



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Efectividad de las
intervenciones educativas
en personas cuidadoras
mayores con demencia tipo
Alzheimer.**

Alumno: Carmen M^a Rodríguez Parrilla

Tutor: Prof. D. Rafael del Pino Casado
Dpto: Enfermería

Abril, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Efectividad de las intervenciones educativas en personas cuidadoras mayores con demencia tipo Alzheimer.

Alumno: Carmen M^a Rodríguez Parrilla

Firma

Tutor: Prof. D. Rafael del Pino Casado
Dpto: Enfermería

Lugar y Fecha de lectura: 30 de Mayo, Tribunal N^º9. Seminario 221 B-3

Agradecimientos

Agradezco a las siguientes personas la ayuda prestada para la elaboración de este trabajo:

D. Rafael del Pino Casado

D. Antonio Frías Osuna

D. Pedro A. Palomino Moral

D^a. Casilda Velasco Juez

Jesús Pérez Velasco

Rocío Martínez Yébenes

A toda mi familia, por el apoyo prestado durante la elaboración del trabajo

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	1
Palabras Clave/Key words	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. METODOLOGÍA.....	8
2.1 Objetivo	8
2.2 Diseño.....	8
2.3 Estrategia de búsqueda	8
2.4 Criterios de Inclusión y de Calidad	11
2.5 Descripción general de los resultados de la búsqueda	12
2.6 Método de análisis empleado	13
3. RESULTADOS	13
3.1 Ansiedad	13
3.2 Depresión	16
3.3 Sobrecarga del Cuidador	25
3.4 Estrés	29
4. DISCUSIÓN.....	32
4.1 Ansiedad.....	32
4.2 Depresión.....	33
4.3 Sobrecarga del cuidador	33
4.4 Estrés	33
5. CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	36

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Ilustración 1. Desglose de Artículos obtenidos en cada Base de datos	11
Ilustración 2. Diagrama de flujo	12
Tabla 1 Resultados para la Ansiedad.....	15
Tabla 2 Resultados para la Depresión	22
Tabla 3 Resultados para la Depresión (bis)	23
Tabla 4 Resultados para la Depresión (bis)	24
Tabla 5 Resultados para la Depresión (bis)	25
Tabla 6 Resultados para la Sobrecarga del Cuidador	27
Tabla 7 Resultados para la Sobrecarga del Cuidador (bis).....	28
Tabla 8 Resultados para la Sobrecarga del Cuidador (bis).....	29
Tabla 9 Resultados para el Estrés.....	31

RESUMEN/ABSTRACT

Introducción. La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más prevalente que existe hoy en día, además esta enfermedad requiere de una alta demanda de cuidados que en la gran mayoría de casos asume un familiar directo del paciente. Del cuidado de estos pacientes se derivan problemas muy graves como pueden ser la ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga del cuidador, que se pueden prevenir y/o reducir mediante intervenciones. El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la efectividad de las intervenciones educativas de carácter preventivo orientadas a cuidadoras informales de pacientes con demencia de tipo Alzheimer para prevenir/reducir las consecuencias negativas del cuidado.

Origen de los datos. Bases de datos electrónicas

Metodología. Una revisión sistemática sin meta análisis que incluye: estudios originales de metodología cuantitativa, en los cuales se realizan intervenciones para prevenir y/o disminuir ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga del cuidador. La búsqueda se realizó en bases de datos internacionales (PUBMED, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, LILACS, CUIDEN PLUS) y nacionales (IME). Se utilizaron criterios de inclusión y de calidad.

Resultados. Resultados homogéneos (produciéndose beneficio), para todas las intervenciones sobre las consecuencias negativas del cuidado, excepto en el caso de la depresión donde una intervención psicoeducativa produce un aumento de los síntomas depresivos.

Conclusiones No se ha visto especificidad entre tipo de intervención y tipo de consecuencia, sino que cualquier intervención ha servido para cualquier consecuencia, esto ayuda a tomar decisiones clínicas, eligiendo intervenciones que tengan efecto sobre varias consecuencias, porque de esta forma se podría reducir la morbilidad psicológica en los cuidadores.

Background. Alzheimer Disease is the most prevalent type of dementia that exist nowadays, moreover this disease requires a high demand of care that in most cases take a direct relative of the patient. Caring for a person with Alzheimer Disease causes big problems such as anxiety, depression, stress and caregiver burden, which can be prevented and reduced by interventions. The aim of this systematic review is knowing de effectiveness of educational interventions in order to reduce or prevent the negative consequences of care.

Data Sources. Electronic databases

Review methods. A systematic review without meta-analysis including: original studies of quantitative methodology in which interventions are made to prevent and / or reduce anxiety, depression, stress and caregiver burden. The search was conducted in international (PubMed, CINAHL, Cochrane Library, PsycINFO, LILACS, CUIDEN PLUS) and national (IME) data bases. Inclusion criteria and quality were used.

Results. Results homogeneous (benefit was found) for all interventions on the negative consequences of care, except in the case of depression where a psychoeducational intervention produces an increase in depressive symptoms.

Conclusion. There isn't particular intervention even affecting only type of negative consequence, this helps to make clinical decisions, selecting interventions which have an effect on a several number of consequences, because this way could reduce psychological morbidity in caregivers.

Palabras Clave/Key words

Cuidadores, Intervenciones, Enfermedad de Alzheimer, Ansiedad, Depresión, Estrés, Sobrecarga del cuidador

Caregivers, Interventions, Alzheimer Disease, Anxiety, Depression, Stress, Caregiver Burden

1. INTRODUCCIÓN

La longevidad ha aumentado de forma considerable a lo largo del siglo XX, mientras que en 1900 la esperanza de vida se estimaba en torno a los 35 años, actualmente ésta se encuentra alrededor de los 82 años ¹. Este aumento de la esperanza de vida está acompañado por un aumento del nivel de dependencia, así como el incremento de la necesidad de recibir cuidados, de la demanda de los mismos y de una mayor exigencia en su prestación ². La definición oficial del concepto de dependencia podemos encontrarla en el Consejo de Europa, que la define como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” y como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referidos al cuidado personal” (Comisión Europea, 1998; Díaz et al., 2009). Concretamente, en el Marco legal español, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Cuando alguien enferma, o entra en situación de dependencia, dentro de la estructura familiar se produce un cambio que lleva a un familiar a asumir los cuidados básicos que requiere esta persona, con la responsabilidad que conlleva este hecho, y pasa a ser visto en su entorno familiar como cuidador principal, sin que haya habido un acuerdo previo para llegar a este punto ³. Se ha definido al cuidador principal como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flórez Lozano et al. 1997). Dentro de las personas cuidadoras, hay que diferenciar entre los cuidadores formales y los informales. Los cuidadores informales son aquellos que carecen de formación, que no son remunerados y que tiene un elevado grado de compromiso con la

tarea, que se caracteriza por el afecto y una atención sin límites horarios ⁴. La experiencia de cuidar puede cubrir entre 20 y 30 años, pero la intensidad, cantidad y duración del cuidado depende en gran medida de las circunstancias familiares ⁵. El hecho de cuidar, concretamente de cuidar a una persona con demencia, ocasiona un impacto negativo en la salud mental del cuidador, aumentando el riesgo de padecer patologías mentales ⁶.

En la Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, se define la demencia como “un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido que afecta a más de un dominio cognitivo, que representa un declinar respecto a un nivel previo, y que es lo bastante grave como para afectar al funcionamiento personal y social”. Diversos estudios epidemiológicos apuntan a la edad como el principal factor de riesgo para desarrollar una demencia, duplicándose tanto la prevalencia como la incidencia cada cinco años a partir de los 65 años ⁷. La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente, constituye el 60-70% de los casos ⁸. El Alzheimer es una enfermedad que gradualmente destruye la memoria de la persona, así como su habilidad para aprender, razonar, hacer juicios, comunicarse y realizar las actividades de la vida diaria ⁵

A día de hoy, la enfermedad de Alzheimer es una demencia que constituye un verdadero problema tanto sanitario como social y que afecta no sólo a la persona que la padece, sino también a su entorno familiar, puesto que en más del 80% de los casos es la familia la que se hace cargo del cuidado del enfermo⁹, estos familiares constituyen un grupo de riesgo que debe ser atendido por los servicios sociosanitarios¹⁰, debido a que presentan un riesgo elevado de padecer problemas emocionales y trastornos psiquiátricos^{11,12}. Las personas cuidadoras de enfermos de Alzheimer desarrollan niveles más altos tanto de depresión como de ansiedad ^{13,14}, a causa de la carga emocional que supone la desestructuración de la personalidad del enfermo^{11, 12}.

Jones, Pearlin, Pushkar, Semple y Skaff han demostrado en sus estudios la relación entre las características de los adultos mayores con demencia y sus cuidadores principales modulando las consecuencias experimentadas por el cuidador. Además, demostraron que la severidad de las consecuencias de la enfermedad aumenta el nivel de estrés de las personas cuidadoras ^{15, 16, 17}.

En general, muchas personas cuidadoras de familiares con Alzheimer experimentan un incremento tanto en los síntomas de depresión como de ansiedad, así como de la sobrecarga del cuidador ¹⁸.

