

TEMAS RECIENTES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

NANCY GILLILAND *
FLORY STELLA BONILLA **

Resumen

La enfermedad de Alzheimer (EA) consiste en un proceso de deterioro cognitivo, de la funcionalidad y la personalidad, que afecta a adultos de todas las clases sociales, etnias, y que aumenta con la edad. Aquí se recopila información de los artículos públicos sobre EA en los últimos números (1989-1994) de las dos revistas oficiales de la Sociedad Gerontológica de Norte América. En la investigación identificamos tres temas relevantes:

1. La investigación biológica,
2. la experiencia subjetiva y la calidad de vida de las personas con EA, y
3. el cuidado que los familiares dan a sus miembros con Alzheimer.

La mayoría de los artículos revisados tienen su énfasis sociopsicológico, pero emerge el tema biológico en relación con los factores genéticos de algunos casos de Alzheimer, el interés por la epidemiología y por encontrar indicadores biológicos de la enfermedad.

En el segundo tema destaca la preocupación por los estereotipos de dependencia implícitos

en el uso de las palabras enfermo y paciente, así como la ausencia de la propia perspectiva de la persona que padece Alzheimer. Ello rescata la necesidad de construir instrumentos que midan indicadores como uso del tiempo, interacción social, conductas productivas y otros.

Con respecto al tema del cuidado que se brinda al mayor con EA, se encontró que la mayoría de los trabajos se refieren a los efectos en la familia y específicamente en la cuidadora, pues generalmente esa persona es una mujer. Estas consecuencias son de orden psicológico, social, físico y financiero, pero afectan más cuando las cuidadoras viven con la persona con Alzheimer y cuando no perciben apoyo social. Parece que esto depende de la etapa en que se encuentre la cuidadora. Los estudios, sin embargo, son inconsistentes y presentan algunos problemas metodológicos, por lo que se necesitan mediciones más refinadas, tipologías y mayores esfuerzos teóricos para definir el papel de otras variables como espiritualidad, formas de convivencia, tipos y eficacia de las intervenciones que se utilizan, tanto con las cuidadoras como con quien padecen Alzheimer.

* Ph.D. en Sociología, Universidad de Nebraska. Profesora Asociada de Sociología y Coordinadora del Programa de Gerontología, Moorhead State University, Moorhead, MN.

** Msc. en Orientación y especialista en Desarrollo Humano, de la Universidad de Western Michigan y Harvard University. Profesora Asociada en la Escuela de Orientación y Educación Especial y Directora del Programa de Maestría en Gerontología, UCR.

Introducción

La enfermedad Alzheimer (EA) ha sido llamada "una epidemia en expansión" (Advisory Panel on Alzheimer's Disease, 1989, p.2) y "la enfermedad del siglo" (New York Times, 1983). Es considerada un gran problema de salud pública porque con el aumento de la población de personas en edades avanzadas, el número de quienes padecen esta enfermedad ha crecido y continuará en ascenso. En este momento la EA afecta unos veinte millones de personas en el mundo, con consecuencias trágicas tanto para las familias como para los enfermos.

La enfermedad de Alzheimer consiste en un proceso de deterioro cognitivo (disminución de memoria y de juicio), de funcionalidad (se perjudican las habilidades para vestirse, comer, ir al baño y otros), y de la personalidad, como cambio de una actitud gentil por una agresiva, o de extroversión a retraimiento. En las últimas etapas de la enfermedad, es común que se manifiesten problemas psiquiátricos como depresión o sentimientos paranoicos y problemas de conducta que incluyen extraviarse, golpear, gritar, y otros. Toda persona que sufre la enfermedad Alzheimer, eventualmente requerirá atención de tiempo completo, porque la actividad del cerebro seguirá disminuyendo hasta que el enfermo muera.

