. España se ha incorporado a este debate tardíamente pero con fuerza, de tal manera que la actualidad gerontológica esta presidida hoy por la expectativa ante una próxima puesta en marcha de un modelo integral de protección a la dependencia.

En este contexto, trabajos como el que presentamos a continuación suponen un soplo de aire fresco a un tema cargado de connotaciones negativas. Es el momento indicado para resaltar cuestiones aparentemente conocidas como el carácter multicausal de la dependencia, o asuntos tan relevantes como las diferencias entre capacidad y habilidad a la hora de evaluar estas situaciones.

Pero además, nos ofrece una valiosa información sobre la gran variabilidad de conceptos que aparecen asociados a la dependencia, a veces excesivamente generalistas y por lo tanto, poco precisos. Sus aportaciones sobre la importancia de realizar un análisis de este constructo desde microniveles, nos brinda posibilidades poco exploradas para conocer la influencia de variables no biológicas sobre la dependencia y, consecuentemente, para prevenir su aparición.

El papel de los contextos sociales y ambientales y, muy especialmente, la fuerte interacción que se puede producir entre la construcción social que realizamos de la vejez y la generación de conductas dependientes, son reflexiones poco frecuentes en el marco de las actuales preocupaciones en torno a la dependencia. Sin embargo su transcendencia es innegable. Este trabajo

nos acerca a estas situaciones desde la perspectiva de la posibilidad de modificar conductas y por lo tanto, de disminuir situaciones de dependencia. Ofrece a los cuidadores familiares o profesionales, pautas para no incrementar conductas dependientes que en muchas ocasiones aparecen cuando se hacen explícitas expectativas negativas sobre sus capacidades y su potencial independencia.

En definitiva, actuaciones como potenciar la autoestima de las personas dependientes, acondicionar lo mejor posible el entorno en el que se desenvuelve y favorecer al máximo su autonomía, constituyen elementos preventivos que pueden mejorar sensiblemente el afrontamiento de la dependencia y, sobre todo, prevenir su aparición.

**Observatorio de Personas Mayores**



Primera edición: 2004

© IMSERSO, 2004

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales  
Secretaría de Estado de Servicios Sociales,  
Familias y Discapacidad  
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58  
28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 209-04-003-0

Depósito Legal: BI-2.420-04

Imprime: Grafo, S.A.

Autores: *Ignacio Montorio Cerrato y Andrés Losada Baltar*  
Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid

## ÍNDICE

1. Introducción .....	2
2. Pérdida de autonomía y dependencia .....	4
3. Desafiando la visión tradicional de dependencia.....	5
4. La dependencia como un fenómeno multicausal .....	6
4.1. Factores físicos .....	6
4.2. Factores psicológicos .....	7
4.3. Factores contextuales .....	7
5. Exceso de incapacidad y dependencia .....	10
6. Intervenciones .....	11
7. Conclusiones .....	14
8. Referencias bibliográficas .....	15

# 1 ♦ Introducción

El concepto de salud, tal y como ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), incluye no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la presencia de un bienestar físico, mental y social. Por ello, la evaluación integral del estado de salud de un individuo debe contemplar su funcionamiento físico, psicológico y social y, en caso de existir un proceso patológico, las alteraciones o trastornos de estos niveles funcionales provocados por la presencia de la enfermedad (Baztán, González y del Ser, 1994). De esta forma, el concepto de enfermedad es completado con el de discapacidad, definido por la OMS como «cualquier restricción o falta de habilidad para realizar una actividad en la forma y rango considerado como normal para un ser humano» (OMS, 1990). La discapacidad es la pérdida de la función normal, consecuencia del deterioro producido por un proceso patológico, y conlleva una pérdida de la autonomía personal, «handicap» o minusvalía. Este concepto tiene especial relevancia en pacientes con procesos crónicos, en los que la intervención médica se orienta, más que a la curación de la enfermedad, a su control y a la reducción de las limitaciones funcionales que provoca, y en pacientes mayores, en los que la discapacidad es una consecuencia frecuente de diversos procesos mórbidos, independientemente de la patología que los provoque. Un ejemplo evidente de la importancia de considerar otros factores además de los físicos se encuentra en la enfermedad de Alzheimer, destacándose en los protocolos de actuación ante esta enfermedad la necesidad de una intervención global, siendo una parte muy importante de esta intervención la dedicada a maximizar las oportunidades de comportamiento autónomo del enfermo (Grossberg y Desai, 2003).

Por lo tanto, un factor esencial que debe tenerse en cuenta en relación con la adaptación de un individuo a su medio y, consecuentemente, en relación al bienestar de ese individuo, es su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales (Rubenstein, Calkins y Greenfield, 1989). De hecho, el número y calidad de años que una persona mayor pue-

de vivir sin discapacidades ha llevado al desarrollo de la noción de «expectativa de vida autónoma», considerado por la OMS como un índice fundamental de la salud y, por extensión, de la calidad de vida de una población (OMS, 1984).

Si la autonomía personal consiste básicamente en el control sobre la toma y ejecución cotidiana de decisiones, su pérdida debe afectar tanto al individuo como al entorno familiar y social, ya que:

- a) Por una parte, supone un estado «anormal» para el individuo, en tanto que la capacidad de funcionar independientemente es lo que se considera estadísticamente más frecuente (más de un 80% de la población española puede ser considerada funcionalmente independiente (INSERSO, 1995), y normativamente más deseable. En los trabajos de análisis de discurso, el mantenimiento del «estilo de vida propio» es la meta más valorada por las personas mayores (Bazo, 1992; Porter, 1995). Además el miedo más frecuente de las personas mayores es llegar a tener que depender de los demás (INSERSO, 1995), siendo éste uno de los motivos fundamentales de preocupación para las personas mayores (Nuevo, Izal, Montorio, Losada y Márquez, 2003). Así mismo, trabajos recientes han mostrado la estrecha relación existente tanto entre la realización de actividades cotidianas y la autoestima de las personas mayores (Reitzes, Mutran y Verrill, 1995), como entre la capacidad para realizarlas de forma independiente y la percepción de autoeficacia (Willis, Jay, Diehl y Marsiske, 1992).
- b) Por otra parte, supone que las necesidades básicas que el individuo no puede satisfacer por sí mismo deben ser cubiertas por el entorno o, más concretamente, por aquellas personas próximas al individuo de las que se espera y/o exige que realicen esa labor de asistencia y cuidado (Brown, 1996). Aunque el cuidado familiar de una persona dependiente pueda tener consecuencias po-

sitivas sobre los cuidadores (Farran y otros, 1997), la realidad muestra que afecta negativamente a la salud física y psicológica de éstos (Pinqärt y Sörensen, 2003), además de provocar consecuencias evidentes sobre la situación económica, social, familiar y laboral de los cuidadores (Izal, Montorio, Márquez, Losada y Alonso, 2001).