En esta revisión centrará la atención en las siguientes consecuencias negativas del cuidado: ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga del cuidador. Para contextualizar, se definirá cada concepto:

- **Depresión:** Es un trastorno caracterizado por una alteración del estado de ánimo que da lugar a un predominio de un sentimiento de tristeza, acompañado por ideas recurrentes de carácter pesimista, así como sentimientos de culpa y minusvalía personal. A todo esto hay que sumar la aparición de síntomas somáticos tales como insomnio, problemas gastrointestinales, fatiga, pérdida o aumento del apetito y disminución o ausencia del deseo sexual ¹⁹.
- **Ansiedad:** En la Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, se define la ansiedad como “una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión”.
- **Sobrecarga:** Dillehay y Sandys, definen la sobrecarga como “un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar de un enfermo”
- **Estrés:** La Real Academia Española (RAE), define el estrés como “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

La existencia de estas consecuencias negativas presentes en las personas cuidadoras, hace necesario desarrollar intervenciones que ayuden a prevenir y/o reducir estos síntomas.

La evidencia sigue siendo polémica en cuanto a la eficacia de la prestación de apoyo a las personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer ²⁰. A pesar de las controversias, se ha demostrado que las intervenciones específicas que están destinadas a apoyar a estas personas cuidadoras, pueden conducir a mejoras en su salud física y mental ²¹.

La planificación de intervenciones educativas de apoyo a las personas cuidadoras familiares es una práctica habitual en el ámbito sanitario, sin embargo es importante conocer si verdaderamente estas intervenciones resultan efectivas para reducir los niveles de los principales problemas que afectan a este colectivo.

La necesidad de hacer una revisión sistemática acerca de este tema descansa en distintos motivos. El primero es que no existen revisiones que incluyan estudios españoles, con lo cual no tenemos referencias acerca de si las intervenciones que se realizan en nuestro país son efectivas. El segundo motivo es que las distintas revisiones sistemáticas realizadas sobre el tema no aportan resultados claros respecto a qué intervención sería la ideal para cada tipo de problema, ya que mientras que una revisión aboga por incluir al paciente y no sólo a la persona cuidadora en las intervenciones, y realizarlas en el domicilio ²², en otra revisión se defiende el individualizar las intervenciones para cada persona cuidadora, porque se obtienen resultados positivos respecto a disminución de la sobrecarga, además ésta en concreto concluye que la enseñanza de estrategias de afrontamiento y las sesiones educativas individuales son lo más efectivo ²³. Por otra parte, en otra revisión se afirma que las intervenciones combinadas producen una mejora significativa en cuanto a depresión y sobrecarga (Aunque se obtuvieron mayores niveles de mejora en lo referente al incremento de la habilidad y el conocimiento de los cuidadores) ²⁴. Otra revisión publicada en 2011 defiende la efectividad de la intervención de reconceptualización cognitiva (combinada con otras intervenciones), para reducir los niveles de estrés subjetivo, sin embargo este tipo de terapia no influye sobre la sobrecarga y la depresión ²⁵. Incluso una revisión realizada en 2012 concluye que se necesita más investigación para saber qué intervenciones psicosociales son eficaces para los cuidadores de personas con demencia ²⁶.

Al no haber un consenso claro sobre la efectividad de las intervenciones, y sobre qué intervenciones resultan más adecuadas y ante la variabilidad de resultados, considero necesario hacer una revisión sistemática que aborde estos temas.

Después de todo lo expuesto anteriormente, la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, el aumento de la demanda de cuidados, las consecuencias negativas que tiene el cuidado sobre los cuidadores y la falta de consenso acerca de qué intervención sería idónea para prevenir y/o reducir estas consecuencias, considero justificado y necesario hacer una revisión sistemática que aborde estos temas, para crear consenso y guiar futuras intervenciones, e incluso abrir nuevas líneas para investigaciones futuras que indaguen en

intervenciones que no hayan sido puestas en marcha, o que se hayan hecho pocos ensayos sobre ellas. La utilidad de realizar esta revisión reside en que, si conocemos qué intervenciones son más efectivas para reducir la sobrecarga, la ansiedad y los niveles de depresión en las cuidadoras familiares, esto servirá de orientación para destinar prioritariamente los recursos existentes para llevarlas a cabo, y así conseguir unos resultados favorables.

La motivación personal que guía la realización de este trabajo de revisión es la experiencia personal de haber contado en mi familia con una persona dependiente que padecía la enfermedad de Alzheimer, y haber tratado de cerca a su cuidadora, para la cual la experiencia de cuidar le acarreaba grandes problemas psicológicos porque durante dos semanas al mes tenía que convivir en soledad con una madre que no hablaba ni la recordaba. Además esta cuidadora nunca recibió ninguna intervención acerca de cómo cuidar o cómo afrontar los cambios que su madre iba a ir sufriendo a medida que la enfermedad avanzase, lo cual le generaba incertidumbre. Creo que al igual que esta persona, hay muchas más personas cuidadoras en esta situación, y que se debe hacer algo por cambiar esta situación, hacer llegar las intervenciones a un mayor número de personas, ser proactivos y sobretodo ir con la seguridad de que la intervención que vayas a realizar es la óptima para reducir los problemas psicológicos que acarrearán las personas cuidadoras.

2. METODOLOGÍA

2.1 Objetivo

El objetivo de este trabajo consistirá en conocer la efectividad de las intervenciones educativas de carácter preventivo orientadas a personas cuidadoras informales (concretamente que tengan relación de parentesco, es decir, familiares) de pacientes con demencia de tipo Alzheimer. Para comprobar esta efectividad se medirá la disminución de los niveles de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga del cuidador.

2.2 Diseño

El diseño que seguirá el presente trabajo será el de una revisión sistemática sin meta-análisis

2.3 Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión de la literatura publicada sobre el tema, buscando en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: PUBMED, PsycINFO, CINAHL, CUIDEN PLUS, Cochrane Library, LILACS e IME.

A continuación se detallará la estrategia de búsqueda concreta que se siguió en cada base de datos.

PUBMED

Para la búsqueda en Pubmed se utilizaron los términos del MeSH: Health Education, Treatment Outcome, Caregivers, Anxiety, Psychological Stress, Depression y Alzheimer Disease, combinados con otros términos (limitados a título y resumen) y usando el filtro de “Clinical Trial”, en la siguiente cadena de búsqueda:

(Health Education[mh] OR Health Educat*[Tiab] OR Intervent*[Tiab] OR Treatment Outcome[mh] OR Treatment Outcome*[Tiab] OR Treatment effectiveness[Tiab] OR effectiveness[Tiab] OR Treatment efficacy[Tiab] OR Educat*[Tiab]) AND (Caregivers[mh] OR Caregiv*[Tiab] OR Carer*[Tiab]) AND (negative consequences[Tiab] OR Anxiety[mh] OR Anxiet*[Tiab] OR nervousness[Tiab] OR Psychological Stress[mh] OR Anguish[Tiab] OR Mental Suffering[Tiab] OR Depression[mh] OR depress*[Tiab] OR Depressive

Symptoms[Tiab] OR emotional depression[Tiab] OR Burden[Tiab] OR strain[Tiab] OR overload[Tiab]) AND (Alzheimer Disease[mh] OR Alzheimer[Tiab])

La fecha de la búsqueda fue el 29/01/14 y se obtuvieron 163 resultados.

PsycINFO

Para la búsqueda en PsycINFO (que se realizó el día 31/01/14), se utilizaron los términos de su tesoro, conocidos como "Subjects", los cuales fueron los siguientes: Health Education, Treatment Outcomes, caregivers, Anxiety, Stress, Depression Emotion, Caregiver burden y Alzheimer's Disease, se combinaron con otros términos (los cuales fueron limitados al resumen) y se usó la siguiente cadena de búsqueda:

(SU(Health Education) OR AB(Health Educat*) OR AB(Intervent*) OR SU(Treatment Outcomes) OR AB(Treatment Outcom*) OR AB(Treatment effectiveness) OR AB(Effectiveness) OR AB(Treatment Efficacy) OR AB(Educat*)) AND (SU(caregivers) OR AB(Caregiv*) OR AB(Carer*)) AND (AB(Negative consequences) OR SU(Anxiety) OR AB(Anxiet*) OR AB(Nervousness) OR SU(Stress) OR AB(Anguish) OR AB(Mental Suffering) OR SU(Depression Emotion) OR AB(Depress*) OR AB(Depressive Symptoms) OR AB(Emotional depression) OR SU(Caregiver burden) OR AB(Strain) OR AB(Overload)) AND (SU(Alzheimer's Disease) OR AB(Alzheimer))

Con ésta cadena se obtuvieron 598 resultados.

CINAHL

Para la búsqueda en CINAHL (que se realizó el día 2/2/14), se utilizaron los siguientes términos de su tesoro (conocido como CINAHL Heading): Health Education, Treatment Outcomes, caregivers, Anxiety, Stress, Depression, Caregiver burden y Alzheimer's Disease, combinados con otros términos que fueron limitados al resumen, en la siguiente cadena de búsqueda:

(MH Health Education OR AB Health Educat* OR AB Intervent* OR MH Treatment Outcomes OR AB Treatment Outcom* OR AB Treatment effectiveness OR AB Effectiveness OR AB Treatment Efficacy OR AB Educat*) AND (MH caregivers OR AB Caregiv* OR AB Carer*) AND (AB Negative consequences OR MH Anxiety OR AB Anxiet* OR AB Nervousness OR MH Stress OR AB Anguish OR AB Mental Suffering OR MH Depression OR AB Depress* OR AB Depressive Symptoms OR AB Emotional depression OR MH Caregiver burden OR AB Strain OR AB Overload) AND (MH Alzheimer's Disease OR AB Alzheimer)

En ésta base de datos de obtuvieron 30 resultados.