Esta enfermedad afecta a adultos de todas las clases sociales y etnias (Aronson y Yatzkan, 1984). La prevalencia es difícil de determinar, pero se sabe que aumenta con la edad. La mayoría de los casos aparecen después de los sesenta y cinco años. En los Estados Unidos, estudios epidemiológicos indican que de 4% a 7% de la población de sesenta y cinco años y más tiene demencia severa y un porcentaje similar, si no mayor, tiene grados más moderados (Advisory Panel on Alzheimer's Disease, 1989). Estas tasas tienden a subir en picada con la edad.

Dada la importancia de la información existente, nos propusimos recopilar los últimos artículos socio-psicológicos publicados sobre la EA en los últimos números (1989-1994) de dos revistas

gerontológicas, *The Gerontologist* y *The Journal of Gerontology* que son las publicaciones oficiales de la Sociedad Gerontológica de Norte América. Todavía no están disponibles en bibliotecas de Costa Rica, por lo que consideramos de utilidad para los estudiosos del tema y para los familiares de personas con Alzheimer, realizar esta integración. Para ampliar el número de fuentes se incluyeron los ensayos que en estas revistas revisaban libros sobre Alzheimer, muchos de los cuales eran antologías o colecciones de artículos. Algunos de esos libros (Rapoport, Petit, Leys y Christen, 1990; Boller, Katzman, Rascol, Signoret y Christen, 1989) tratan sobre la biología de la EA, pero la mayoría de los artículos utilizados son sociopsicológicos.

Pudimos identificar tres temas en la literatura revisada: 1) la investigación biológica, 2) la experiencia subjetiva y calidad de vida de personas con la enfermedad Alzheimer, y 3) el cuidado que los familiares dan a sus miembros con Alzheimer. En referencia a este último tema, se encontraron muchas investigaciones referidas al cuidado de los ancianos en la familia, pero menos investigaciones específicas sobre familias con una persona con la EA (Brody, 1985; Clipp y George, 1993).

Investigación Biológica

Como explicamos, aunque la mayoría de artículos son de énfasis sociopsicológicos, el tema biológico emergió en los ensayos que revisaban las antologías, por los que la presentación de este tema aquí será breve. Es importante destacar que a pesar de que hay evidencia de un factor genético en algunos casos de la EA, los biólogos y médicos investigadores afirman que se necesitan más estudios epidemiológicos para entender mejor la conexión entre riesgos ambientales (sustancias neurotóxicas en el lugar de trabajo, pesticidas, etc.) y esta patología. El cerebro, como todos los órganos, tiene una capacidad de reserva, y cualquier cosa que disminuya esa capacidad au-

mentará el riesgo de la enfermedad Alzheimer (Gatz, Lowe, Berg, Mortimer y Pederson, 1994).

Aparte de la búsqueda por la -hasta ahora- desconocida causa de la EA, hay investigaciones que están centradas en localizar indicadores biológicos, no cognitivos, para distinguir entre los síntomas de la EA y aquellas pérdidas que se consideran normales del envejecimiento. En la Escuela Médica de Harvard se realiza uno de estos intentos por encontrar un indicador biológico: probar la teoría de Huntington Potter de que los ojos de las personas con la EA reaccionan más que los de otras personas a un medicamento común usado en exámenes oftalmológicos (Tropicamide). Con esta prueba sencilla y barata, los investigadores pudieron detectar la EA antes de que aparecieran los síntomas. Sin embargo, es necesario hacer pruebas en cientos de sujetos antes de confirmar la precisión del diagnóstico. La importancia del descubrimiento de un indicador biológico como este descansa en que el diagnóstico temprano permitirá a la persona con Alzheimer y a su familia, tener más tiempo para prepararse en cosas prácticas y emocionales. En este caso, concuerdan los investigadores, la persona con la EA puede ser involucrada en el planeamiento de su propio cuidado y atención (Becker citada en Phelps, 1992).

Ante la ausencia de una cura, algunos investigadores biológicos están trabajando para posponer el inicio de la enfermedad. Según estimaciones, el retraso de cinco años reduciría la incidencia de la enfermedad a la mitad, con tremendos ahorros en dinero y sufrimiento (Alzheimer's Association, 1993).