- c) Por último, el aumento de la esperanza de vida y los cambios sociodemográficos que se vienen produciendo en los países desarrollados (incorporación de la mujer al mundo laboral remunerado y la disminución de la natalidad) han llevado a que en la actualidad se produzca una situación de escasez de recursos para el cuidado y se esté planteando la necesidad de una reformulación de los modelos tradicionales de la atención a las perso-

nas enfermas, basados en la atención familiar en el propio domicilio, a modelos que permitan mantener el principio de «envejecer en casa», pero respaldados formalmente (Defensor del Pueblo, 2000; OCDE, 1996).

En resumen, se puede considerar que las consecuencias más importantes de la pérdida de autonomía personal son tanto de tipo personal, al verse afectados negativamente el autoconcepto y el bienestar autopercebido, como de tipo socioeconómico, ya que la necesidad de la prestación de cuidados debe cubrirse por la familia, con los subsiguientes cambios en las rutinas, necesidades y relaciones de sus miembros (Pearlin, 1994), o por profesionales, con el subsiguiente desembolso económico por parte del individuo y su familia o del Estado.

## 2. Pérdida de autonomía y dependencia

La principal consecuencia de una pérdida en la autonomía personal es la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interaccionar con él. Así, desde una aproximación funcional, se puede definir la dependencia a partir del ajuste de los individuos a las demandas de su medio físico y social (Baltes y Wahl, 1990), influyendo sobre este ajuste tanto cuestiones sociales, expectativas culturales, factores ambientales, déficits sensoriales, dolor, presencia de enfermedades comórbidas, miedo a las caídas y falta de motivación (Grossberg y Desai, 2003). Este ajuste es medido a través de escalas que hacen referencia al funcionamiento en una serie de áreas que integran la vida cotidiana en la sociedad occidental actual (Keith, 1992). Las cuatro áreas de funcionamiento que más atención han recibido son:

1. La dependencia económica, que ocurre cuando la persona deja de cotizar en el mercado laboral y pasa de ser un miembro «activo» de la sociedad a formar parte de la población «inactiva» «pasiva» o «dependiente»
2. La dependencia física, que tiene lugar cuando el individuo pierde el control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente (Mitchell y Kemp, 1996).
3. La dependencia social, que se asocia con la pérdida de las personas y relaciones significativas para el individuo.
4. La dependencia mental, que aparece a medida que el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias (Del Ser y Peña-Casanova, 1994).

La mayoría de los trabajos realizados en este campo se han centrado en la dependencia física, centrándose en la evaluación del nivel de dependencia y el tipo y grado de cuidado necesario para paliar dicha dependencia (Brown, 1996). Así, en los estudios epidemiológicos el término dependencia suele definirse como «incapacidad funcional» en relación a las actividades de la vida diaria (Baltes y Wahl, 1990). Las actividades de la vida diaria (AVD) son el conjunto de conductas que una

persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir con su rol social. Desde esta perspectiva, una persona discapacitada es aquella que presenta limitaciones en la ejecución de una o más actividades, consideradas componentes básicos de la vida diaria, y que, por lo tanto, necesita depender de otra persona (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz-Veiga, 1992).

De lo comentado podemos extraer dos conclusiones fundamentales:

1. La dependencia en la vejez es un concepto ampliamente utilizado y de gran relevancia para todos aquellos que trabajan o tratan con personas mayores: para ellas mismas, para sus familiares y cuidadores, para los profesionales que investigan o trabajan con el fin de mejorar su calidad de vida, y también para los políticos que deben ajustar las actuaciones y medidas de los servicios sociales a las necesidades reales de la población.
2. Las evaluaciones funcionales que se utilizan para definir y cuantificar la dependencia de un individuo, aun siendo útiles en muchos casos, sobrestiman la extensión de la dependencia ya que, por ejemplo, la dependencia en un área de funcionamiento no implica la dependencia en las otras áreas y, frecuentemente, la ayuda en un área tiende a aliviar los problemas de dependencia en otras áreas de funcionamiento (Montorio, 1994). Además, desde un punto de vista terapéutico, conviene tener en cuenta que los instrumentos de evaluación del grado de dependencia no diferencian entre capacidad y habilidad, centrándose exclusivamente en la primera. En algunos casos (por ejemplo, en fases intermedias de la enfermedad de Alzheimer), la persona puede disponer de la habilidad para realizar una determinada tarea, pero necesita de una ayuda inicial (verbal o motora) para ser capaz de realizar la tarea. Transmitir esta idea es uno de los objetivos fundamentales de muchos programas de educación a familiares de personas con demencia.

### 3. Desafiando la visión tradicional de dependencia

---

Aparentemente y, en términos generales, abarcar y definir el significado de la dependencia en referencia a la edad avanzada es sencillo. Se piensa habitualmente en la dependencia como un fenómeno que refleja la pérdida de autonomía personal cuya principal consecuencia es la necesidad por parte de la persona mayor de ser ayudada o apoyada para ajustarse a su medio e interactuar con él. Además la pérdida de autonomía personal es definida, casi con exclusividad, en términos físicos o biológicos, así como la dependencia es explicada como una consecuencia natural del paso de los años.

En definitiva, la dependencia suele ser entendida como un fenómeno unidimensional, es decir, un declive físico esperable de mayor o menor cuantía (Brown, 1996). Una muestra de ello es la definición pragmática de dependencia que habitualmente utili-

zan los estudios epidemiológicos que intentan cuantificar el alcance de la dependencia, haciendo sinónimos dependencia e incapacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria. Esta habitual visión de la dependencia es fácilmente asumible ya que a simple vista se observa que la dependencia física entre las personas mayores aumenta con la edad demandándose o aceptándose una mayor cantidad de ayuda proveniente de los demás. Desde una amplia perspectiva, esta concepción unidimensional de la dependencia no debería ser la única, sino que es preferible pensar en la dependencia como un concepto de naturaleza compleja, con diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales (Horgas, Wahl y Baltes, 1996), siendo la justificación de esta afirmación el objeto principal de esta intervención.

## 4. La dependencia como un fenómeno multicausal

En primer lugar, como muchos otros constructos, la dependencia presenta múltiples facetas y dimensiones. Esto se refleja en la amplia gama de conceptos de dependencia que aparece en la literatura: dependencia mental, física, económica, social, emocional, cognitiva, imaginaria, neurótica, funcional, etc. (Baltes y Silverberg, 1994). Asimismo, la dependencia puede ser analizada según distintas perspectivas: conductual, personal, situacional e interpersonal. En resumen, puede concluirse que los distintos enfoques generalmente se centran en aspectos específicos de la dependencia y raramente la consideran en toda su complejidad (Horgas, Wahl y Baltes, 1996).