CUIDEN PLUS

En CUIDEN PLUS se llevó a cabo la búsqueda el día 5/2/14, utilizando las siguientes palabras clave de su base de datos: Cuidadores e Intervenciones, combinándolos con el operador booleano “AND”, con lo cual se buscó usando esta cadena:

Cuidadores AND Intervenciones

Con la cual se obtuvieron 155 resultados

Cochrane Library

La búsqueda en Cochrane Library se realizó el día 10/2/14, utilizando la siguiente cadena de búsqueda y con el filtro de “Trials” activado:

(Health Education OR Health Educat* OR Intervent* OR Treatment Outcome OR Treatment Outcome* OR Treatment effectiveness OR effectiveness OR Treatment efficacy OR Educat*) AND (Caregivers OR Caregiv* OR Carer*) AND (negative consequences OR Anxiety OR Anxiet* OR nervousness OR Psychological Stress OR Anguish OR Mental Suffering OR Depression OR depress* OR Depressive Symptoms OR emotional depression OR Burden OR strain OR overload) AND (Alzheimer Disease OR Alzheimer)

En ésta búsqueda se obtuvieron 186 resultados.

LILACS

Para la búsqueda el LILACS (llevada a cabo el día 12/2/14), se utilizaron los siguientes términos del DECS, combinados en la siguiente cadena de búsqueda:

(tw:(Intervenciones educativas OR Intervenciones OR Intervenc\$ OR Intervencion\$ Educat\$ OR Educación para la salud OR Resultados de tratamiento OR Resultad\$ Tratamient\$ OR Efectividad OR Eficacia OR Educación)) AND (tw:(Cuidadores OR Cuidador\$ OR Cuidador familiar OR Cuidador\$ Familiar\$)) AND (tw:(Enfermedad de Alzheimer OR Alzheimer OR Pacientes con Alzheimer OR Familiares con Alzheimer))

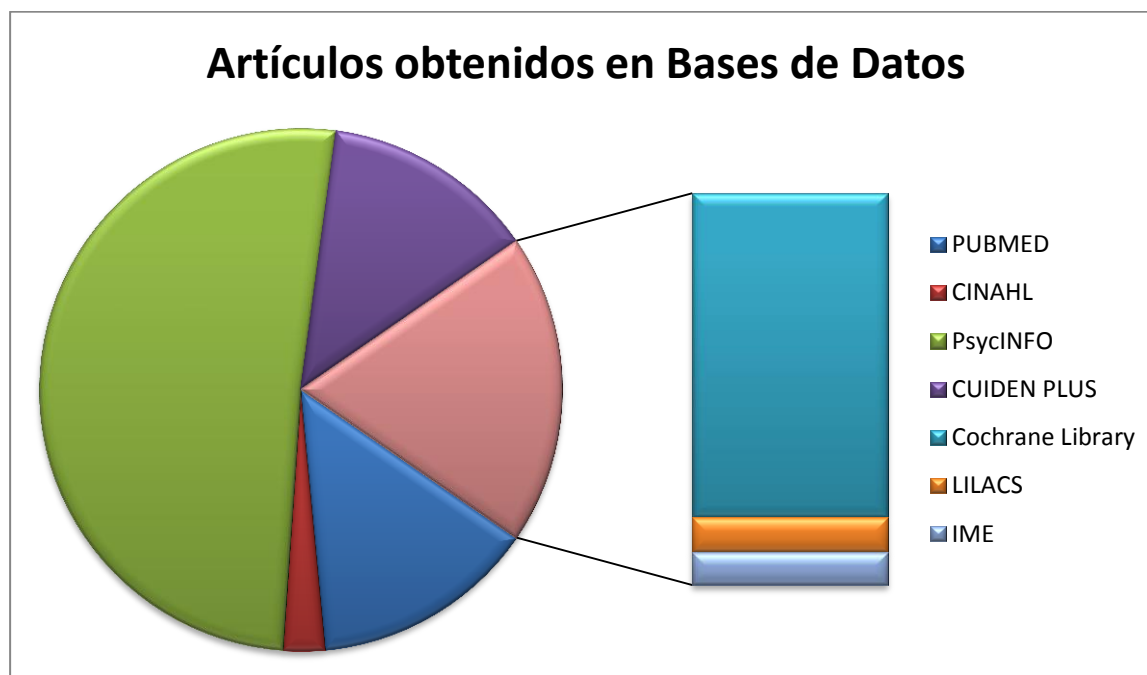
En este caso se obtuvieron 20 resultados.

IME

La búsqueda en el Instituto Médico Español se realizó el día 14/2/14, y se llevó a cabo utilizando la búsqueda avanzada por índices, combinando los términos “Cuidadores” y “Alzheimer”, restringiendo ambos a título en español, con lo que se obtuvieron 19 resultados.

A continuación, en la ilustración 1 se detalla el desglose de artículos obtenidos en cada base de datos

Ilustración 1. Desglose de Artículos obtenidos en cada Base de datos



2.4 Criterios de Inclusión y de Calidad

Para la selección de los artículos se usaron tanto criterios de inclusión como criterios de calidad. Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes:

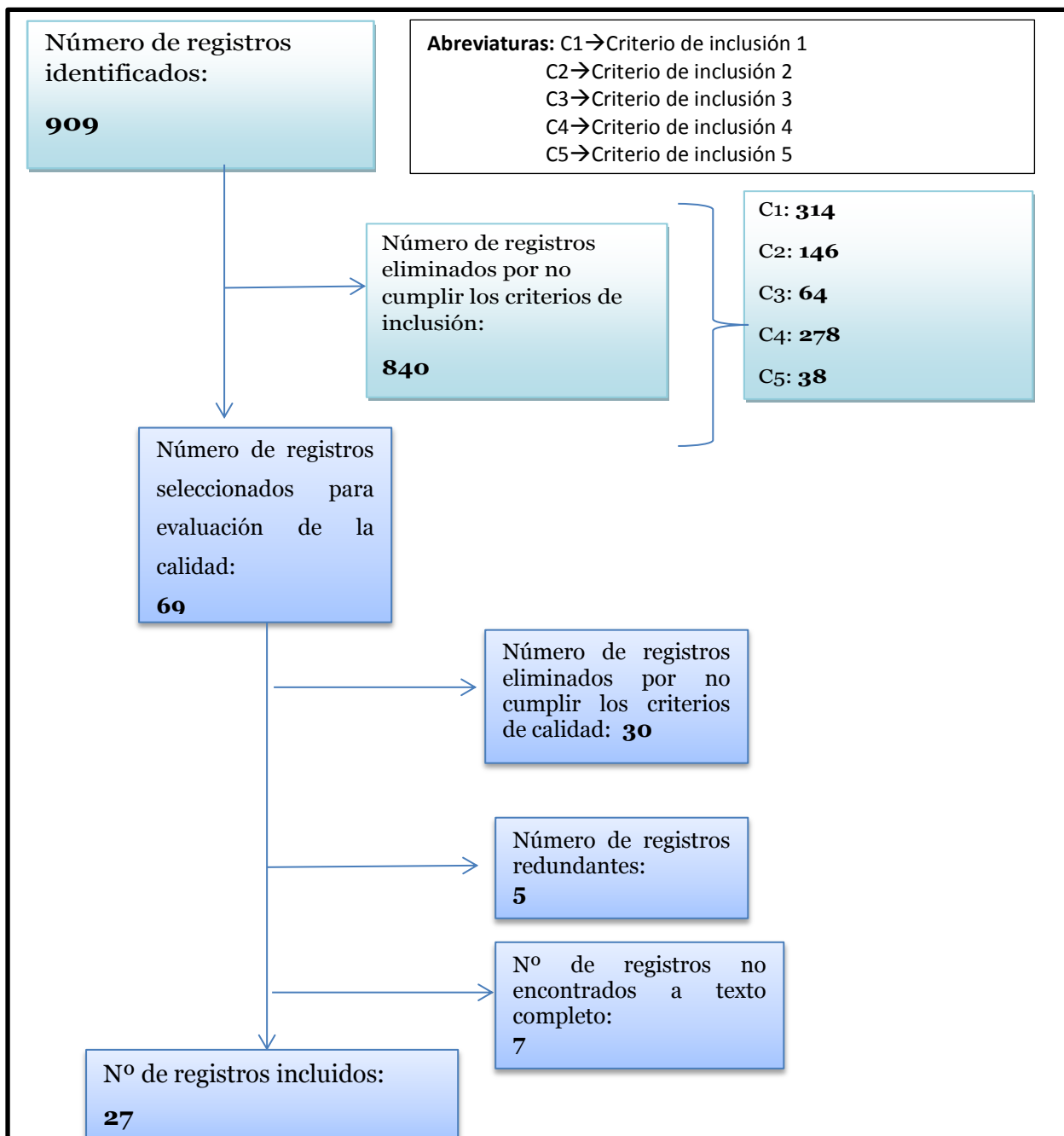
1. Tipo de estudio: Estudio original con metodología cuantitativa
2. Población: Personas Cuidadoras informales
3. Población: El familiar cuidado padece enfermedad de Alzheimer
4. Problema de investigación: Intervenciones educativas dirigidas a estas personas cuidadoras
5. Cuestión concreta de estudio: La relación entre esas intervenciones y las consecuencias negativas del cuidado.

