

EXPERIENCIAS

Voluntariado en la enfermedad de Alzheimer

Volunteerism in Alzheimer's disease

Ana BIURRUN UNZUÉ*

Fecha de Recepción: 02-09-02

Fecha de Aceptación: 04-10-03

RESUMEN

En el presente artículo explicamos de forma detallada un Programa de Voluntariado aplicado en el ámbito de la enfermedad de Alzheimer. Los usuarios del mismo son los familiares cuidadores, ellos también constituyen un grupo de riesgo sociosanitario, ya que el desarrollo de su labor asistencial conlleva importantes repercusiones en su salud biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE

Programa de voluntariado. Enfermedad de Alzheimer.

ABSTRACT

In the present paper we explain in a detailed way a Volunteerism Program in the Alzheimer's disease. The users of program are the family caregivers, they also are a socio-health care risk group because carrying out this assistance has an important impact on their biopsichosocial health.

KEY WORDS

Volunteerism program. Alzheimer's disease.

* Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (AFAN).

INTRODUCCIÓN

En las sociedades occidentales desarrolladas observamos una nueva estructura temporal en la vida de sus ciudadanos, ya no sólo constatamos una separación tajante entre el tiempo de trabajo y el tiempo de ocio, sino que asistimos a la aparición de un tiempo liberado para realizar actividades socialmente útiles (García Roca, 1999).

En nuestro país es patente la preocupación y el creciente interés de los ciudadanos no sólo hacia el denominado "tercer mundo", sino también hacia los sectores más necesitados y vulnerables de "nuestro primer mundo". Esto ha hecho que proliferen asociaciones de Voluntariado de todo tipo. Sólo en la Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España (PPVE) participan 300.000 personas aglutinadas en 24 Asociaciones. Se estima que un total de 3 millones de españoles colaboran sin afán de lucro en 700 organizaciones no gubernamentales diferentes (Ruiz y Moya, 1997).

Un número importante de estos voluntarios realizan su labor en el área de salud (con enfermos de Alzheimer, psiquiátricos, oncológicos, afectados de SIDA, niños hospitalizados, etc.). El denominador común de todos ellos es su papel proveedor de apoyo social.

No existe una definición única de apoyo social, se trata de un constructo de carácter multidimensional que incluye la asistencia emocional, informativa e instrumental, proporcionada al individuo por otros (House, Umberson, Landis, 1988; Sarason, Pierce, Sarason, 1990). Se entiende por apoyo emocional, el apoyo que refuerza el sentido de valía y el sentimiento de ser querido, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social (Cobb, 1976). El apoyo informativo es el proceso a través del cual las personas buscan información, consejo y/o guía, que les ayude a resol-

ver sus problemas (Schaefer, Coyne, Lazarus, 1981) y finalmente el apoyo instrumental se ha definido como la prestación de ayuda directa o servicios (por ejemplo, ayudas domésticas, prestar objetos o dinero) (Ruiz y Moya, 1997).

La enfermedad de Alzheimer es uno de los grandes problemas sociosanitarios que afectan a nuestra sociedad actual y que atrae, como ámbito de participación, a muchos voluntarios. Los actuales modelos que estudian los procesos de estrés asociados a la labor de cuidar a un familiar demenciado en el domicilio, coinciden en señalar la importancia del apoyo social como factor modulador en la vivencia de estrés del cuidador principal (Pearlin, Mullan, Semple, Skaff, 1990; Braithwaite, 1996; Lawton, Moos, Kleban, Glicksman, Rovine, 1991).

En este artículo vamos a reflejar la experiencia del programa de voluntariado que desarrollamos en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra, en Pamplona, Tudela y Alsasua, así como sus correspondientes comarcas.

Nuestro grupo de voluntarios constituyen una fuente de apoyo fundamentalmente de tipo instrumental (mediante el relevo al familiar cuidador de sus tareas de atención y cuidado del enfermo) y emocional, en este caso no incidiría tanto en la autoestima del receptor sino que actuaría reforzando su sentimiento de pertenencia a una red social (Kobasa et al. 1991).