También, el estudio de la dependencia admite distintos niveles de análisis de mayor o menor grado de generalidad (Horgas, Wahl y Baltes, 1996). Así, es posible plantearla en términos globales o de macro-nivel, utilizándose el concepto de dependencia para reflejar la estructura demográfica de un país (por ejemplo, la ratio de dependencia); un nivel de análisis intermedio de dependencia, reflejaría, por ejemplo, el porcentaje de personas que necesitan ayuda

para cubrir sus necesidades de higiene en una residencia de personas mayores. Estos dos niveles de análisis, global e intermedio, son los más habitualmente utilizados para el análisis de la dependencia. Pero, también es posible, finalmente, un micronivel de análisis de la dependencia, persona a persona, que sería aquel que permite caracterizar la conducta dependiente del individuo interactuando con su ambiente social inmediato. Este nivel de análisis determinaría, por tanto, que la dependencia es función tres factores; las características de cada persona mayor, el contexto social en el que se produce la conducta dependiente y la interacción entre ambos o, lo que es lo mismo, este nivel de análisis permite describir la cantidad y naturaleza de dependencia que es socialmente inducida.

Cada nivel de análisis sirve a diferentes y valiosos propósitos pero, sólo el último, el micronivel, permite conocer la influencia de las variables no biológicas sobre la dependencia y, por tanto, planificar intervenciones correctoras, dirigidas a prevenir o paliar la dependencia.

**Tabla 1: FACTORES ANTECEDENTES DE LA DEPENDENCIA**

Factores físicos	Factores psicológicos	Factores contextuales
Fragilidad física Enfermedades crónicas Utilización de fármacos	Trastornos mentales Rasgos de personalidad	Ambiente físico Ambiente social — Contingencias ambientales — Expectativas y estereotipos

En última instancia, la idea que se presenta acerca de la dependencia es la de reflejar ésta como un constructo multicausal donde los factores biológicos, psicológicos y sociales son todos ellos antecedentes que inducen a la dependencia conductual, esto es, a solicitar o aceptar pasiva o activamente la ayuda de los demás (Baltes y Wahl, 1990; ver tabla 1). Siguiendo la clasificación propuesta por estos últimos autores, veamos los principales factores que causan dependencia.

### 4.1 Factores físicos

*Fragilidad física.* El deterioro de alguno o varios de los sistemas biológicos del organismo (cardiovascular, respiratorio, muscular, etc.) provocan un deterioro de la fuerza física, movilidad, equilibrio, resistencia, etc. que se asocia a una disminución de la ejecución de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Aun siendo cierto este declive, es necesario recordar



las amplias diferencias individuales entre las personas mayores, así como que la capacidad para modificar el declive biológico —demorar, prevenir e, incluso, reestablecer— ha sido ampliamente infravalorado (Rowe y Kahn, 1987). Existe hoy un importante cuerpo de investigación que evidencia los beneficios de intervenciones que pueden mejorar el funcionamiento físico y así reducir la dependencia (por ejemplo, el entrenamiento en ejercicio físico) (Fisher y otros, 1993).

*Enfermedades crónicas.* Indudablemente, el padecimiento de las enfermedades físicas crónicas durante la vejez (por ejemplo, osteoporosis, osteoartritis, ACV, etc.) y las limitaciones sensoriales contribuyen de forma notable a la discapacidad y dependencia física. Como sucede con la fragilidad física, el papel de la prevención en la aparición de las enfermedades crónicas que pueden retrasar o disminuir la severidad de la dependencia es infravalorado (Grams y Albee, 1995; Montorio y Carrobes, 1999).

*Utilización de fármacos.* La alta prevalencia de enfermedades entre las personas mayores provoca un elevadísimo consumo de fármacos que conllevan en ocasiones unos importantes efectos secundarios, así como interacciones farmacológicas no deseadas (por ej., Montamat y otros, 1989) Por ejemplo, la confusión, el deterioro cognitivo, el aplanamiento afectivo, etc. son síntomas conductuales derivados del consumo de fármacos que se encuentran con relativa frecuencia entre las personas mayores, factores que tienden a aumentar la dependencia física y contribuyen a la dependencia conductual (Horgas et al., 1996). Un mayor control sanitario de las prescripciones farmacológicas y de sus efectos secundarios puede redundar en beneficio de una menor dependencia.

## 4.2. Factores psicológicos

*Trastornos mentales.* Algunos trastornos tales como la depresión contribuyen significativamente a la dependencia en la edad avanzada. Es frecuente entre las personas mayores una elevada sintomatología de depresión que, a menudo, no es diagnosticada ni tratada. No obstante, es bien conocido que la sintomatología depresiva se asocia a aislamiento social, quejas físicas, declive cognitivo y funcional, factores todos ellos que contribuyen a la dependencia conductual (Frazer, Leicht y Baker, 1996). Especialmente importante es el caso de las personas con enfermedad

de Alzheimer ya que se calcula que, aproximadamente, al menos un tercio de las personas que la padecen en sus estadios iniciales y medios pueden sufrir problemas de depresión (Teri y Gallagher, 1991).

*Factores de personalidad.* Las experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida hacen que al alcanzar la vejez las personas difieran notablemente en cuanto a sus demandas y aceptación de ayuda de los demás ante las distintas situaciones de la vida cotidiana, mostrándose más o menos dependientes. Además, esta característica de personalidad *dependiente* puede aumentar el riesgo de padecer trastornos de salud física y mental y, por tanto, indirectamente aumentar la dependencia (Greenberg y Bornstein, 1988).

## 4.3. Factores contextuales

*Ambiente físico.* La investigación, la práctica profesional y la experiencia común de muchos familiares de personas mayores muestra, sin lugar a dudas, que un ambiente físico estimulante rico con suficientes ayudas protésicas, que conjuguen adecuadamente la autonomía con la seguridad, contribuyen a que las personas mayores funcionen en unos niveles de ejecución óptimos. Por el contrario, un ambiente poco estimulante o sin suficientes ayudas contribuye al incremento de la dependencia conductual (Lawton, 1990; 2001).

*Ambiente social.* Un último tipo de antecedentes o causas que generan dependencia se encuentran en el contexto en el que se produce la dependencia, en el ambiente social que favorece o, por el contrario, previene la dependencia. Entre los diversos factores de este tipo, probablemente, dos de ellas sean las más importantes:

a) Las contingencias ambientales.

Se basa en el modelo de aprendizaje operante, desde el cual las conductas dependientes de las personas mayores son entendidas y explicadas como conductas instrumentales. Este paradigma ha generado una amplia cantidad de trabajos de investigación cuya máximo exponente lo podemos encontrar en los trabajos del equipo de Margaret Baltes (p. ej., Baltes, 1988). Se han observado una serie de patrones de interacción que se establecen con cierta frecuencia entre la persona mayor y sus cuidadores durante diversas ac-

tividades en multitud de contextos cotidianos, desde instituciones de cuidados especiales hasta la propia vivienda. El patrón de interacción característico consiste en que las conductas dependientes de los mayores pueden o no seguirse de una atención inmediata por parte de otras personas, mientras que las independientes son sistemáticamente ignoradas. Es decir, las conductas dependientes son reforzadas por el entorno social inmediato, convirtiéndose para las personas mayores en instrumentos de control del mundo social, asegurando la atención y el contacto con los demás (Horgas et al., 1996). Obviamente, modificando las contingencias ambientales que siguen a la manifestación de conductas dependientes se ha logrado disminuir las conductas dependientes. Esto es, enseñando a las personas que interactúan con los mayores a responder positivamente ante conductas de autonomía e independencia y, por el contrario, a no reforzar las conductas dependientes, se han conseguido reestablecer, por ejemplo, hábitos relacionados con el autocuidado (higiene, comida o vestido) o disminuido conductas de dependencia relacionadas con la deambulación, las alucinaciones, la depresión o la incontinencia (ver, por ej., Pinkston y Linsk, 1984).