Como criterio de calidad se eligió como criterio que en los estudios se especificase los instrumentos de medida utilizados, ya sean escalas, cuestionarios, test etc., lo que sirve para controlar el sesgo de clasificación en los estudios aceptados.

2.5 Descripción general de los resultados de la búsqueda

Tras eliminar todos los duplicados, el número total de artículos fue de 909, los cuales fueron revisados para comprobar cuáles cumplían los criterios de inclusión y cuáles no, y por lo tanto no eran relevantes para el estudio, Tras esta primera criba se eliminaron 840 artículos, con lo cual pasaron a ser revisados para cumplir los criterios de calidad sólo 69, de los cuales fueron eliminados 30 por no cumplir dichos criterios. El número final de artículos incluidos en la revisión fue de 27.

Ilustración 2. Diagrama de flujo



2.6 Método de análisis empleado

El método empleado para analizar los resultados ha sido el conteo de votos, utilizando el test del signo para las discrepancias. El conteo de votos consiste en ver el número de estudios con asociación positiva, negativa y/o sin asociación entre las variables estudiadas ²⁷. El test del signo permite demostrar que el número de estudios con un resultado determinado, es significativamente mayor que el resultado contrario, es decir, mayor que el esperado por azar ²⁷.

3. RESULTADOS

Los resultados hallados en los estudios se expondrán en forma de tabla, separando por epígrafes las intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad, las dirigidas a reducir la sobrecarga, las diseñadas para reducir la depresión y las diseñadas para reducir el estrés de las personas cuidadoras.

Las intervenciones encontradas han sido las siguientes: programas educativos, entrenamiento en conciencia plena, entrenamiento de habilidades, terapias y programas cognitivo-conductuales, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, apoyo informativo, intervenciones psicoeducativas, apoyo telefónico y visitas domiciliarias, respiro familiar junto con una intervención inteligente, consejo mínimo, entrenamiento en estrategias de regulación emocional, intervención conductual multicomponente y talleres psicoeducativos.

3.1 Ansiedad

En este apartado, aunque todos los estudios encuentran resultados positivos con las intervenciones (reduciendo los niveles de ansiedad), únicamente en dos de ellos las diferencias son estadísticamente significativas. En el estudio de Franco et al²⁸, se aplicó un programa de conciencia plena en un grupo experimental compuesto por 19 sujetos, los cuales recibieron 10 sesiones a lo largo de 10 semanas, con 2 horas de duración por sesión, en las cuales se trabajó el aprendizaje y la práctica diaria de una técnica denominada como “meditación fluir”, el objetivo de esta técnica consiste en aceptar cualquier pensamiento, imagen o sensación que surja de forma espontánea. La meditación fluir se combinó con la exposición y el debate de varias metáforas de la terapia de aceptación y compromiso. Otro componente del programa al que fue sometido el grupo experimental fue la realización de

ejercicios de body scan (exploración corporal). El programa se adaptó a las particularidades de cada persona cuidadora, buscando ejemplos de las vivencias personales de cada una. Además de encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pretest y posttest, la magnitud del cambio (medida con la d de Cohen) fue muy importante.

El otro estudio en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue en el de Akkerman et al ²⁹. En este estudio, se pone en marcha una terapia cognitivo-conductual durante nueve semanas en un grupo experimental formado por 18 personas cuidadoras que ya padecían de ansiedad. Esta terapia consistió en clases didácticas sobre el desarrollo de aptitudes, también se utilizó un modelo multidimensional para hacer frente a los distintos componentes asociados con la ansiedad de los cuidadores. Tras la intervención, se produjo una medición a las 10 semanas de finalizar la misma, que arrojó resultados estadísticamente significativos de reducción de los niveles de ansiedad en las personas cuidadoras del grupo experimental (Las medidas se hicieron con la Hamilton Anxiety Scale).

En el resto de estudios, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, por lo que no se puede afirmar que los resultados se deban a la intervención y no al azar.

En la tabla 1 se exponen detalladamente los resultados obtenidos en este apartado, desglosados por estudios.

Tabla 1 Resultados para la Ansiedad

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Franco,C. et al ²⁸ . 2010.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	36	Sí (No recibe intervención)	Entrenamiento en conciencia plena.	Beneficia	P<0,05	D de Cohen	1,51	Cambios muy importantes en el nivel de ansiedad post-intervención
Akkerman, R.L. et al ²⁹ 2004.	Ensayo Clínico Aleatorizado	38	Sí (Permaneció en lista de espera)	Terapia cognitivo-conductual	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción del nivel de ansiedad en el grupo experimental a niveles normales, y aumento del mismo en el grupo control
Kuzu,N. et al ³⁰ . 2005	Cuasi experimento de series de tiempo	64	No	Programa educativo integral reforzado con un componente individual	Beneficia	---	---	---	Reducción del nivel de ansiedad, medido con la escala “Beck Anxiety Inventory”
Bourgeois, Michelle S et al ³¹ 2002.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	63	Sí (Se emula un grupo de apoyo)	Entrenamiento de habilidades	Beneficia	p>0,05	---	---	Reducción del nivel de ansiedad en el posttest inmediato
Negovanska,V. et al ³² 2011.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	16	Sí (Recibió la intervención usual)	Programa cognitivo-comportamental	Beneficia	---	---	---	Reducción del nivel de ansiedad en el grupo experimental
Livingston, Gill et al ³³ 2013.	Ensayo Clínico Aleatorizado	260	Sí (Recibió Atención Habitual)	Programa de estrategias de afrontamiento	Beneficia	p>0,05	Odds Ratio	0,30	Disminución del nivel de ansiedad en el grupo experimental
Walton, Charlen F. ³⁴ 1996.	Ensayo Clínico Aleatorizado	57	Sí (No recibió intervención)	Apoyo informativo	Beneficia	p>0,05	---	---	Disminución del nivel de ansiedad en el grupo experimental

3.2 Depresión

Los resultados obtenidos en este epígrafe muestran cierto grado de heterogeneidad, ya que hay un estudio que perjudica, concretamente el cuasi experimento de series de tiempo realizado por Lopes, Lais de Oliveira et al ³⁵, en el cual se llevaba a cabo una intervención psicoeducativa que consta de 15 sesiones, en las cuales se pretendía conocer el proceso de la enfermedad y las distintas realidades de atención. En cada sesión se abordó un tema relacionado con la demencia, para posteriormente tener un tiempo de preguntas, reflexiones, relatos sobre experiencias personales etc. Las cuidadoras (mujeres) que participaron en esta intervención presentaron un aumento no significativo de los síntomas depresivos, sin embargo los cuidadores (hombres), presentaron una reducción no significativa de los mismos.

Por otro lado, en otro cuasi experimento de series de tiempo, esta vez realizado por Kuzu et al.³⁰, se evaluó el efecto de un programa educativo integral reforzado con un componente individual, que trataba acerca de los problemas que pueden darse en personas cuidadoras de mayores con Alzheimer, no se disponen de datos de significación estadística, pero según el estudio hubo una reducción de la puntuación de depresión (medida con la escala de depresión de Beck) después de la intervención.

Siguiendo con los cuasi experimentos de series de tiempo, Burgio et al ³⁶ llevaron a cabo uno en el cual se realizó una versión condensada de la intervención REACH (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health), conocida como REACH OUT, que consistió en realizar 4 visitas domiciliarias y 3 llamadas de teléfono en un periodo de 3 meses, durante los mismos las personas cuidadoras recibieron información acerca de la naturaleza de la demencia, el rol del cuidador, el estrés asociado con los cuidados y los efectos adversos que tiene sobre el cuerpo humano. Además, con el permiso de las personas cuidadoras, el administrador de la intervención recorrió la casa señalando los problemas de seguridad, tales como el tipo de calzado que llevaba la persona cuidada por ejemplo. Las visitas domiciliarias fueron suplementadas por tres llamadas telefónicas terapéuticas que se desarrollaron entre cada visita. En este estudio se encontró una reducción significativa del nivel de depresión de las personas cuidadoras.

En este epígrafe también se encuentra el estudio de Franco et al²⁸, que ya fue descrito en el apartado anterior, y que también tiene resultados estadísticamente significativos de reducción de la depresión en las personas cuidadoras.