La experiencia subjetiva y la calidad de vida del enfermo

Hasta muy recientemente, a la persona con la EA se le llamó "paciente" o "enfermo" y no "persona". El uso de estas palabras lleva implícito estereotipos que indican una imagen de depen-

dencia y pasividad de la persona con la EA. También destacó en las investigaciones que casi nunca tomaron en cuenta la perspectiva de la persona con la enfermedad.

Desde hace veinte años, el énfasis en las investigaciones ha estado en los factores neurobiológicos, en el manejo de las conductas problemáticas, y en el impacto que en los familiares produce cuidar al enfermo con Alzheimer (Cotrell y Schultz, 1993). Como resultado de esta tendencia, se atribuyeron todas las experiencias de la persona con Alzheimer a la enfermedad misma y no a otras variables. También, fue común asumir que la persona con la EA no tenía ninguna calidad de vida, concepto muy usado en otros estudios sobre ancianos (Lawton, 1994).

Solomon y Swabo (1992), citados por Post (1994), estudiaron la perspectiva de la persona con demencia, con ochenta y seis mayores, para distinguir entre los que eran síntomas de la enfermedad y aquellos comportamientos que eran propios de la personalidad del enfermo, o que eran reacciones naturales a los cambios que sucedían en su ambiente. Los entrevistados pudieron describir sus propias reacciones emocionales, donde mostraron cómo un 58% sintió cólera contra otras personas, un 57% se sentían ansiosos, y un 29% experimentaba tristeza.

Anteriormente, existía la idea de que las informaciones proporcionadas por las mismas víctimas con enfermedades cognitivas eran intrínsecamente inciertas, pero esta idea no considera que las personas con EA tienen una gran variabilidad en sus habilidades comunicativas.

Con respecto a la calidad de la vida de las personas con EA, los instrumentos de valoración que se han utilizado enfocan las deficiencias cognitivas, de funcionalidad (AVD), tanto como las conductas problemáticas. Gerontólogos como Lawton (1994) y Baum, Edwards, y Morrow-Howell (1993) afirman la necesidad de construir instrumentos que incluyan indicadores positivos sobre la calidad de vida: uso del tiempo, interacción social, respuestas afectivas (Lawton, 1994). Baum, et. al. (1993)

han preparado un instrumento que llaman Functional Behavior Profile, que documenta las conductas productivas ("productive behaviors"). Según ellos, ésta es superior a otras pruebas neuropsicológicas para identificar lo que las personas con Alzheimer pueden hacer en realidad.

El punto principal en los artículos sobre la calidad de vida y la experiencia subjetiva de tener esta enfermedad, se puede resumir en la importancia que ellos asignan a no subestimar las capacidades que los individuos con Alzheimer mantienen. Sabemos que las expectativas bajas resultan en deterioro innecesario (Post, 1994).

Cuidado que los familiares dan a las personas con la EA

La mayoría de los estudios se refieren al cuidado que brindan los familiares. Para resumir este tema, usamos principalmente la revisión aparecida en otra revista, *International Journal of Aging and Human Development* por Dillehay y Sandys (1990), más algunos resúmenes de trabajos presentados en The Fourth International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders, efectuada entre julio-agosto de 1994, en los Estados Unidos. En esta literatura, limitada a los estudios sobre el cuidado de personas con EA o, en pocos casos, otras demencias, la mayoría de las investigaciones trataron sobre los efectos en la familia o, más frecuentemente sobre el cuidador primario.

Usualmente hay sólo un cuidador, y esa persona es una mujer (esposa, hija, nuera) por lo que a partir de este momento nos referimos a la cuidadora.

Un subtema importante en el estudio de esta categoría es la pregunta de cómo intervenir para disminuir la pena y angustia de las cuidadoras. Otros asuntos que destacan en este apartado en pregunta de cómo intervenir para disminuir la pena y angustia de las cuidadoras. Otros asuntos

que destacan en este apartado en la literatura, es la prevalencia de cuidar a personas con la EA, el uso de servicios de asistencia formales, y los factores intervinientes en la decisión de institucionalizar o no a la persona con EA. Respecto al último, destaca el interés de los políticos por saber cómo se puede retrasar la institucionalización para controlar los costos que ello produce.