#### b) Expectativas y estereotipos

Por último, las expectativas sociales acerca de las personas mayores son muy probablemente un factor principal en la producción de la dependencia. Los gerontólogos han acuñado el término «edadismo» para referirse al concepto peyorativo de juzgar, clasificar o describir a alguien basado en su avanzada edad cronológica (Butler y Lewis, 1981). La vejez es consecuencia de un proceso biológico pero es también una construcción cultural (Beauvoir, 1970). Una persona es vieja, como en cualquier otro rol y estatus social, cuando las demás personas así la consideran (Bazo, 1990). En el proceso 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, constriñéndola a adoptar los comportamientos que sabe que esperan de ella. La categoría de vejez, en este sentido, está llena de falsas creencias y contradicciones, por lo que el proceso de envejecer puede convertirse fá-

cilmente en una serie de profecías que se auto-cumplen y, con frecuencia, las personas mayores se convierten en víctimas de las ideas preconcebidas, o estereotipos, sobre cómo se supone que deben actuar o reaccionar (Bond, Coleman y Peace 1993). De esta forma las actitudes de los familiares y cuidadores de personas mayores hacia éstas resultan el mejor predictor de las conductas paternalistas y de sobreprotección en el cuidado de sus familiares mayores (Cicirelli, 1990).

Se ha sugerido recientemente que el edadismo se mantiene por las falsas creencias que socialmente imperan sobre la vejez, influyendo no sólo en el modo cómo se trata a las personas mayores, sino también en el modo en que ellas se comportan (Graham y otros, 2003; Little, 1988). Little (1988) sugiere un modelo con el siguiente proceso de interacción entre, por un lado, los estereotipos y expectativas negativas sobre la vejez y, por el otro, la discapacidad para las actividades de la vida diaria (ver Figura 1).

1. El cuidador tiene expectativas negativas en relación a la capacidad de la persona mayor para emitir una conducta indicativa de independencia
2. Este tipo de cogniciones lleva al cuidador a realizar conductas de sobreprotección (prestar más ayuda de la necesaria)
3. La sobreprotección priva a la persona mayor de oportunidades de realizar la conducta independiente y, por tanto, de practicarla. Posiblemente, en la persona mayor la sensación de autoeficacia y de la capacidad de ejercer control sobre su vida, así como el autoconcepto se vean mermados.
4. Se produce una disminución de las capacidades y un incremento de la dependencia a través de dos procesos paralelos e interdependientes: la pérdida de hábitos por falta de práctica, por una parte, y la percepción de que los demás le consideran incapaz, por la otra.
5. Finalmente, las expectativas existentes previas —sobre la incapacidad— se cumplen.

Algunas de las implicaciones de este modelo han sido contrastadas empíricamente en una investigación reciente que hemos llevado a cabo en la Universidad Autónoma de Madrid (Colodrón, 1996; Montorio, Izal y Colodrón, 1997; Montorio, Izal, Sánchez y Losada, 2002) con 69 parejas de cuidadores y sus

Figura 1. MODELO DE LITTLE



respectivos familiares de edad avanzada que, en el momento actual, reciben ayuda para su vida diaria.

Para ello fueron evaluados 69 cuidadores y sus familiares mayores en diversos aspectos habituales de las investigaciones sobre cuidadores (carga, salud física, estado mental, capacidad para realizar actividades de la vida diaria, etc). También se determinó las imágenes o atribuciones que los cuidadores realizan de las personas mayores en general y de sus familiares en particular seleccionado entre 30 adjetivos (15 positivos —autosuficiente, activo, agradable, optimista, feliz— y 15 negativos —aburrido, pasivo, triste, enfermo, débil—) los que caracterizan a las personas mayores en general y a su propio familiar. También, se contrastaba la percepción que las personas mayores tenían de su capacidad para realizar distintas actividades de la vida diaria, con la que los cuidadores dicen que tienen sus familiares. Entre otros resultados se encontraron los siguientes:

a) Se ha observado que los cuidadores informales que mantienen imágenes más negativas sobre la población mayor en general también mantienen una imagen más negativa sobre el familiar mayor a quien prestan cuidados. A niveles iguales de salud física y mental de la persona mayor, cuando su cuidador le

atribuye mayor número de características negativas tales como enfermo, pasivo o dependiente, también le atribuye una menor capacidad de valerse por sí mismo y mayor grado (en frecuencia e intensidad) de ayuda le ofrece.

b) La percepción de autoeficacia de la persona mayor se encuentra explicada en mayor medida por la capacidad que le atribuye el familiar que principalmente le presta cuidados, que por otros factores tales como la salud física o la propia autoatribución que realiza la persona mayor sobre su capacidad de realizar las actividades cotidianas autónomamente. Una persona mayor con elevada percepción de autoeficacia, muestran una mayor satisfacción vital y unos mejores niveles de bienestar físico, psicológico y social.

c) Las personas mayores que muestran mayores niveles de bienestar físico, psicológico y social son aquellas cuyo contexto familiar es congruente en la relación demandas-capacidades. Esto es, cuanto mayor aparece el ajuste entre las expectativas del cuidador y las expectativas de la persona mayor sobre la capacidad de autonomía en las actividades cotidianas de esta última, mejores índices de salud física y mental de la persona mayor se encuentran.