Arritxabal et al³⁷, en su cuasi experimento de grupo control no equivalente analiza la eficacia de una intervención basada en el entrenamiento en estrategias de regulación emocional. Las personas cuidadoras de enfermos de Alzheimer que tomaron parte en el grupo experimental fueron distribuidos en 3 subgrupos de 6 cuidadores en 2 de ellos y 8 en el tercero, el grupo control se formó con 32 cuidadores que permanecieron en lista de espera. Mediante esta intervención se buscó instruir a las personas cuidadoras en estrategias de regulación emocional que permitiesen cambios en las emociones a través de cambios en los estilos de pensamiento. El programa psicoeducativo se desarrolló en 10 sesiones, con un protocolo de sesiones que consistía en dar información a las personas cuidadoras, a la vez que se les entrenaba en habilidades y estrategias de modificación emocional. No todo el trabajo se reducía a las sesiones, ya que el modulador de la sesión proponía ejercicios y actividades para realizarlos en casa, con el objetivo de facilitar un aprendizaje continuo. Al realizarse un contraste de medias después de la intervención, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción de la depresión de las personas cuidadoras.

En el cuasi experimento de grupo control no equivalente llevado a cabo por Bourgeois et al³¹, se pone en marcha una intervención de 12 semanas de duración, en la cual se trabaja con un grupo de entrenamiento de habilidades centrado en el paciente, y otro centrado en las habilidades de la persona cuidadora, lo cual hace un total de dos grupos experimentales y un tercer grupo control en el cual se emuló un grupo de apoyo. Las personas cuidadoras asignadas al grupo de entrenamiento en habilidades centradas en el paciente, recibieron educación sobre la enfermedad de Alzheimer, principalmente acerca de los problemas de comportamiento que puede presentar el familiar. Las personas cuidadoras asignadas al segundo grupo experimental, recibieron sesiones cuyo tema principal era el cambio personal, de esta forma se los entrenaba en técnicas de relajación, resolución de problemas, etc. Estas sesiones tuvieron una duración de dos semanas, entre las semanas 3 y 12 de intervención, un entrenador visitaba a cada persona cuidadora durante una hora en su propia casa, con el objetivo de individualizar la adquisición de habilidades según las necesidades de la persona cuidadora. En los dos grupos experimentales se obtuvieron

cambios estadísticamente significativos, reduciéndose los niveles de depresión de las personas cuidadoras.

Mittelman et al ³⁸ realizaron un cuasi experimento de grupo control no equivalente en el que se ponía en marcha un programa de consejo y apoyo en el que participaron 192 personas cuidadoras que fueron asignadas al grupo de tratamiento (103) o al grupo control (103). Los componentes del grupo de intervención recibieron en primer lugar una sesión de consejo individual (esta sesión tuvo lugar inmediatamente después de pasar a formar parte del programa), esta sesión fue seguida de cuatro sesiones de consejo familiar cuyo objetivo era resolver los problemas que no se hubiesen solventado durante la primera sesión, tras estas sesiones, a los cuatro meses de seguimiento, las personas cuidadoras pasaron a formar parte de un grupo de apoyo que se reunía regularmente. Un último componente de la intervención consistió en la conocida como “consulta informal”, que servía tanto para las personas cuidadoras como para cualquier miembro de la familia. Los consejeros estaban disponibles por teléfono todo el tiempo para resolver crisis y enfatizaban la necesidad de los cuidadores de cuidar de ellos mismos y de buscar atención médica para sí mismos al igual que la buscaban para los familiares a los que cuidaban. Por otro lado las personas cuidadoras del grupo control recibieron sólo la asistencia standard prestada en el NYU-ADRC, que incluye información sobre recursos, pero no una intervención activa ni el consejo formal. El nivel de depresión de las personas cuidadoras se midió con la escala geriátrica de depresión. A los 4 meses de seguimiento la mayoría de las personas cuidadoras cambió significativamente el nivel de depresión, reduciéndose en 2 y 3 puntos de la puntuación que presentaban al principio.

En otro cuasi experimento de grupo control no equivalente realizado por Negovanska et al ³², se llevó a cabo un programa cognitivo-comportamental en el cual se compararon dos intervenciones diferentes, por un lado los participantes en el grupo experimental participaron en el programa multidisciplinar, por otro lado los participantes asignados al grupo control recibieron la asistencia habitual. El programa multidisciplinar incluye consultas bianuales con un neurólogo, un neuropsiquiatra y un psicólogo, además de una reunión anual y una intervención psicoeducativa, basada en las teorías cognitivo conductuales, centrada en la resolución de problemas la adaptación de estrategias y la prevención de la depresión y la ansiedad. El nivel de depresión fue medido con la escala de depresión Montgomery and Asberg, y fue menor en el grupo de intervención multidisciplinar que en

grupo de la intervención neurológica clásica (recibida por el grupo control), sin embargo no se disponen de datos de significación estadística.

Mittelman et al ⁶, pusieron en marcha un ensayo clínico aleatorizado en el que se combinaba una intervención psicoeducativa para las personas cuidadoras, junto con un tratamiento farmacológico con donezepil para el paciente con Alzheimer. Mientras que en grupo control las personas cuidadoras sólo recibían información acerca de recursos y ayuda en las emergencias, y los pacientes recibían el tratamiento farmacológico, en el grupo experimental se llevó a cabo una intervención psicoeducativa con las personas cuidadoras, que consistió en 5 sesiones de consejo (una de ellas individual, seguida de 3 en las que se incluía a miembros de la familia, y otra sesión individual), además durante todo el estudio las personas cuidadoras tenían la posibilidad de acceder a consejo mediante contacto telefónico. Aunque se produjo una reducción de los niveles de depresión en la medición post-intervención (que se realizó con el “Beck Depression Inventory”), ésta reducción no fue estadísticamente significativa.

Mittelman et al ³⁹ desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado, en el cual 406 personas cuidadoras fueron asignadas aleatoriamente a un grupo experimental (en el cual recibieron durante 6 sesiones consejo y apoyo, además de participar en un grupo de apoyo 4 meses después del comienzo de la intervención) o a un grupo control (donde recibían atención usual. Los resultados obtenidos fueron estadísticamente significativos, reduciéndose los niveles de depresión en el grupo experimental.

En otro ensayo clínico, esta vez cuya realización corrió a cargo de Gaugler et al ⁴⁰, se comprobó la efectividad del consejo y el apoyo sobre la reducción de los síntomas depresivos. En este caso, el grupo de intervención (203 personas cuidadoras) recibió tanto consejo individual como familiar (durante los cuatro meses de seguimiento 6 sesiones en total, 2 con el cuidador sólo, y 4 con al menos un miembro de la familia, el familiar con Alzheimer no participaba en estas sesiones), además de participar en un grupo de apoyo. Mientras que el grupo control (203 personas cuidadoras), recibieron el cuidado habitual, que consistía en no recibir sesiones de consejo formal y en que sus familiares no tuviesen contacto con los consejeros del estudio. Hubo una reducción significativa de los síntomas depresivos (medidos con la escala de depresión geriátrica), en el grupo de intervención después de la misma.

Siguiendo con el grupo de los ensayos clínicos aleatorizados, en este caso Livingston et al ³³ realizaron un programa de estrategias de afrontamiento que consistía en 8 sesiones psicoeducativas sobre demencia, sobre cómo entender al familiar que se está cuidando, estrategias de manejo de comportamiento, técnicas de relajación etc. Las puntuaciones totales de depresión después de la intervención fueron significativamente menores en el grupo de intervención que en el grupo control.

Al hilo de los ensayos clínicos aleatorizados, es oportuno también desarrollar el realizado por Mohide ⁴¹, que aplicó en el grupo de intervención una intervención cognitivo-conductual que consistía en 3 sesiones de educación para cuidadores, 6 sesiones de manejo del estrés, y 5 sesiones de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, por otro lado el grupo control recibió la “Camberwell Family Interview (CFI)” que consistió en una sesión de entrevista catártica (esta entrevista también fue aplicada al grupo de intervención). El nivel de depresión se midió con la escala “Beck Depression Inventory” y fue significativamente menor en el grupo de intervención en la medición post-intervención.

Waldorff et al ⁴², investigaron acerca de la eficacia de una intervención psicoeducativa mediante un ensayo clínico aleatorizado. En esta intervención, se administraron 7 sesiones de consejo, 5 cursos de enseñanza y una intervención adicional que incluía tanto a paciente como a la persona cuidadora, el grupo control sólo recibía apoyo. Los niveles de depresión (controlados con la escala de depresión geriátrica), fueron menores en el grupo de intervención, pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

En el ensayo clínico aleatorizado realizado por Walton, Charlen ³⁴, se pone en marcha una intervención basada en el apoyo informal, donde el grupo experimental recibió entre 2 y 3 horas de sesiones informales durante más de dos meses, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control (que no recibía intervención).

Un ensayo clínico aleatorizado digno de destacar es el que en 2006 llevaron a cabo Belle et al ⁴³, donde 3 grupos de personas cuidadoras de distintos grupos raciales recibieron una misma intervención y se estudiaron las diferencias por separado. Cada grupo racial fue aleatoriamente asignado al grupo de intervención o al grupo control. La intervención incluía 12 sesiones (9 en casa y 3 telefónicas), así como 5 grupos de soporte estructurados telefónicos, además de esto se les entregó a los cuidadores materiales educativos. En las dos primeras sesiones a domicilio se orientó a los participantes acerca del estudio, los materiales

educativos, el sistema telefónico y las llamadas de los grupos de apoyo. El objetivo de las intervenciones a domicilio restantes fue desarrollar la habilidad de personas cuidadoras para manejar los problemas de conducta del familiar con Alzheimer, así como su propio estrés y bienestar emocional. En el grupo control sólo se recibió un paquete de materiales educativos y dos breves llamadas telefónicas. En los 3 grupos raciales estudiados (blancos, latinos y negros) se encontró una disminución significativa del nivel de depresión (medido con la escala “Center of Epidemiologic Studies Depression Scale”) post-intervención.