Para discutir los efectos de atender al enfermo con la EA en la familia, especialmente los efectos en las cuidadoras, vamos a utilizar el mismo esquema que Dillehay y Sandys (1990) usaron para repasar y criticar los estudios hechos entre 1985 y 1990, donde la variable dependiente es el ajuste de la cuidadora. Como se ve en el esquema, hay cuatro tipos de ajuste que constituyen, a su vez, consecuencias por dar ese cuidado. Los antecedentes (variables independientes) de los cuatro tipos de ajuste (psicológicos, sociales, físicos y financieros) pueden afectar cualquiera de esos ajustes.

Los críticos identificaron varios problemas en estos estudios: no son longitudinales, no son teóricos, no tienen definición muy clara de cuidadora, y no diferencian entre consecuencias para las cuidadoras que viven con la persona con EA de aquellas que no viven con ella.

Hay más estudios sobre el ajuste psicológico que sobre los otros tipos. En este campo, el concepto de sobrecarga (burden) fue usado desde 1980 para medir el estado psicológico que resulta del estrés de cuidar al enfermo (Zarit, Reeves y Back-Peterson, 1980). Más tarde se introdujo el concepto de bienestar subjetivo, con la ventaja de que ofrece dimensiones múltiples y la posibilidad de comparar las cuidadoras con otras personas que no dan cuidado (George y Gwyther, 1986).

Los resultados de los estudios sobre ajuste psicológico son inconsistentes y contradictorios, pero Dillehay y Sandys (1990) concluyeron que las cuidadoras sufren más cuando ellas 1) viven con la persona con la EA y 2) perciben una falta de apoyo social.

CUADRO 1

¿Cuáles son las consecuencias de dar cuidado a los ancianos con demencia?

ANTECEDENTES	CONSECUENCIAS
<p>Psicológicos: Personalidad Actitudes Habilidad para enfrentar la vida Conocimiento de la EA</p>	<p>Psicológicos: Depresión Cólera Agresión</p>
<p>Sociales: Relación anterior con la persona con la EA Otros roles del cuidador Relaciones familiares</p>	<p>Sociales: Relación con la persona Relaciones con familiares y otros</p>
<p>Físicos de: Condición anterior de salud de la cuidadora</p>	<p>Físicos: Deterioro salud</p>
<p>Financieros: Recursos disponibles para pagar por equipo, descanso, terapia, etc.</p>	<p>Financieros: Aumento de gastos, deudas. Disminución de recursos</p>

Esquema adaptado de: Dillehay, Ronald y Marla Sandys. 1990. "Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning from Research." *International Journal of Aging and Human Development* 30 (4): 263-285.

El apoyo social ha sido estudiado mucho en gerontología, pero todavía no hay definición operacional de consenso. Muchos gerontólogos argumentan que se necesita separar varios tipos y fuentes de apoyo social. Fiore, Becker y Coppel (1983), citados en Dillehay y Sandys (1990), clasifican apoyo social en cinco tipos: Guía cognitiva, apoyo emocional, sociabilidad, ayuda tangible y tener un confidente. Cuando falta cualquiera de los cinco tipos, se encontró relación con depresión en las cuidadoras.

Respecto a las fuentes de apoyo social, Suito y Pillemer (1993) plantearon la pregunta de si los miembros de la red social de la cuidadora son fuentes de apoyo, de estrés o de ambos cuando el padre o la madre de la cuidadora está en las etapas tempranas de la EA. Los hallazgos indicaron que en los Estados Unidos los hermanos

y los amigos también son fuentes de estrés. Otras fuentes de apoyo social importante resultaron ser las personas que tenían experiencia en cuidar mayores, así como que viven cerca y pueden observar la sobrecarga de la cuidadora.