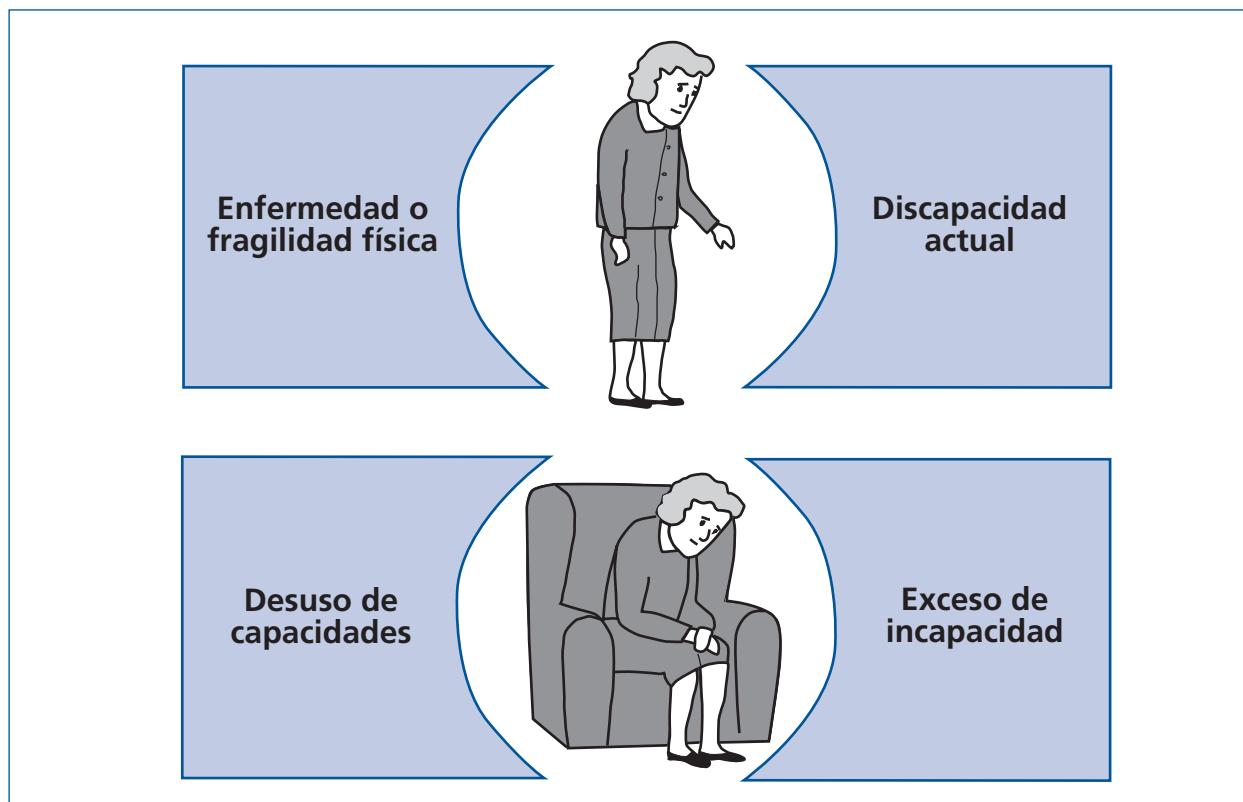
## 5. Exceso de incapacidad y dependencia

Tal como defienden Baltes y Baltes (1990), al ser la dependencia funcional un fenómeno multicausal, si bien es indudable que existen una serie de condicionantes orgánicos estables, debemos resaltar la importancia de estudiar el peso de factores potencialmente modificables (psicológicos y/o contextuales), así como la posibilidad de intervenir sobre ellos para evitar lo que se denomina en la literatura gerontológica *exceso de incapacidad* (ver, por ej., Roberts, 1986).

Así, el exceso de incapacidad se refiere al deterioro provocado por el desuso de capacidades preserva-

das que no son consecuencia directa de un estado de fragilidad física o enfermedad y que son de carácter reversible. El exceso de incapacidad significa atribuir a la enfermedad los comportamientos de dependencia cuando de hecho se derivan también de otra fuente más benigna que sí es reversible (efectos secundarios, alteraciones de conducta, ambiente físico inadecuado, contingencias ambientales favorecedoras de dependencia o estereotipos y atribuciones negativas hacia las personas mayores). En definitiva, una persona con exceso de discapacidad es aquella que está más deteriorada de lo que debería (ver figura 2).

**Figura 2. EXCESO DE INCAPACIDAD\***



\* Tomado de Izal y Montorio (1999).

## 6. Intervenciones

El desarrollo de intervenciones dirigidas a reducir o evitar la presencia de factores causantes de dependencia modificables es de aparición relativamente reciente en la literatura especializada, especialmente las relativas a intervenciones con personas con demencia.

Desde un punto de vista óptimo, el enfoque e implementación de estas intervenciones debe ser multidisciplinar, jugando un papel importante en este sentido los profesionales del mundo de la medicina (atención primaria, neurología, geriatría, etc.), psicología, enfermería, trabajo social y otras profesiones implicadas en la atención al colectivo de las personas con discapacidad. El objetivo común de estas intervenciones es evitar el exceso de incapacidad de las personas, alterando las circunstancias psicológicas o ambientales (sociales o físicas) que impiden o dificultan la conducta autónoma. Las recomendaciones generales para maximizar la eficacia de las intervenciones tienen que ver tanto con (a) considerar la complejidad de los comportamientos que desean cambiarse (generalmente de carácter multicausal) como con (b) el diseño de intervenciones lo más específicas posibles, dirigidas a las necesidades individuales de cada persona:

a) El enfoque multicausal de las intervenciones hace referencia a la ya comentada multicausalidad del fenómeno de la dependencia. Dado que las áreas de funcionamiento físico, psicológico y social de las personas se encuentran interrelacionadas, se plantea que una intervención dirigida a mejorar éstas áreas de funcionamiento afectará también, y positivamente, a la salud psicológica de las personas dependientes, y viceversa. Un ejemplo de esta interrelación se refleja en el trabajo de Teri y otros (2003), quienes llevaron a cabo un programa de intervención dirigido a promover la realización de ejercicio físico por parte de personas con demencia. A través del entrenamiento a los cuidadores en habilidades para fomentar la realización de ejercicio físico por parte de sus familiares se obtuvieron resultados significativos sobre los síntomas depresivos de éstos últimos, encon-

trándose que, a los dos años de la intervención, aquellos cuidadores que formaron parte del grupo experimental mantenían un desempeño físico significativamente superior al de otras personas e incluso tenían menos depresión y un menor riesgo de institucionalización.

b) Por especificidad de una intervención se entiende que ésta ha de estar diseñada de tal forma que proporcione una respuesta lo más ajustada posible a las necesidades concretas de cada individuo. De acuerdo con este planteamiento se han obtenido resultados muy positivos tanto en estudios de caso único como con grupos amplios de personas. Kayser-Jones y Schell (1997) diseñaron una intervención individual para una persona que presentaba problemas relacionados con la alimentación. A través de un excelente diseño, que incluía una fase prolongada de evaluación, proporcionaron respuestas significativas al problema de la persona que permitieron que ésta recuperase peso y se alejase de una situación de riesgo para su salud.

El tipo de estrategias que han demostrado ser eficaces para fomentar la independencia en personas mayores es variado. Así, por ejemplo, Patterson y otros (1982; McEvoy y Patterson, 1986) desarrollaron un programa dirigido a facilitar el regreso de pacientes hospitalarios a sus domicilios. A través de técnicas como la economía de fichas, el modelado, la guía motora o el encadenamiento (construir el comportamiento a partir del aprendizaje de los componentes específicos de la secuencia) consiguieron que personas con demencia mejorasen en habilidades básicas de autocuidado (por ej., higiene personal). Resultados similares, pero llevados a cabo en entornos residenciales, fueron obtenidos por McGilton y otros (2003), quienes consiguieron resultados positivos corto plazo en entrenamiento a personas con demencia a orientarse en un nuevo entorno. Burgio y otros (1986) eliminaron contingencias ambientales que desanimaban a las personas a caminar o que no

cumplían una función de incitar y reforzar los comportamientos. A través de su intervención se obtuvieron resultados sorprendentes, dado que los residentes mejoraron en pocos días y progresaron significativamente a sistemas de movilidad independientes (tales como, por ejemplo, no necesitar una silla de ruedas para desplazamientos). Además, estos resultados se mantenían en la evaluación de seguimiento, realizada a los 4 meses del inicio de la intervención.