CONTEXTO DE APLICACIÓN

Antes de comenzar a describir el programa de voluntariado, consideramos importante señalar algunos aspectos básicos sobre la enfermedad y su impacto en la familia, como una forma de entender la necesidad del mismo.

La Enfermedad de Alzheimer es una

enfermedad neurodegenerativa, de inicio insidioso y curso progresivo. No se conoce cual es la causa y no tiene tratamiento curativo hasta el momento. La duración media se sitúa en 8-10 años.

La mayoría de los enfermos son cuidados por sus familiares en el domicilio, en un 85% de los casos así sucede (Brody, 1978). Por ello, la familia es considerada la segunda víctima de la enfermedad.

Podemos constatar que los cuidadores familiares están afectados en las tres dimensiones (bio-psico-social):

— Alteraciones físicas. En estos cuidadores se observa un aumento en la vulnerabilidad a los problemas físicos (Baumgarten et al., 1994; Grafstron, Frattiglioni, Sandman, Winblad, 1992; Pruchno, Potashnik, 1989), hallándose desde síntomas inespecíficos como la astenia y el malestar general, pasando por otros síntomas como alteraciones del sueño (hipersomnia diurna, insomnio, alteraciones del ciclo sueño-vigilia), cefaleas, diabetes, úlcera gastroduodenal, anemia y alteraciones osteomusculares (tendinitis, dolor articular, cervialgias, dorsalgias, lumbalgias). Incluso algunos estudios han observado en estos cuidadores descensos en la respuesta inmune, lo que les puede hacer más vulnerables a los procesos infecciosos (Vedhara et al. 1999).

— Alteraciones psicológicas. Son numerosos los estudios que constatan niveles elevados de ansiedad y depresión en los familiares cuidadores (Morris, Morris, Britton, 1988; Schulz, O'Brien, Bookwala, Fleissner, 1995; Coope, Ballard, Saad, Patel, 1995; Izal, Montorio, 1994).

En la práctica clínica y el contacto diario con dicho colectivo, observamos frecuentemente sintomatología en la esfera psicológica, en muchos casos a un nivel subclínico pero que reduce de forma sustancial la calidad de vida de

estas personas: hiperfocalización de la atención y los intereses personales en el enfermo, vivencia intensa de presión del tiempo, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad por no atender o no poder atender convenientemente al familiar, irritabilidad, preocupación y temor a heredar la devastadora enfermedad que ellos conocen tan bien, reacciones de duelo ante las constantes pérdidas que supone el proceso de la enfermedad (pérdida de las características premórbidas del familiar, de la posibilidad de comunicación, del rol dentro de la familia, de reconocimiento cuando el enfermo ya no sabe quien es su cuidador ...y finalmente la pérdida definitiva: fallecimiento) (Biurrun, 2001).

— Alteraciones sociales. Los familiares cuidadores sufren mayor aislamiento social, menor disponibilidad de tiempo libre, importante reducción de las aficiones, falta de tiempo para ellos mismos (Zarit, Reeve, Bach-Paterson, 1980; Grafström, Winblad, 1995), deterioro del nivel de intimidad, disminución de la gratificación por parte del receptor de cuidados (Livingston, Manela, Katona, 1996; Coon, Edgerly, 1999).

Por otro lado, son frecuentes los problemas en el ámbito laboral. Los cuidadores que trabajan fuera de casa suelen experimentar un conflicto entre las tareas de cuidado y las obligaciones laborales con consecuencias como falta de puntualidad, absentismo y dificultades de concentración, pudiendo ocasionar incrementos en la siniestralidad, conflictos laborales e incluso la pérdida del trabajo. En otros casos, las dificultades en compatibilizar trabajo y cuidado del enfermo llevan al abandono del puesto de trabajo, lo que genera, entre otros, un problema económico. Se produce un descenso en los ingresos a la vez que un aumento de los gastos asociados a la enfermedad.

Los programas de apoyo a cuidadores

informales tienen su origen y fundamento en la filosofía del Movimiento de Salud Mental Comunitaria al plantear como alternativa a la institucionalización, tratamientos y cuidados basados en un mayor protagonismo de los recursos sociales y comunitarios (Martínez, Villalba, García, 2001).