Curiosamente, los estudios sobre ajustes sociales son escasos, y sus resultados son contradictorios. Algunos reportan conflictos familiares, pérdida de amigos y menos participación social que otros grupos de comparación, pero los críticos concluyeron que las consecuencias sociales dependen principalmente de la forma de vida: si la cuidadora vive con la persona que recibe el cuidado o no (Dillehay Sandys, 1990).

Otro abordaje para entender las consecuencias sociales y psicológicas contradictorias es vía el concepto de "carrera" de cuidadora, de Koslos-

ki y Montgomery (1994). Hay seis etapas en esta "carrera": 1) Empezar a hacer cosas para ayudar a otra persona; 2) Auto-definición como cuidador(a); 3) Promover atención personal; 4) Buscar/usar servicios de asistencia formales; 5) Considerar la institucionalización de la persona con la enfermedad Alzheimer; 6) Institucionalizar a la persona con demencia.

Kosloski y Montgomery (1994) argumentan que el concepto de etapas en esta carrera es útil para organizar las investigaciones: ¿Cuáles son los factores que determinan el momento en que la cuidadora va a avanzar a la siguiente etapa, o cuándo va detenerse? También, el concepto puede ser usado para comparar y detectar las razones por las cuales algunas cuidadoras reportan sentirse sobrecargadas y otras no, lo que podría deberse a que se encuentran en diferentes etapas de sus carreras.

Por otro lado, Boss, Kaplan y Gordon (1994) han observado que aunque las cuidadoras tengan objetivamente la misma carga, unas reportan sentirse más abrumadas que otras. Según estos autores, ello indica la necesidad de averiguar el sentido que las cuidadoras dan a su trabajo. Por ejemplo, en su estudio de doce cuidadoras indígenas en los Estados Unidos, se planteó la pregunta de si es igual la depresión que sienten las cuidadoras que valoran la espiritualidad que la de aquellas que valoran eficiencia y dominio. Se encontró que las indígenas tenían más tranquilidad porque, cuidar de otro para ellas tenía sentido pues era parte del círculo de la vida.

En las revistas revisadas no se encuentran muchos estudios acerca de las consecuencias físicas y financieras. No obstante, es evidente que los problemas económicos son muy fuertes en los Estados Unidos, puesto que la Asociación Alzheimer ha cambiado recientemente su énfasis de cómo conseguir dinero para hacer investigaciones neurobiológicas sobre la causa de la EA, a cómo ayudar económicamente y las familias que cuidan sus miembros que padecen Alzheimer. Los gastos de estas familias incluyen servicios médicos y sociales directos, además de que deben cu-

brir el pago del hogar de ancianos si institucionalizan al mayor, pues esto no está incluido en casi ninguno de los seguros, sean públicos o privados.

Los críticos han concluido que para avanzar hacia un conocimiento más consistente y más válido, se necesitan medidas más refinadas, como tipologías de cuidadores (esposas, hijos y otros), formas de convivencia (con la persona que padece Alzheimer; aparte; con la persona institucionalizada), y los tipos y las fuentes de apoyo social. Con estas tipologías, tal vez los resultados sean más consistentes y podamos, en un futuro cercano, saber cómo hacer intervenciones más útiles.

La necesidad de estas intervenciones surge del hecho de que cuidar a personas con demencias es más difícil que atender a personas con problemas físicos. Los primeros enfermos presentan problemas de conducta muy específicos, demandas irracionales y además, no retribuyen la atención que se les brinda con afecto, ni pueden compartir sus recuerdos (George, 1986).

Existe un subtema sobre las formas de intervención para ayudar a las cuidadoras, representado por artículos como el de Gallage-Thompson y DeVries (1994) quienes describen un programa en que las cuidadoras (esposas e hijas) de pacientes con demencia aprenden cómo manejar sus frustraciones y cólera. Entre las técnicas que enseñan en este programa se incluyen: relajación (vía respiración profunda e imágenes dirigidas), métodos para detectar y evitar pensamientos que origina sentimientos de cólera, y comunicación asertiva.