Beck y otros (1997) consiguieron que 90 personas con deterioro cognitivo recibiesen asistencia únicamente basada en instrucciones verbales o modelado, sin necesidad de utilizar ayuda directa. Utilizaron elogios, estructuración de las tareas, instrucciones de pasos únicos y se anticipó la necesidad de ayuda de la persona. Aunque estos autores señalan que favorecer la independencia requiere por término medio más tiempo de atención (en su estudio, en comparación con el tiempo que se dedicaba en la línea base, el tiempo adicional que hubo que dedicar a las personas fue de un minuto), estiman que la diferencia es tal que no debería ser éste un factor limitante para implementar este tipo de actuaciones. Sin embargo, dado que en ocasiones, el tiempo dedicado a atender a las personas mayores puede suponer una de las limitaciones fundamentales para la promoción de autonomía, en algún estudio se ha incluido como objetivo de la intervención, además del fomento de la autonomía, la reducción del tiempo de realización de la tarea. Así, por ejemplo, Zanetti y otros (1997), trabajando con personas con la enfermedad de Alzheimer en fases de leve a moderada, plantearon como objetivo de su intervención reducir el tiempo dedicado a las actividades de la vida diaria a través del uso de habilidades de memoria procedimental. Los participantes en su intervención realizaron las actividades significativamente más rápido.

Una limitación que afecta a la promoción de autonomía se relaciona con los estereotipos mantenidos por un alto porcentaje de la población relativos a las personas mayores como, por ejemplo, que son «tercas» y persistentes y que es muy difícil que aprendan nuevas formas de enfrentarse a los problemas. Estas creencias se magnifican cuando la persona mayor tiene, además, deterioro cognitivo. Sin embargo, y en contra de éstos estereotipos, recientemente, Bourgeois y otros (2003) han conseguido que personas con de-

mencia puedan utilizar de manera independiente recursos como los libros de memoria o los monederos de memoria o la caja de los recuerdos, que contienen objetos significativos para la persona con demencia como fotografías, de clara utilidad para evitar la ocurrencia de comportamientos problemáticos como la repetición continua de preguntas o demandas y para mejorar significativamente la capacidad comunicativa de éstas personas (Bourgeois y otros, 1997). Concretamente, una de las técnicas que se ha mostrado efectiva para lograr tal conducta autónoma ha sido la «recuerdo espaciado» (Spaced Retrieval). Esta técnica consiste en la realización de múltiples ensayos en los que se le solicita a la persona que realice una determinada tarea (por ejemplo, revisar la lista de actividades para el día). Si se tiene éxito, esto es, si la persona realiza la tarea, se prolonga el espacio de tiempo hasta el siguiente nuevo ensayo. Si no se tiene éxito, se le indica la respuesta adecuada y se repiten los ensayos en periodos de tiempo que varían en función de si la tarea tiene éxito o no. Diferentes trabajos han extendido la utilización de esta técnica a través del entrenamiento a cuidadores en su utilización (McKittrick y Camp, 1993, Riley, 1992).

Sin embargo, no todas las estrategias utilizadas para promover el comportamiento autónomo son válidas en todo momento. Así, por ejemplo, Pinkston y Linsk (1984), intentando restaurar las conductas de cepillado de los dientes, peinado y darse un baño, tras comprobar que las instrucciones verbales no funcionaban (iniciaban discusiones), obtuvieron resultados positivos atendiendo únicamente a aquellas conductas adecuadas e ignorando las inadecuadas. Este tipo de resultados muestra dos de los principios fundamentales a la hora de plantear una intervención dirigida a fomentar la autonomía de las personas dependientes: ensayo y error (no cualquier técnica es válida) y creatividad (hay que adaptar o diseñar las intervenciones de acuerdo con las características individuales de cada persona). En un sentido similar, y aplicado al caso de las demencias, las decisiones sobre la implementación de la intervención puede tener que ser revisadas en función del grado de deterioro de las personas. Así, por ejemplo, Passini y otros (1995) sugieren que el tipo de estrategia para ayudar a una persona a orientarse en una residencia debe de ser revisado en función del grado de deterioro cognitivo que ésta padezca.

Por último, es importante destacar que el cuidado de personas dependientes, tanto si es llevado a cabo de manera informal (cuidadores familiares) como de manera formal (personal de residencias), tiene importantes consecuencias sobre el malestar de los cuidadores. Por lo tanto, intervenciones dirigidas a proporcionar apoyo tanto cognitivo (conocimientos, habilidades, etc.) como emocional a los cuidadores pueden tener efectos sobre la percepción de la situación de cuidado como excesivamente demandante o compleja, pudiendo esto afectar de manera indirecta a la manera en la que los cuidadores afrontan el cuidado de las personas mayores. Así, por ejemplo, a través de diferentes trabajos en los que se apoyó a enfermeras a proporcionar cuidados individuales ajustados a las necesidades específicas de cada persona dependiente se han obtenido resultados muy positivos (Boehm y otros, 1995; Matthews y otros, 1996).

En resumen, a partir de la revisión de diferentes trabajos publicados sobre intervenciones para fomentar la autonomía, se pueden concluir las siguientes recomendaciones generales de actuación ante una situación de dependencia (para una revisión más completa se puede consultar Izal, Montorio y Díaz [1997] e Izal, Montorio, Losada y Márquez [2000]):

- Acondicionar el entorno de la persona mayor para facilitar conductas independientes.
- Observar a la persona mayor para conocer todo lo que puede hacer por sí solo y no hacer nada por la persona que ésta pueda hacer por sí misma. Ayudar solo en lo necesario.
- Preparar la situación para que sea más fácil ser autónomo.
- Comportarse con la persona mayor de modo que favorezca la autonomía: reforzar las conductas autónomas e ignorar (no discutir, no argumentar, no prestar atención) las conductas dependientes.
- Responder adecuadamente cuando la persona pone objeciones a los intentos para favorecer la autonomía (animar, demostrar confianza en su capacidad, ser persistente).
- Potenciar la autoestima de la persona dependiente (que pueda tomar decisiones, por pequeñas que éstas sean, empezar por tareas o actividades sencillas que se sepan hacer).

No se debe olvidar que, para que estas técnicas funcionen, el cuidador (formal e informal) ha de tener las siguientes características: paciencia, flexibilidad, sensibilidad, amabilidad, creatividad y, por encima de todo, interés por las personas mayores.

## 7. Conclusiones

---

Resumiendo, parte de la varianza de la dependencia funcional puede ser explicada a partir de una incapacidad funcional objetiva, como un deterioro cognitivo severo o una pérdida de movilidad por el padecimiento de determinados procesos mórbidos. Aun en estos casos la dependencia puede ser prevenida y paliada en su grado de severidad con políticas adecuadas de prevención sanitaria incluyendo, por ejemplo, el control de los efectos de las prescripciones farmacológicas.