La Asociación de Familiares de Enfermos de Navarra ha desarrollado una amplia oferta de programas de apoyo a las familias, dirigida a ofrecerles una atención integral: servicio de acogida e información, actividades de divulgación y sensibilización social, atención psicológica y asesoramiento individualizados, programa modular de grupos de apoyo, programa de voluntariado, cursos de formación para familiares, programa de vacaciones y servicio de asesoría jurídica.

Dicha oferta de programas de apoyo a las familias comparte plenamente los tres objetivos básicos identificados por Agosta (1989): (1) incrementar el *empowerment* de sus miembros para la toma de decisiones; (2) responder a las necesidades reales de las mismas y (3) tener la suficiente flexibilidad para acomodarse a las múltiples situaciones culturales, económicas, geográficas, etc, en las que se desarrolla el cuidado familiar.

PROGRAMA DE VOLUNTARIADO EN UNA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

El programa de voluntariado se puso en marcha en nuestra Asociación en el año 1998. Se trata de un programa de acompañamiento y apoyo al familiar cuidador con un enfermo de Alzheimer a su cargo.

Siguiendo la clasificación de los programas de apoyo dirigidos a los cuidadores familiares propuesta por Zarit, Gaugler y Jarrot (1999), se sitúa dentro de los considerados servicios de respiro en

el hogar, en los que el voluntario acude al domicilio para atender al enfermo, con el objetivo de liberar al cuidador familiar de dicha tarea.

La apuesta de este programa ha sido, y es, ofrecer un servicio de calidad y confianza a los usuarios del mismo (las familias) pero también a los voluntarios que deciden colaborar con nosotros. Una parte importante del diseño del mismo es la formación y supervisión de los voluntarios, así como el seguimiento de las propias familias, para valorar su satisfacción por el servicio.

Objetivos del programa

— Mejorar, en los familiares cuidadores de los enfermos de Alzheimer, la calidad de vida y la capacidad de afrontar las prolongadas y costosas demandas de la enfermedad.

— Facilitar a las familias recursos para que puedan seguir haciéndose cargo del cuidado del enfermo.

— Incrementar su sistema de apoyo social, con capacidad de proporcionarles apoyo emocional e instrumental fundamentalmente.

— Conseguir un servicio de voluntariado estable y duradero.

— Garantizar a los voluntarios la formación y el soporte necesario para que puedan desarrollar su labor en las mejores condiciones de satisfacción y ajuste posibles.

Actividades desarrolladas

— Actividades de sensibilización social y difusión del Programa de Voluntariado, a través de apariciones periódicas en medios de comunicación (radios, prensa, T.V local), charlas en diversas entidades y colectivos (universidades, asociaciones culturales, clubs de jubila-

dos...), colocación de carteles, trípticos...

— Formación de los voluntarios, a través de un curso de formación inicial y a través de una programación de actividades formativas de reciclaje (o formación continuada).

— Supervisión y seguimiento de los voluntarios y familias usuarias.

— Todas aquellas actividades necesarias para el adecuado funcionamiento y desarrollo del programa: entrevistas tanto con los voluntarios, como con las familias; elaboración de fichas; resolución de problemas; contactos periódicos con las familias y los voluntarios, etc.

Población beneficiaria

Todos aquellos familiares de enfermos de Alzheimer, de las zonas de implantación, que demanden el servicio de voluntariado.

Formación de los voluntarios

La formación de los voluntarios es esencial desde dos puntos de vista:

— Para que su colaboración sea eficaz ante las demandas que la propia enfermedad y su realidad sociosanitaria plantea.

— Para que puedan desarrollar su labor con la mayor satisfacción y ajuste personal posible. Está demostrado que una persona cuanto más formación tiene y de cuantas más estrategias de afrontamiento dispone, no sólo va a hacer mejor su trabajo sino que se va a sentir más satisfecho.

Formación que la contemplamos en dos dimensiones: como formación inicial y como formación continuada.

A. Formación inicial. Todos los volun-

tarios seleccionados realizan un curso que se compone de 7 módulos:

1. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAN). Los voluntarios deben tener un conocimiento profundo de la asociación donde colaboran ya que forman parte de su proyecto y de uno de sus servicios.