Otros artículos se refieren a los grupos de apoyo, organizados en algunos casos por las mismas familias, en otros por diversos profesionales (Henderson, Gutiérrez-Mayka, García y Boyd, 1993; Aronso y Yatzkan, 1984).

En la literatura revisada para este trabajo está también el estudio de Knight, Lutzky y Macofsky-Urban (1993) que resumió veinte investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales y los programas de "descanso", para dismi-

nuir la pena emocional de las cuidadoras. Estas intervenciones psicosociales con individuos, y los programas de descanso, mostraron una eficacia moderada. Los autores concluyeron que hay duda sobre la efectividad de la ayuda de diversas intervenciones, pero que también se necesita más investigación para escoger, entre los varios tipos de intervenciones, aquellas mejores. Por ejemplo, aunque la mayoría de programas de intervenciones psicosociales investigados contienen ocho sesiones, realmente no se sabe cuántas sesiones serían necesarias como mínimo (Knight, Lutzky y Macofsky-Urban, 1993).

El otro subtema que encontramos dentro de la literatura sobre la atención de personas con la EA en la familia, es la cuestión de la institucionalización. Existe el estereotipo de que las familias en los Estados Unidos quieren mandar sus enfermos mayores a los hogares de ancianos, pero los gerontólogos han encontrado mucha evidencia contraria a esta creencia. En este momento, aproximadamente 5% de la población de sesenta y cinco años o más de ese país reside en hogares para ancianos. Dentro de este porcentaje, aproximadamente 60% tienen demencia, la mayoría del tipo Alzheimer. Pero, por cada una de estas personas, hay dos o tres con demencia igual que viven en la comunidad y son cuidadas por familiares. Es más bien muy común cuidar al anciano en la propia familia, hasta el punto de agotamiento (Aronson y Yatzkan, 1984).

Sin embargo, en los casos en que se interna al enfermo, no se sabe cuáles factores contribuyeron a su internamiento, porque los resultados son inconsistentes. Hay razones externas que pueden imposibilitar, en cualquier momento, la atención del enfermo en la familia, como cuando otro miembro del grupo familiar se enferma, o cuando la cuidadora primaria necesita ser atendida. Aparte de cosas así, inesperadas, un hallazgo más o menos estable es que es menos probable que las esposas cuidadoras tomen la decisión de institucionalizar al esposo con demencia.

Según Lieberman y Kramer (1991), el factor más predictivo de institucionalización es el tipo y número de cuidadores: entre más cuidadores, más probable internar al anciano con EA.

Sorpresivamente, la situación económica no parece tener una relación muy clara con la decisión de institucionalizar al individuo con Alzheimer. Parecería que depende del sistema de salud del país, pues la falta de recursos económicos resultó un factor predictivo en los Estados Unidos, donde hay poca protección de seguros (Lieberman y Kramer, 1991), pero en Canadá donde hay un sistema de seguro social, fueron las familias con más ingresos las que más institucionalizaron sus enfermos (Hamel, Gold, Andres, Reis, Dastoor, Grauer y Bergman, 1990). En los estudios de factores que contribuyen a la institucionalización de los ancianos con demencia, también aparecen otras inconsistencias.

Conclusión

Los estudios revisados para este trabajo, publicados en las dos revistas oficiales de la Sociedad Gerontológica de Norte América, nos permitieron organizar las temáticas más investigadas durante los últimos cinco años, en tres categorías: 1) Investigación biológica, 2) Estudios sobre experiencia subjetiva y calidad de vida de la persona con Alzheimer y 3) El cuidado que los familiares dan a sus ancianos que sufren de Alzheimer.

En Costa Rica, como en el mundo entero, aumenta la población de mayores de sesenta años, y especialmente la de mayores de ochenta donde se supone que también aumentará la presencia de Alzheimer. ¿Qué pueden aprender los costarricenses de estos estudios de Norte América?