Otra parte de la dependencia puede ser explicada a partir de variables y procesos psicosociales como, por ejemplo:

1. Las alteraciones de conducta, como la depresión o algunos síntomas de enfermedades como los asociados a la demencia, que son tratables (alucinaciones, deambulación, etc.)
2. El ambiente físico y los mecanismos adaptativos de la persona mayor ante determinadas contingencias ambientales.
3. La continua interacción existente entre variables psicosociales tales como los estereotipos, las atribuciones, las actitudes, las conductas de apoyo y de comunicación, la autoeficacia que pueden llegar a inducir dependencia y son compartidas por la sociedad

En definitiva, la dependencia es un fenómeno, como otros muchos, complejo, multicausal, que admite muchas vías de intervención, desde las prestaciones sociales más clásicas, hasta intervenciones como las destacadas en este trabajo, en las que se considera que las conductas de dependencia son el resultado de una conformidad con los estereotipos, una subestimación de los recursos propios, de las contingencias ambientales o de un ambiente físico no facilitador. Políticas de prevención, formación, campañas publicitarias, materiales didácticos y cuantos recursos puedan disponerse para fomentar pautas de autonomía, dirigidas tanto a profesionales como a familiares, serán siempre útiles.

Finalmente, la idea que ha guiado este trabajo ha sido la de enfatizar una cuestión abierta desde hace tiempo y aun no resuelta, a saber, hasta qué punto el actual ambiente social —próximo o distante— en el que se desenvuelven las personas mayores proporciona la estimulación suficiente para mantener y optimizar entre las personas mayores determinadas actividades y situar en el nivel adecuado los estándares de ejecución. De hecho, no debemos olvidar la reflexión realizada por Baltes y Reichert (1992): «ya que la vejez es particularmente sensible a las condiciones ambientales, la forma de envejecer característica en una sociedad se convierte en un interesante criterio para juzgar la calidad de dicha sociedad».



## 8. Referencias bibliográficas

- BALTES, M.M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy*, 19, 301-319.
- BALTES, P.B., y BALTES, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes, y M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. The European Science Foundation.
- BALTES, M.M. y REICHERT, M. (1992). Successful aging: the product of biological factors, environmental quality, and behavioral competence. En J. George y S. Ebrahim (Eds.), *Health care for older woman*. Oxford University Press.
- BALTES, M.M. y SILVERBERG, S.B. (1994) The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span. En D.L. Featherman, R.M. Lerner y M. Perlmutter (Eds.), *Lifespan development and behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- BALTES, M.M. y WAHL, H. (1990). Dependencia en los ancianos. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez-Roca.
- BAZO, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: CIS-Siglo XXI.
- BAZO, M.T. (1992). *La ancianidad del futuro*. Barcelona: SG. Editores.
- BAZTÁN, J.J., GONZÁLEZ, J.I. y DEL SER, T. (1994). Escalas de actividades de la vida diaria. En T. del Ser y J. Peña-Casanova (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.R. Prous Editores.
- BEAUVOIR, S. (1970). *La vieillesse*. Paris: Editions Gallimard.
- BECK, C.K., HEACOCK, P., MERCER, S.O., WALLS, R., RAPP, C.G. y VOGELPOHL, T.S. (1997). Improving dressing behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Nurs. Res.* 46(3), 126-132.
- BOEHM, S., WHALL, A.L., COSGROVE, K.L., LOCKE, J.D., SCHLENK, E.A. (1995). Behavioural analysis and nursing interventions for reducing disruptive behaviours of patients with dementia. *Applied Nursing Research*, 8(3), 118-122.
- BOND, J., COLEMAN, P. y PEACE, S. (Eds.) (1993). *Ageing in Society*. 20 ed. London: Sage Publication
- BOURGEOIS, M.S.; BURGIO, L.D.; SCHULZ, R.; BEACH, S. y PALMER, B. (1997). Modifying Repetitive Verbalizations of Community-Dwelling Patients with AD. *The Gerontologist*, 37(1), 30-39.
- BOURGEOIS, M.S., CAMP, C., ROSE, M., WHITE, B., MALONE, M., CARR, J. y ROVINE, M. (2003). A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 36, 361-378.
- BROWN, A.S. (1996). *The social processes of aging and old age*. New Jersey: Prentice Hall.
- BURGIO, L.D., BURGIO, K.L., ENGERL, B.T. y TICE, L.M. (1986). Increasing distance and independence of ambulation in elderly nursing home residents. *J Appl Behav Anal*, 19, 357-366.
- BUTLER, R.N. y LEWIS, M.I. (1981). *Aging and mental health*. 20 ed. San Luis, MO: Mosby.
- CICIRELLI, V.G. (1990). Relationship of personal-social variables to belief in parent caregiving situations. *Psychology and aging*, 5(3), 458-466.
- COLODRÓN, M. (1996). *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.
- DEFENSOR DEL PUEBLO. (2000). Informes, estudios y documentos. La atención socio-sanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: Publicaciones.
- DEL SER, T. y PEÑA-CASANOVA, J. (1994). Objetivos y métodos de la evaluación de la demencia. En T. del Ser y J. Peña-Casanova (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.R. Prous Editores.
- FARRAN, C.J., MILLER, B.H., KAUFMAN, J.E. y DAVIS, L. (1997). Race, finding meaning, and caregiver distress. *Journal of Aging and Health*, 9, 316-333.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., IZAL, M., MONTORIO, I., GONZÁLEZ y DÍAZ-VEIGA (1992). *Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez*. Barcelona: Martínez-Roca.
- FISHER, N.M., GRESHAM, G.E., ABRAMS, M., HICKS, J., HERRIGAN D. y PENDERGAST, D.R. (1993). Quantitative effects of physical therapy on muscular and functional performance in subjects with osteoarthritis of the knees. *Arch Phys Med Rehabil* 74(8): 840-847.
- FRAZER, D.W., LEICHT, M.L. y BAKER, M.D. (1996). En L.L. Carstensen, B.A. Edelstein y L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.
- GRAHAM, N. y otros (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 670-678.
- GRAMS, A. y G.W. ALBEE (1995). Primary prevention in the service of aging. En L.A. Bond, S.J. Cutler y A. Grams (eds.): *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- GRASSO, P. y HABER, D. (1996). A leadership training program at a senior center. *Activities, Adaptation and Aging*, 20(2): 1324.
- GREENBERG, R.P. y BORNSTEIN, R.F. (1988). The dependent personality: 1. Risk for physical disorders. *Journal of Personality disorders*, 2, 126-135.
- GROSSBERG, G.T. y DESAI, A.K. (2003). Management of Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A(4), 331-353.
- HAVIGHURST, R.J. (1961): The nature of value of meaningful free-time activity. En R. Kleemier (Ed.), *Aging and Leisure*. Nueva York: Oxford University Press.
- HORGAS A.L., WAHL, H.W. y BALTES, M.M. (1996). Dependency in Late Life. En L.L. Carstensen, B.A. Edelstein y L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.
- INSERSO (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid.
- IZAL, M. y MONTORIO, I. (1999). Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Síntesis.