2. Características clínicas de la enfermedad. Adquieren un conocimiento amplio sobre la enfermedad (pronóstico, síntomas, curso, estrategias de resolución de dificultades habituales, etc.)

3. Repercusiones en la familia. Es importante que conozcan la realidad de esas familias como un requisito básico para poder ayudar más eficazmente.

4. Voluntariado. Concepto y funciones. Entre otros contenidos se trabajan de forma intensa todas las actitudes y habilidades necesarias para el desarrollo de su labor.

5. Comunicación con el enfermo y el familiar. La evolución de la enfermedad hace necesario el desarrollo de estrategias específicas de comunicación con el enfermo. También desarrollamos en este módulo una serie de conocimientos generales y pautas de comunicación interpersonal.

6. Cuidados sanitarios básicos. Si bien los voluntarios no van a ser protagonistas de dicho tipo de cuidados, sí consideramos importante que tengan conocimientos básicos al respecto como una manera de poder ayudar al familiar si en alguna esporádica circunstancia fuese requerido.

7. Terapia ocupacional con el enfermo de Alzheimer. Se ofrece a los voluntarios una serie de propuestas para poder estimular y/o entretener al enfermo en las diferentes fases de la enfermedad.

B. Formación continuada o formación

de reciclaje. Conforme el voluntario va desarrollando su labor de colaboración, surgen nuevas necesidades formativas a las que se dan respuesta a través de sesiones monotemáticas sobre contenidos diversos.

Aparte de estos dos tipos de formación, realizamos la supervisión y los encuentros periódicos requeridos con el fin de que el programa alcance las mayores cotas posibles de satisfacción, tanto por parte de los usuarios del servicio como de los propios voluntarios.

RESULTADOS

En estos cuatro años hemos contado con la colaboración total de 95 personas voluntarias, de ellas el 80% son mujeres y el 20% hombres. El 35% son personas jubiladas o en situación de prejubilación, el 50% son amas de casa, el 10% son trabajadores/as con edades comprendidas entre los 25 y 50 años y un 5 % estudiantes.

En la actualidad contamos con la colaboración activa de 73 voluntarios, 58 mujeres y 15 hombres.

De los 22 voluntarios que han causado baja en estos años, 13 lo hicieron por cambios en su situación académica o laboral que hacían incompatible su actividad de voluntariado (calendario académico, inicio de actividad laboral, turnicidad, traslado de lugar de trabajo...), 4 cambiaron su lugar de residencia, 5 abandonaron por motivos de salud personal.

En cuanto al ámbito geográfico, 22 voluntarios desarrollan su labor en el medio rural (30%) y 51 en el medio urbano (70%). Hemos hallado diferencias en cuanto al ámbito de aplicación del programa en medio urbano o rural:

— A igualdad de condiciones de sobrecarga mayor reticencia a demandar

el servicio en el medio rural y cuando lo hacen piden mayoritariamente el desarrollo de actividades fuera del domicilio. Más de la mitad de los voluntarios (60%) empieza desarrollando dichas actividades (salir a pasear con el enfermo, ir a recogerlo/dejarlo en centro de día...) y transcurre una media de 3 meses hasta que empiezan a desarrollar actividades en domicilio. En el medio urbano un 15 % empieza realizando actividades fuera del domicilio y transcurre una media de 1,5 meses en pasar a domicilio.

— En el medio rural, con mayores niveles de conocimiento interpersonal, detectamos una mayor presión social que lleva a las familias a demandar menos determinados recursos, siendo el programa de voluntariado uno de ellos.

— En el medio rural también constatamos una red de apoyo informal más desarrollada que en el medio urbano.

El nivel de satisfacción (valorado mediante encuesta anónima) por parte de los voluntarios es muy alto, tanto por la labor desempeñada, como por la formación y el apoyo y seguimiento realizados por la Asociación. Satisfacción que se traduce en una alta fidelidad y compromiso con el programa.

Por parte de las familias usuarias del servicio el nivel de satisfacción es también alto, tal y como queda recogido en la encuesta de satisfacción y en las actividades de seguimiento realizadas. La relación que establecen con los voluntarios es de gran afecto y agradecimiento.