Otro ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en 2010 por Elliott et al ⁴⁴, también contaba con tres grupos raciales. Cada grupo fue asignado al grupo de intervención o al grupo control. En el grupo de intervención recibieron una intervención individualizada basada en una evaluación de riesgos realizada durante las entrevistas pre-intervención, la intervención estaba estructurada en 12 sesiones (9 visitas domiciliarias y 3 llamadas telefónicas) además de 5 sesiones con grupos de apoyo telefónicos estructurados. A los participantes del grupo control se les envió por email un paquete de materiales educativos y recibieron dos llamadas telefónicas breves a los 3 y a los 5 meses después de ser asignados al grupo. El nivel de depresión fue medido con la escala “Center of Epidemiologic Studies Depression Scale” y fue significativamente menor en la medida post-intervención en todos los grupos raciales del grupo experimental frente al grupo control.

Dejando de lado los ensayos clínicos aleatorios, ahora pasaremos a exponer los resultados de los dos estudios longitudinales con los que contamos.

Por un lado tenemos el estudio de Buckwalter et al ⁴⁵, donde se desarrolla una intervención psicoeducativa diseñada para enseñar a personas cuidadoras a manejar los problemas de conducta de su familiar enfermo de Alzheimer. Las 245 personas cuidadoras fueron asignadas a un grupo experimental (que recibió la intervención) o a un grupo control (que recibió la información de rutina). Se utilizó la escala de depresión geriátrica para medir la puntuación de depresión, que descendió en el grupo experimental después de la intervención, no se cuentan con datos de significación estadística.

El otro estudio longitudinal con el que contamos en este epígrafe es el que realizó en 2007 Smith ⁵, donde sólo hay un grupo experimental (82 miembros), sin grupo control, que es el que recibe una intervención psicoeducativa. Dentro de esos 82 miembros, 22 fueron asignados a la “intervención inteligente” (donde recibieron un manual educativo y un CD-ROM con información educativa), 41 recibieron bono de respiro familiar (\$1000) por familia,

y 19 participaron en ambas intervenciones. El nivel de depresión se midió con “The Client Intake Form”. En los 3 grupos se produjo un descenso significativo del nivel de depresión.

En la tabla 2 se detallan los resultados obtenidos en este epígrafe, desglosados por estudios.

Para el análisis de resultados de depresión se ha utilizado el método del test del signo para comprobar si una intervención psicoeducativa que daña, es significativamente menor que el resto que benefician, el resultado fue de una $p < 0,05$, por lo que el número de estudios que obtienen beneficio es significativamente mayor al que obtiene daño.

Tabla 2 Resultados para la Depresión

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Lopes, Lais de Oliveira et al ³⁵ 2013.	Cuasi experimento de series de tiempo	14 Mujeres	No	Intervención psicoeducativa	Daña	p>0,05	---	---	En la medida post-intervención, se observó un aumento de los síntomas depresivos en las cuidadoras
Lopes, Lais de Oliveira et al ³⁵ 2013.	Cuasi experimento de series de tiempo	7 Hombres	No	Intervención psicoeducativa	Beneficia	p>0,05	---	---	En la medida post-intervención, se observó un descenso de los síntomas depresivos en los cuidadores
Kuzu,N. et al. ²⁸ 2005.	Cuasi experimento de series de tiempo	32	No	Programa educativo integral reforzado con un componente individual	Beneficia	---	---	---	Al finalizar el programa, se encontró un descenso de los síntomas depresivos en los cuidadores
Burgio,Louis D. et al ³⁶ 2009.	Cuasi experimento de series de tiempo	236	No	3 llamadas de teléfono y 4 visitas domiciliarias	Beneficia	P<0,05	D de Cohen	0,22	Tras la intervención se produjo una reducción de los síntomas depresivos

Tabla 3 Resultados para la Depresión (bis)

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Franco,C. et al ²⁹ 2010.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	36	Sí (No recibe intervención)	Entrenamiento en conciencia plena.	Beneficia	P<0,05	D de Cohen	1,54	Tras la intervención se produjo una reducción de los síntomas depresivos
Arritxabal, Irgone Etxeberria et al ³⁷ 2011.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	52	Sí (Permaneció en lista de espera)	Entrenamiento en estrategias de regulación emocional	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de los síntomas depresivos post-intervención
Bourgeois, Michelle S et al ³⁰ 2002.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	63	Sí (Se emula un grupo de apoyo)	Entrenamiento de habilidades	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción del nivel de depresión en el post-test inmediato
Mittelman, M.S. et al ³⁸ 1995.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	192	Sí (Recibió asistencia estándar)	Programa de apoyo integral	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa del nivel de depresión después de la intervención
Negovanska, V. et al ³¹ 2011.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	16	Sí (Recibió la intervención usual)	Programa cognitivo-comportamental	Beneficia	---	---	---	Reducción del nivel de depresión en el grupo experimental
Mittelman, Mary Sherman et al ⁶ 2008.	Ensayo Clínico Aleatorizado	158	Sí (información sobre recursos para el cuidador y tto farmacológico para el paciente)	Consejo mínimo, asesoramiento telefónico y tto farmacológico para el familiar con Alzheimer	Beneficia	p>0,05	---	---	Reducción no significativa del nivel de depresión de los cuidadores
Mittelman, M.S. et al ³⁹ 2004.	Ensayo Clínico Aleatorizado	406	Sí (Recibieron atención habitual)	Consejo y apoyo	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción del nivel de depresión en el grupo experimental

Tabla 4 Resultados para la Depresión (bis)

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Gaugler,J.E. et al ⁴⁰ 2008.	Ensayo Clínico Aleatorizado	406	Sí (Recibió la atención habitual)	Consejo y Apoyo	Beneficia	P<0,05	---	---	La intervención tuvo un efecto significativo sobre los síntomas depresivos, reduciéndolos
Livingston, Gill et al ³³ 2013.	Ensayo Clínico Aleatorizado	260	Sí (Recibió la atención habitual)	Programa de estrategias de afrontamiento	Beneficia	P<0,05	Odds Ratio	0,24	Se produjo un descenso significativo de los síntomas depresivos
Mohide,E.A.; ⁴¹ 2001.	Ensayo Clínico Aleatorizado	42	Sí (Dos grupos controles, uno recibía una entrevista y otro nada)	Intervención cognitivo-conductual	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción de la morbilidad psicológica en el grupo experimental
Waldorff, F.B et al ⁴² 2012.	Ensayo Clínico Aleatorizado	330	Sí (Apoyo)	Intervención Psicosocial	Beneficia	P>0,05	---	---	Reducción no significativa del nivel de depresión a los 12 meses de la intervención
Walton, Charlen F. ³⁴ 1996.	Ensayo Clínico Aleatorizado	57	Sí (No recibió intervención)	Apoyo informativo	Beneficia	p>0,05	---	---	Disminución del nivel de depresión en el grupo experimental
Belle,S.H et al ⁴³ 2006.	Ensayo Clínico Aleatorizado	212 Cuidadores Hispanos o Latinos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud en domicilio y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Se produjo un descenso significativo de los síntomas depresivos
Belle,S.H et al ⁴³ 2006.	Ensayo Clínico Aleatorizado	219 Cuidadores Blancos o caucásicos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud en domicilio y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Se produjo un descenso significativo de los síntomas depresivos

Tabla 5 Resultados para la Depresión (bis)

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Belle,S.H et al ⁴³ 2006.	Ensayo Clínico Aleatorizado	211 Cuidadores Negros o Africanos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud en domicilio y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Se produjo un descenso significativo de los síntomas depresivos
Elliott,A.F. Et al ⁴⁴ 2010.	Ensayo Clínico Aleatorizado	160 Cuidadores Blancos o caucásicos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de los síntomas depresivos
Elliott,A.F. Et al ⁴⁴ 2010.	Ensayo Clínico Aleatorizado	169 Cuidadores Hispanos o Latinos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de los síntomas depresivos
Elliott,A.F. Et al ⁴⁴ 2010.	Ensayo Clínico Aleatorizado	166 Cuidadores Negros o Africanos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de los síntomas depresivos
Buckwalter, Kathleen C. Et al ⁴⁵ 1999.	Estudio Longitudinal	245	Sí (Sólo recibe información)	Intervención psicoeducativa	Beneficia	---	---	---	Descenso de la depresión en los cuidadores del grupo experimental
Smith,Sara Anne; ⁵ 2007.	Estudio longitudinal	82	No	Respiro familiar, intervención inteligente	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de los síntomas depresivos

3.3 Sobrecarga del Cuidador

Los resultados para la sobrecarga resultan homogéneos, ya que en todos los casos las intervenciones benefician, aunque presenten distintos grados de significación estadística.