- IZAL, M., MONTORIO, I. y Díaz-Veiga, P. (1997). Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para familiares y cuidadores. Madrid: INSERSO.
- 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*, 10(1), 23-40.
- IZAL, M., MONTORIO, I., LOSADA, A. y MÁRQUEZ, M. (2000). Cuidar a los que Cuidan. <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores/> [consultado en abril de 2004]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- KAYSER-JONES, J. y SCHELL, E. (1997). The Mealtime Experience of a Cognitively Impaired Elder: Ineffective and Effective Strategies. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(7), 33-39.
- KEITH, J. (1992). Care-taking in cultural context: anthropological queries. En H. Kendig, A.
- HASHIMOTO, y L.C. Coppard, *Family support for the elderly. The international experience*. Oxford University Press.
- LAWTON, M.P. (1990). Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist*, 45(5): 638-40.
- LAWTON, M.P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 5(suppl. 1), 56-64.
- LITTLE, A. (1988). Psychological aspects of working with elderly clients. En A.J. Squires (Ed.), *Rehabilitation of the older patient*. Sydney: Croom Helm.
- MATTHEWS, E.A., FARREL, G.A., BLACKMORE, A.M. (1996). Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 439-447.
- MCEVLY, C.L. y PATTERSON, R.L. (1986). Behavioral treatment of deficit skills in dementia patients. *The Gerontologist*, 26, 475-478.
- MCGILTON, K.S., RIVERA, T.M. y DAWSON, P. (2003). Can we help persons with dementia find their way in a new environment?. *Aging & Mental Health*, 7(5), 363-371.
- MCKITRICK, L.A. y CAMP, C.J. (1993). Relearning the names of things: The spaced-retrieval intervention implemented by caregivers. *Clinical Gerontologist*, 14, 60-62.
- MITCHELL, J.M. y KEMP, B.J. (1996) The Older Adult Disability Scale: Development and validation. *Rehabilitation Psychology*, 41(3): 187203.
- MONTAMAT, S.C., CUSACK, B.J. y VESTAL, R.E. (1989). Management of drug therapy in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 321(5), 303-309.
- MONTORIO, C. (1994). *La persona mayor. Guía de evaluación psicológica*. Madrid, INSERSO.
- MONTORIO, I. y CARROBLES, J.A. (1999). Comportamiento y salud. Promoción de la salud. En Izal, M. e I. Montorio (eds.). *Manual de Gerontología Conductual*. Madrid: Síntesis.
- MONTORIO, M., IZAL, M. y COLODRÓN, M. Creencias sobre la vejez. La imagen del grupo mayor y la imagen del individuo mayor. VI Congreso Nacional de Psicología Social. San Sebastián, 1997.
- MONTORIO, I., IZAL, M., SÁNCHEZ, M. y LOSADA, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 61-71.
- NUEVO, I., IZAL, M., MONTORIO, I., LOSADA, A. y MÁRQUEZ, M. (2003). Dimensiones de contenido de preocupación en población de edad avanzada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(3), 223-238.
- OCDE. (1996). Protéger le personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations. Paris.
- OMS (1948). Documentos básicos de la OMS: Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1990). *Healthy aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- PASSINI, R., RAINVILLE, C., MARCHAND, N. y JOANETTE, Y. (1995). Way-finding in dementia of the Alzheimer type: planning abilities. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17(6), 820-832.
- PATTERSON, R.L., DEE-KELLY, C., DUPREE, L.W., EBERLY, D.A., O'SULLIVAN, M.J. y PENNER, L.A. (1982). *Overcoming Deficits of Aging: A Behavioral Treatment Approach*. Nueva York: Plenum.
- PEARLIN, L.I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress. En E. Light, G. Niederehe y B.D. Lebowitz (Eds.). *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. Nueva York: Springer.
- PINKSTON, E.M. y LINSK, N.L. (1984). *Care of the Elderly. A Family Approach*. Nueva York: Pergamon.
- PINQUART, M. y SÖRENSEN, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.
- PORTER, E. (1995). A phenomenological alternative to the «ADL research tradition». *Journal of aging and health*, Vol. 7 (1), 3-23.
- REITZES, D.C., MUTRAN, E.J., y VERRILL, L.A. (1995). Activities and self-esteem. *Research on aging*, Vol. 17 (3), 260-277.
- RILEY, K.P. (1992). Bridging the gap between researchers and clinicians: Methodological perspectives and choices. En R.L. West y J.D. Sinnott (Eds.), *Everyday memory and aging: Current research and methodology* (pp. 182-189). New York: Springer-Verlag.
- ROBERTS, A.H. (1986). Excess Disability in the Elderly: Exercise Management. En L. Teri y P.M. Lewinsohn (eds.), *Geropsychological assessment and treatment* (pp. 87-119). New York: Springer.
- ROWE, J.W. y KAHN, L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 233, 1271-1276.
- RUBENSTEIN, L.V., CALKINS, D.R. y GREENFIELD, S. (1989). Health status assessment for elderly patients. Report of Society of the General Internal Medicine Task Force of Health Assessment. *Journal of American Geriatric Society*, 37, 562-569.
- SLOANE, P.D. y otros (1995). Bathing Persons With Dementia. *The Gerontologist*, 35(5), 672-678.
- TERI, L. y GALLAGHER, D. (1991). Cognitive behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 21, 413-416.
- TERI, L., LOGSDON, R.G., UOMOTO, J. y MCCURRY, S.M. (1997). Behavioral Treatment of Depression in Dementia Patients: A Controlled Clinical Trial. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52(B), P159-P166.
- WILLIS, S.L., JAY, G.M., DIEHL, M. y MARSISKE, M. (1992). Longitudinal change and prediction of everyday task competence in the elderly. *Research on aging*, Vol. 14 (1), 68-91.
- ZANETTI, O., BINETTI, G., MAGNI, E., ROZZINI, L., BIANCHETTI, A. y TRABUCCHI, M. (1997). Procedural memory stimulation in Alzheimer's disease: Impact of a training programme. *Acta Neurol Scand*, 95, 152-157.

## **PUBLICACIONES COLECCIÓN OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES**

1. Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997
2. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Iniciativa. Recomendaciones del Consejo de Europa
3. Año Internacional de las Personas Mayores 1999. Memoria
4. Las personas mayores y las Residencias. Tomo I y II
5. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en Residencias.
6. La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo
7. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia
8. Envejecer en España.
9. Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve.
10. Percepciones sociales sobre las personas mayores.
11. Las personas mayores en España. Informe 2002.
12. La madurez de masas.

## **Observatorio de Personas Mayores**

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación  
Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzó de Limia, 58  
28029 MADRID

Tlfno: +34 913 638 523

Fax: +34 913 638 942

E-mail: [opm.imserso@mtas.es](mailto:opm.imserso@mtas.es)

**VISITE EL PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>**