Del primer tema, puesto que una cura precoz no es inminente, necesitamos enfocar en el diagnóstico precoz y en la atención de la persona que padece demencia. En Costa Rica no contamos con la suficiente infraestructura para hacerle

frente a ninguna de estas dos necesidades, aunque recientemente se ha formado una asociación de familiares de personas con EA. Muchos hogares de ancianos están al límite de sus capacidades, con listas de personas mayores que esperan ingreso. Algunas de estas instituciones no aceptan personas incapacitadas, y no se prevé la apertura de nuevas residencias para mayores, por lo que parece urgente hacer una reflexión nacional sobre el tema: ¿Cómo haremos frente a esta situación en los próximos años?, ¿Debe crearse un centro especializado para el estudio y atención de la enfermedad de Alzheimer?, ¿Quién debe brindar la información pertinente?, ¿Qué papel deben jugar los diferentes especialistas en este proceso educativo?

Con respecto a la calidad de la vida de los enfermos, necesitamos investigaciones a nivel nacional y por regiones. También creemos que los profesionales y los familiares deben considerar el efecto de sus expectativas. Si en Costa Rica son muy generalizados los estereotipos sobre los mayores, los ancianos enfermos, y especialmente aquellos con Alzheimer, podrán ser más vulnerables a los efectos de esos estereotipos.

En la segunda categoría, relacionada con los cuidados y atención que se brinda a las personas con EA en la familia, destacó la sobrecarga a que se ven expuestas las cuidadoras. Los estudios alertan sobre la importancia de tomar en consideración la etapa en que ellas se encuentran en esa "carrera" de cuidadoras. En nuestro país no sabemos qué sentido dan ellas a su trabajo, y por eso tampoco sabemos con precisión, cuáles de las intervenciones podrían ser más efectivas para nuestro medio.

Recién se empieza a divulgar el conocimiento sobre la enfermedad de Alzheimer en el país y esta es una de las principales razones por las que hemos creído de utilidad, presentar esta revisión de las publicaciones sobre Alzheimer, aparecidas, principalmente, en *The Gerontologist* y *The Journal of Gerontology*, durante los años de 1989 a 1994.

Bibliografía

- Advisory Panel on Alzheimer's Disease. 1989. *Report of the Advisory Panel on Alzheimer's Disease*. DHHS Pub. No. (ADM) 89-1644. Washington DC: Supt. of Docs., U.S Govt. Printing Office.
- Alzheimer's Association. 1993. "Current and Future Treatment Strategies for Alzheimer's Disease." *Advances in Alzheimer's Research* 3 (4): 1-4.
- Aronson, Miriam K. and Elaine S. Yatzkan. 1984. "Coping with Alzheimer's Disease Through Support Groups." *Aging* No. 347: 3-9.
- Baum, Carolyn, Dorothy Edwards, and Nancy Morrow-Howell. 1993. "Identification and Measurement of Productive Behaviors in Senile dementia of the Alzheimer's Type." *The Gerontologist* 33 (3): 403-408.
- Boller, F., R. Katzman, A. Rascol, J.L. Signoret, and Y. Christen (eds). 1989. *Biological Markers of Alzheimer's Disease*. Berlin: Springer-Verlag.
- Boss, Pauline, L. Kaplan, and M. Gordon. "The Meaning of Caregiving for Alzheimer's Disease Among Native American Caregivers: Stories of Spirituality, Fatalism, and Mastery." Paper presented at the 4th International Conference on ADRD. Dept. of Family Social Science, U of MN, St. Paul, MN.
- Brody, Elaine. 1985. "Parent Care As A Normative Family Stress." *The Gerontologist* 25: 19-29.
- Clipp, Elizabeth C. and Linda K. George. 1993. "Dementia and Cancer: A Comparison of Spouse Caregivers." *The Gerontologist* 33 (4): 534-541.
- Cotrell, Victoria and Richard Schulz. 1993. "The Perspective of the Patient with Alzheimer's disease: A Neglected Dimension of Dementia Research." *The Gerontologist* 33 (2): 205-211.
- Dillehay, Ronald and Marla Sandys. 1990. Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning from Research." *International Journal of Aging and Human Development* 30 (4): 263-285.
- Flore, J., J. Becker, and D.B. Coppel. 1983. "Social Network Interactions: A Buffer or a Stress." *American Journal of Community Psychology* 11:423-439.
- Gallagher-Thompson, Dolores and Helen M. DeVries. 1994. "Coping With Frustration' Classes: Development and Preliminary Outcomes with Women Who Care for Relatives with Dementia." *The Gerontologist* 34 (4): 548-552.