En el caso del cuasi experimento de series de tiempo realizado por Miranda⁴⁶, se realizó un taller psicoeducativo de 10 sesiones con una frecuencia de una vez por semana, donde se aprendía desde a conocer los síntomas y etapas de la enfermedad de Alzheimer, hasta el entrenamiento en asertividad, expresión y manejo de la rabia, resolución de problemas,

autocuidado, redes de apoyo, manejo del estrés, etc, para 11 cuidadores familiares. El nivel de sobrecarga se midió con la escala de Zarit de sobrecarga del cuidador, y aunque el nivel descendió después de la intervención, los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Dado que los estudios realizados por Burgio et al ³⁶, Franco et al ²⁸, Arritxabal et al ³⁷, Bourgeois et al ³¹, Gaugler et al ⁴⁰, Belle et al⁴³ y Elliott et al ⁴⁴, ya han sido descritos en el epígrafe anterior, no se ha considerado necesario volver a describirlos aquí, solo cabe destacar que en todos ellos se obtienen resultados positivos y estadísticamente significativos para la sobrecarga del cuidador.

En su ensayo clínico aleatorio, Branch ⁴⁷ estudia el efecto de una intervención psicoeducativa de 6 semanas de duración sobre los cuidadores. Esta intervención consistió en 6 sesiones grupales estructuradas, donde se trató sobre enfermedades crónicas y agudas, familia y enfermedad, adaptabilidad del rol, cohesión familiar, recursos comunitarios y manejo del estrés. Para medir el grado de sobrecarga se utilizó la “Caregiver Burden Scale (CBS)”. Tras la intervención se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental (donde se redujo la sobrecarga), y el grupo control (que no recibía atención).

Otro ensayo clínico que corrió a cargo de Gonyea et al ⁴⁸, se examinó la eficacia de una intervención conductual multicomponente. Esta intervención tuvo una duración de 5 semanas, durante las cuales a los cuidadores del grupo de intervención se les enseñó técnicas específicas para manejar los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes en el entorno de sus casas. Por otra parte el grupo control recibió psicoeducación. El descenso de la sobrecarga no fue estadísticamente significativo para los cuidadores de ambos grupos.

Por último, en el estudio prospectivo llevado a cabo por Ponce et al ⁵⁰, se estudió el efecto de una intervención psicoeducativa sobre una muestra de 17 cuidadores, sin grupo control. En esta intervención el grupo se reunía una vez por semana para aprender acerca del proceso de la enfermedad y de las diferentes implicaciones del cuidado. El grupo representaba un foro de aprendizaje mutuo. Durante cada reunión, se abordó un tema importante del proceso de la enfermedad, que abría un diálogo abierto para reflexiones, preguntas, compartir experiencias, expresar miedos, preocupaciones etc. “The Caregiver Burden Scale” fue utilizada para medir los resultados antes y después de la intervención, los cuales descendieron, sin embargo este descenso no fue estadísticamente significativo.

A continuación, en la tabla 3 se detallan todos los estudios incluidos en este epígrafe, junto con las principales conclusiones de cada uno.

Tabla 6 Resultados para la Sobrecarga del Cuidador

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Miranda,Claudia ³⁶ 2003.	Cuasi experimento de series de tiempo	11	No	Taller Psicoeducativo	Beneficia	P>0,05	---	---	Disminución no significativa del nivel de sobrecarga post-intervención
Burgio,Louis D. et al ³⁶ 2009.	Cuasi experimento de series de tiempo	236	No	3 llamadas de teléfono y 4 visitas domiciliarias	Beneficia	P<0,05	D de Cohen	0,25	Tras la intervención se produjo una reducción significativa del nivel de sobrecarga
Franco,C. et al ²⁹ 2010.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	36	Sí (No recibe intervención)	Entrenamiento en conciencia plena.	Beneficia	P<0,05	D de Cohen	0,89	Cambios significativos en el nivel de sobrecarga post-intervención
Arritxabal, Iñigo Etxeberria et al ³⁷ 2011.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	52	Sí (Permaneció en lista de espera)	Entrenamiento en estrategias de regulación emocional	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de la sobrecarga de cuidador post-intervención
Bourgeois, Michelle S et al ⁴⁰ 2002.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	63	Sí (Se emula un grupo de apoyo)	Entrenamiento de habilidades	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción de nivel de sobrecarga en el post-test inmediato
Gaugler,J.E. et al ⁴⁰ 2008.	Ensayo Clínico Aleatorizado	406	Sí (Recibió la atención habitual)	Consejo y Apoyo	Beneficia	P<0,05	---	---	La intervención tuvo un efecto significativo sobre los síntomas de sobrecarga, reduciéndolos

Tabla 7 Resultados para la Sobrecarga del Cuidador (bis)

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Branch,Jimmy O et al ⁴⁷ 1996.	Ensayo Clínico Aleatorizado	38	Sí (No recibió atención)	Programa Psicoeducativo grupal	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa del nivel de sobrecarga en el grupo experimental
Gonyea,J.G. et al ⁴⁸ 2006.	Ensayo Clínico Aleatorizado	80	Sí (Recibió psicoeducación)	Intervención conductual multicomponente	Beneficia	p>0,05	---	---	Reducción no significativa de la sobrecarga de cuidador en e grupo experimental
Belle,S.H et al ⁴³ 2006.	Ensayo Clínico Aleatorizado	212 Hispanos o Latinos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud en domicilio y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa de la sobrecarga de cuidador en e grupo experimental
Belle,S.H et al ⁴³ 2006.	Ensayo Clínico Aleatorizado	219 Blancos o caucásicos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud en domicilio y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa de la sobrecarga de cuidador en e grupo experimental
Belle,S.H et al ⁴³ 2006.	Ensayo Clínico Aleatorizado	211 Negros o Africanos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud en domicilio y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa de la sobrecarga de cuidador en e grupo experimental
Elliott,A.F. Et al ⁴⁴ 2010.	Ensayo Clínico Aleatorizado	169 Hispanos o Latinos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de la sobrecarga
Elliott,A.F. Et al ⁴⁴ 2010.	Ensayo Clínico Aleatorizado	160 Blancos o caucásicos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de la sobrecarga
Elliott,A.F. Et al ⁴⁴ 2010.	Ensayo Clínico Aleatorizado	166 Negros o Africanos	Sí (Recibieron Apoyo telefónico)	Educación para la salud y llamadas telefónicas	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de la sobrecarga

Tabla 8 Resultados para la Sobrecarga del Cuidador (bis)

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Martin-Carrasco, M. et al ⁴⁹ 2009.	Ensayo Clínico Aleatorizado	115	Sí (Recibió Atención Habitual)	Intervención psicoeducativa	Beneficia	P<0,05	---	---	Cambios significativos en el nivel de sobrecarga post-intervención
Ponce, Cinthia Costa et al ⁵⁰ 2011.	Estudio prospectivo	17	No	Intervención psicoeducativa	Beneficia	p>0,05	---	---	Descenso no significativo del nivel de sobrecarga post-intervención

3.4 Estrés

En este epígrafe, las 6 intervenciones que influyen sobre el estrés de los cuidadores aportan resultados positivos, reduciendo así los niveles del mismo, sin embargo no todos los resultados son estadísticamente significativos y en algunas no se cuentan con datos de significación estadística (como es el caso del estudio realizado por Cummings et al ⁵¹).

El cuasi experimento de grupo control no equivalente llevado a cabo por Bourgeois et al ³¹, ha sido descrito en epígrafes anteriores, por lo que sólo cabe destacar que en el caso del estrés. En los dos grupos experimentales se obtuvieron cambios estadísticamente significativos, reduciéndose los niveles de estrés de los cuidadores.

El cuasi experimento de grupo control no equivalente de Arritxabal et al ³⁷, también ha sido descrito anteriormente, con lo que sólo hay que destacar que en el caso del estrés se produce un descenso significativo del estrés de los cuidadores.

Nobili et al ⁵² realizaron un ensayo clínico aleatorizado, donde se estudiaba el efecto de una intervención estructurada sobre los cuidadores. El grupo experimental recibió la intervención estructurada, mientras que el grupo control recibía la atención habitual. En los cuidadores del grupo de intervención, hubo una reducción significativa del nivel de estrés.

Los dos estudios restantes han sido ampliamente descritos en anteriores epígrafes, por lo tanto no se repetirá el contenido, sólo cabe señalar que en el caso del estudio de Walton, Charlen ³⁴, se produce un descenso no significativo del nivel de estrés de los cuidadores, mientras que en el estudio de Martin-Carrasco et al ⁴⁹, ese descenso sí que es significativo. A continuación, en la tabla 4 se desglosan todos los estudios incluidos en este epígrafe, con las características de cada uno.