CONCLUSIONES

En cuanto al perfil de nuestros voluntarios, constatamos que la mayoría son mujeres, realidad coincidente con otros programas de voluntariado en nuestro país (Calero, García, Gálvez, Toral y Bailón, 1996; Romero y Moya, 1997).

El grupo mayoritario está compuesto por amas de casa y personas jubiladas o prejubiladas, se trata del perfil que mejor se ajusta a las características de nuestro programa. Son personas maduras, acostumbradas, en su mayoría, a proporcionar atención y cuidado a otras personas, con una amplia experiencia vital en el ejercicio del compromiso y la responsabilidad, y que disponen de tiempo libre. El grupo minoritario está compuesto por estudiantes, la principal razón de su escasa presencia es la incompatibilidad, en muchos casos, del calendario académico (exámenes, prácticas, vacaciones...) con la necesidad de estabilidad horaria y continuidad del servicio que requieren nuestras familias usuarias.

Tras el análisis de las características particulares y diferencias halladas en función del ámbito de aplicación del programa urbano o rural, desarrollamos una serie de modificaciones dirigidas a optimizar resultados. En cuanto a la difusión del programa y sensibilización de potenciales voluntarios, además de los medios generales y habituales (carteles, trípticos, medios de comunicación provinciales...) utilizamos también los medios de comunicación locales (revistas, emisoras de radio, y canales de televisión).

Puesto que el conocimiento interpersonal y la presión social es más elevada en el medio rural, una importante medida que adoptamos fue trabajar, tanto en el curso de formación inicial como en las actividades de formación continuada, de forma más exhaustiva los aspectos actitudinales, especialmente la confidencialidad, discreción y respeto. Por otro lado, en relación con las familias potencialmente usuarias, las medidas adoptadas se dirigieron especialmente a la información que les llega del programa, a través de un mensaje adecuadamente elaborado y utilizando como vía preferente la experiencia directa de otras familias usuarias del servicio, especialmente a través de los

grupos de apoyo para familiares desarrollados por la Asociación.

Así mismo, en las actividades de supervisión y seguimiento de voluntarios y familias, se efectúa una labor de detección de reticencias y/o dificultades teniendo en cuenta las características diferenciales de ambos ámbitos de aplicación.

Lejos queda aquel junio de 1998 en el iniciábamos los primeros pasos dirigidos a la creación de nuestro programa de voluntariado, unos meses después ofrecíamos el servicio exclusivamente en Pamplona y contábamos con 25 voluntarios. En estos años, el esfuerzo por ampliar el número de voluntarios y por acercarlo a otras áreas de nuestra Comunidad, ha sido muy importante, así como por adaptarnos a dicha realidad emergente tratando siempre de conseguir las más altas cotas de calidad y de satisfacción para los usuarios y voluntarios.

La mencionada línea de trabajo ha sido una constante en casi todas las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAs) del estado. Han desarrollado programas específicos de voluntariado para dar respuesta a las necesidades de su colectivo y para ofrecer a los voluntarios, interesados en colaborar en esta área, la infraestructura material y humana necesaria para que puedan desarrollar su actividad en las mejores condiciones posibles (Biurrún, et al., 1999).

Desde nuestras Asociaciones el esfuerzo realizado por crear y consolidar los mencionados programas de voluntariado ha sido muy importante y el balance de resultados después de estos años transcurrido es altamente positivo. No obstante los retos deben continuar presentes:

— Dando a conocer el proyecto de nuestras asociaciones y enviando un mensaje social de que es necesaria la

participación de los ciudadanos en el alivio de un problema sociosanitario de la envejecimiento de la enfermedad de Alzheimer.

— Proporcionando a los voluntarios una formación amplia basada no sólo en los conocimientos sino también en las actitudes (discreción, respeto, compromiso, etc.) y en las habilidades sociales (empatía, asertividad, diálogo, etc.).

— Ofreciendo a los voluntarios todo el apoyo y soporte que sea necesario, para

garantizar la efectividad de su labor pero también para que su nivel de satisfacción y adaptación personal sea el mayor posible.