- Gatz, Margaret, Beverly Lowe, Stig Berg, James Mortimer, and Nancy Pederson. 1994. "Dementia: Not just a Search for the Gene." *The Gerontologist* 34 (2): 551-255.
- George, Linda K. 1986. "Caregiver Burden: Conflict between Norms of Reciprocity and Solidarity." Ch. 4 in Pillemer, Karl and Rosalie Wolf (eds) *Elder Abuse: Conflict in the Family*. Dover, MA: Auburn House Publishing Company.
- George, Linda K. and Lisa Gwyther. 1986. "Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults." *The Gerontologist* 26: 253-259.
- Hamel, Marc, Dolores P. Gold, David Andres, Myrna Reis, Dolly Dastoor, Harry Grauer, and Howard Bergaman. 1990. "Predictors and Consequences of Aggressive Behavior by Community-Based Dementia Patients." *The Gerontologist* 30 (2): 206-211.
- Henderson, J. Neil, Marcela Gutierrez-Mayka, Juanita Garcia, and Sara Boyd. 1993. "A Model for Alzheimer's Disease Support Group Development in African-American and Hispanic Populations." *The Gerontologist* 33 (3): 409-414.
- Knight, Bob, S.M. Lutzky, and Felice Macofsky-Urban. 1993. "A Meta-analysis Review of Interventions for Caregiver Distress: Recommendations for Future Research." *The Gerontologist* 33 (2): 240-248.
- Kosloski, K. and Rhonda Montgomery. 1994. "Charting the Caregiving Career: A Unified Framework for Interpreting Informal Caregiving Processes and Outcomes." Paper presented at the 4th International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders in Minneapolis, Minnesota. (Gerontology Center, University of Kansas, Lawrence KS. USA 66045).
- Lawton, M. Powell. 1994. "Quality of Life in Alzheimer's Disease." *Alzheimer Disease and Related Disorders* 8 (Supplement 3): 138-150.
- Lieberman, Morton A. and Joel H. Kramer. 1991. "Factors Affecting Decisions to Institutionalize Demented Elderly." *The Gerontologist* 31 (3): 371-374.
- New York Times. June 21, 1983. Advertisement from Alzheimer's Disease and Related Disorders Association.
- Phelps, Creighton H. 1992. "Alzheimer's Disease: Theme and Variations." *The Gerontologist* 32 (5): 711-712.
- Post, Stephen G. 1994. "Perspectives on Dementia." *The Gerontologist* 34 (5): 713-715.
- Rapoport, S.I., H. Petit, D. Leys, and Y. Christen (eds). 1990. *Imaging, Cerebral Topography and Alzheimer's Disease*. Berlin: Springer-Verlag.
- Solomon, Kenneth and Peggy Szwabo. 1992. "Psychotherapy for Patients with Dementia." Chapter in Morley, John E., Rodney M. Coe, Randy Strong, and George T. Grossberg (eds). *Memory Function and Aging-Related Disorders*. New York: Springer Publishing Company.
- Sultor, J. Jill and Karl Pillemer. 1993. "Support and Interpersonal Stress in the Social Network of Married Daughters Caring for Parents with Dementia." *Journal of Gerontology* 48 (1): 51-58.
- Zarit, Steven H., Karen Reeves, and Julie Bach-Peterson. 1980. "Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden." *The Gerontologist* 20 (6): 649-655.