— Sensibilizando a instituciones y entidades públicas y privadas de la importancia de apoyar a las organizaciones que desarrollan programas de voluntariado, como una forma de fortalecer los sistemas de apoyo social y de habilitar canales para la participación de sus ciudadanos, dentro de un modelo de intervención basado en la corresponsabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

Agosta, C. (1989). Using cash assistance to support family efforts. En George, H.S. (Ed). *Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disability* (189-204). Baltimore, Paul H. Brookes Publishing.

Baumgarten, M., Hanley, J.A., Rivard-Infante, C., Battista, R.N., Becker, R.; y Gauthier, S. (1994). Health of family members caring for elderly persons with dementia: A longitudinal study. *Annals of Internal Medicine*, 120, 126-132.

Biurrun, A. (2001). La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(6), 325-330.

Biurrun, A., Casas, P., Domingo, M.J., Gayá, P., Mira, M., Morón, A., Pérez, A., Sanfilipo, S., Sayas, I., Tabuenca, M.C., y Tejeiro, L.(1999). *Manual práctico para la elaboración y desarrollo de programas de voluntariado en las Asociaciones de Alzheimer*. Pamplona: AFAF— Fundación "la Caixa".

Braithwaite, V. (1996). Between stressors and outcomes : can we simplify caregiving process variables?. *The Gerontologist*, 36, 42-53.

Calero, M.D., García, T.M., Gálvez, M., Toral, I., y Bailón, R. (1996). Valoración de un programa de autoayuda entre ancianos: perfil de los voluntarios. *Intervención Psicosocial*, 13, 85-95.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of

life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Coon, D.W., y Edgerly, E.S.(1999). The personal and social consequences in Alzheimer's disease. *The Gerontologist*, 3(1), 29-36.

Coope, B., Ballard, C., Saad, K., Patel, A. (1995). The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 237-242.

García, J. (1999). La larga marcha del voluntariado. *Intervención Psicosocial*, 8(1), 15-30.

Grafström, M., Winblad, B.(1995). Family burden in the care of the demented and nondemented elderly: a longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 9(2), 78-86.

Grafström, M., Fratiglioni, L., Sandman, P.O., y Winblad, B.(1992). Health and social consequences of demented and non-demented elderly. A population based study. *J Clinical Epidemiological*, 45, 861-70.

House, J.S., Umberson, D., y Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.

Izal, M., Montorio, I.(1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En: T.Del Ser y J. Peña (Eds), *Evaluación neuropsicológica y funcional en la demencia* (2201-2222). Barcelona. JR Prous.

- Kobas, S.; Spinetta, J.; Cohen, J.; Crand, W.; Hattchett, S.; Siegel, K.; Wellisch, D.K. Social environment and social support. *Cancer*, 16, 56-64.
- Lawton, M.P., Moos, M., Kleban, M.H., Glicksman, A., y Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46:181-189.
- Livingston, G., Manela, M., Katona, C. (1996). Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *British Medical Journal*, 312(20), 153-6.
- Martínez, M.F.; Villalba, C.; García, M. (2001). Programas de respiro para cuidadores familiares. *Intervención psicosocial*, 10(1), 7-22.
- Morris, R.G., Morris, L.W., y Britton, P.G.(1988). Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry*, 153, 147-156.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, M.M.(1990). Caregiving and stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30, 583-594.
- Pruchno, R.A., Potashnik, S.L.(1989). Caregiving spouses: psysical and mental health in perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(8), 697-705.
- Ruiz, J., y Moya, M.C. (1997). La intención de participación en el voluntariado social: el caso de las asociaciones de lucha contra el cáncer. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 7(1), 51-68.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R., Sarason, I.G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. En B.R. Saranson (Ed), *Social support: An interactional view*. New York. Wiley.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., y Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., y Fleissner, K.(1995). Psychiatric and physical effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35(6), 771-91.
- Vedhara, K., Cox, N.K., Wilcock, G.K., Perks, P., Hunt, M., Anderson, S., Lightman, S.L., Shanks, N.M.(1999). Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *Lancet*, 353, 627-31.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Paterson, J. (1980). Relatives of impaired elferly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.