Tabla 9 Resultados para el Estrés

Autor y año	Diseño	N	Grupo Control	Tipo de intervención	Hallazgos				Principales Conclusiones
					Sentido	Asociación/ Valor de p	Tamaño del efecto		
							Tipo	Valor	
Cummings,Sherry M. et al ⁵¹ 1998.	Cuasi-experimento de series de tiempo	13	No	Grupo de Apoyo psicoeducativo	Beneficia	---	---	---	Descenso de los niveles de estrés percibido después de la intervención
Bourgeois, Michelle S et al ³⁰ 2002.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	63	Sí (Se emula un grupo de apoyo)	Entrenamiento de habilidades	Beneficia	P<0,05	---	---	Descenso significativo de los niveles de estrés percibido después de la intervención
Arritxabal, Igone Etxeberria et al ³⁷ 2011.	Cuasi experimento de grupo control no equivalente	52	Sí (Permaneció en lista de espera)	Entrenamiento en estrategias de regulación emocional	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa del nivel de estrés en la medición post-intervención
Nobili,A. et al ⁵² 2004.	Ensayo Clínico Aleatorizado	39	Sí (Recibió consejo)	Educación para la salud (Intervención estructurada)	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa del nivel de estrés en la medición post-intervención
Walton, Charlen F. ³⁴ 1996.	Ensayo Clínico Aleatorizado	57	Sí (No recibió intervención)	Apoyo informativo	Beneficia	p>0,05	---	---	Reducción no significativa del nivel de estrés en la medición post-intervención
Martin-Carrasco,M. et al ⁴⁹ 2009.	Ensayo Clínico Aleatorizado	115	Sí (Recibió Atención Habitual)	Intervención psicoeducativa	Beneficia	P<0,05	---	---	Reducción significativa del nivel de estrés en la medición post-intervención

4. DISCUSIÓN

En la revisión se analizaron cuatro consecuencias negativas del cuidado (ansiedad, depresión y sobrecarga del cuidador) que actuaron como variables dependientes, relacionándolas con distintas intervenciones que tenían como objetivo prevenirlas o disminuirlas (variables independientes).

En todas las categorías excepto en la depresión, los resultados fueron homogéneos, con distintos grados de significación estadística.

4.1 Ansiedad

Para el caso de la ansiedad, existe un amplio abanico de intervenciones que se llevan a cabo, entre las que se encuentra un programa educativo integral reforzado con un componente individual realizado por Kuzu et al.²⁸, del cual no se tienen datos de significación estadística, por lo que aunque se afirme que la intervención beneficia, no sabemos si estos resultados se han debido al azar y no sería algo recomendable para llevar a la práctica, sería preferible poner en marcha una intervención de entrenamiento en conciencia plena como la que define en su cuasi experimento Franco et al.²⁹, porque en esta sí que se obtuvieron cambios muy importantes (d de Cohen=1,51) en el nivel de ansiedad post-intervención, y lo ideal es destinar los recursos a las intervenciones de las cuales se tenga certeza que van a funcionar. Aunque Bourgeois et al.³⁰ no obtuvieron tampoco resultados estadísticamente significativos, probablemente este resultado se deba al tamaño muestral, ya que asignar 63 cuidadores a dos grupos experimentales y uno de control quizás parezca algo escaso, si se ampliase el tamaño muestral quizás se encontrarían resultados positivos, ya que en otros epígrafes el entrenamiento en habilidades ha dado buenos resultados con los cuidadores.

Tanto Negovanska et al.³¹ como Akkerman et al.³² coinciden en poner en marcha terapias cognitivo-conductuales, con resultados positivos y estadísticamente significativos en el primero de ellos, lo cual completa la revisión realizada también en 2011 por Vernooij-Dassen et al.²⁶, donde también se realizaba una intervención de reconceptualización cognitiva, pero no se controló el nivel de ansiedad de los cuidadores.

4.2 Depresión

Aunque en un principio los resultados puedan parecer heterogéneos para este apartado, el número de estudios que afirman beneficio es significativamente mayor al número que afirma daño y el hecho de que el estudio discrepante sea un cuasi experimento de series de tiempo, hace que la evidencia que aporte sea nula, por tanto, hay homogeneidad en los resultados. El resto de intervenciones todas beneficiaban, y es necesario resaltar especialmente la realizada por Belle et al ⁴³ y Elliott et al ⁴⁴, ambos desarrollan intervenciones basadas en educación a domicilio y apoyo telefónico, que puede ser un buen recurso ya que tradicionalmente las intervenciones se han basado principalmente en grupos de autoayuda, y de esta manera se asegura la individualización de la educación y la adaptación a las necesidades específicas del cuidador. Además el hecho de contar con apoyo telefónico constante da una mayor tranquilidad a los cuidadores, aunque podría ser también algo que generase dependencia con respecto a los servicios sanitarios.

4.3 Sobrecarga del cuidador

En la sobrecarga del cuidador se obtuvieron resultados homogéneos, todas las intervenciones beneficiaban y muchas de ellas pertenecían a estudios comunes con la depresión. Lo cual podría indicar cierta relación entre el nivel de sobrecarga y el grado de depresión en los cuidadores. Las intervenciones predominantes en este epígrafe son las psicoeducativas, y la combinación de educación para la salud a domicilio con llamadas telefónicas.

4.4 Estrés

Por otro lado en el caso del estrés, hay que señalar la escasez de estudios que lo incluyan como variable dependiente en sí, sería necesario realizar más investigaciones en este campo. Dentro de los estudios que han sido incluidos en esta revisión, es destacable el de Bourgeois, Michelle S et al³⁰, porque mientras que para el caso del estrés se produce un beneficio estadísticamente significativo, en el caso de la depresión el beneficio no es estadísticamente significativo, lo cual quizá podría deberse a variables moduladoras dentro del estudio. Las intervenciones más numerosas en este epígrafe son las psicoeducativas, así como el entrenamiento en habilidades y estrategias de regulación emocional.

La intervención que se repite en todos los epígrafes de esta revisión es la psicoeducación, que no sólo se centra en dar contenidos educativos, sino que los completa escuchando a los cuidadores, dejándolos expresarse y compartiendo sus experiencias personales. Se ha demostrado que además es efectiva para reducir las cuatro consecuencias estudiadas en esta revisión.

Esta revisión tiene algunas limitaciones, la primera y más relevante es el hecho de que se ha realizado sin meta-análisis, lo que da lugar a posibles sesgos. Otra limitación que hay que mencionar es que en algunos artículos (una cantidad mínima), no se contaba con el texto completo, por lo que hubo que extraer los datos del resumen/abstract, lo que ha dado lugar a no contar con datos de significación estadística en algunos casos concretos.

La revisión amplía en conocimiento existente acerca de la efectividad de las intervenciones cognitivo conductuales para la reducción de la ansiedad en las personas cuidadoras. Además de esto, podría ser útil para abrir nuevas líneas de conocimiento en torno a qué intervenciones son efectivas para la reducción del estrés, ya que actualmente la bibliografía existente es escasa en este tema.

5. CONCLUSIONES

En general, a la vista de los resultados obtenidos, las intervenciones educativas (sean del tipo que sean), parecen ser útiles para reducir y/o prevenir todas las consecuencias negativas del cuidado examinadas en esta revisión (ansiedad, depresión, sobrecarga del cuidador y estrés).

Tras examinar la variedad de intervenciones incluidas en esta revisión (programas educativos, entrenamiento en conciencia plena, entrenamiento de habilidades, terapias y programas cognitivo-conductuales, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, apoyo informativo, intervenciones psicoeducativas, apoyo telefónico y visitas domiciliarias, respiro familiar junto con una intervención inteligente, consejo mínimo, entrenamiento en estrategias de regulación emocional, intervención conductual multicomponente y talleres psicoeducativos), se ha llegado a la conclusión de que no existe especificidad entre tipo de intervención y tipo de consecuencia, sino que cualquier intervención puede servir para cualquier consecuencia, ya que la mayor parte de las intervenciones, sean del tipo que sean, tienen efecto en varias consecuencias negativas del cuidado, lo verdaderamente importante

es saber elegir el tipo de intervención que mejor se adapte a los cuidadores para los que esté dirigida. A la hora de tomar decisiones clínicas sobre qué intervención poner en marcha en una población diana, sería recomendable elegir una que reduzca e mayor número posible de síntomas depresivos, de ansiedad, de sobrecarga o de estrés, ya que de esta forma se economizarían recursos y se reduciría la morbilidad psicológica de los cuidadores.

Para la práctica clínica, sería importante elegir un tipo de intervención psicoeducativa, ya que es la intervención que se repite en todos los epígrafes, y así, de este modo, si la llevamos a cabo podremos obtener beneficios en varias consecuencias negativas del cuidado, por lo que el beneficio respecto al coste sería muy alto.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ABELLÁN GARCÍA A, PUJOL RODRÍGUEZ R. “Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos”. 2013.
- (2) Armstrong P AH editor. Thinking it Through: women, work and caring in the New Millennium. : Nova Scotia Advisory Council on the Status of Women; 2001.
- (3) Crespo López M, López Martínez J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. 2008.
- (4) Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Conferencia presentada en la IV Reunión de Antropología de Mercosur. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Brasil; 2001.
- * (5) SMITH, S. Longitudinal examination of a psychoeducational intervention and a respite grant for family caregivers of persons with Alzheimer's or other dementias. 2007. Thesis., Colorado State University
- * (6) Mittelman MS, Brodaty H, Wallen AS, Burns A. A three-county randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: Effects on caregiver depression. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2008;16(11):893-904.
- (7) Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR, et al. Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. The EURODEM-Prevalence Research Group. Ann Neurol. 1991;30(3):381-90.
- (8) Qiu C, De RD, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(4):380-5.
- (9) Cacabelos R., Caamaño J, Álvarez X, Fernández L., Franco A., Enfermedad de Alzheimer. Bases moleculares, criterios diagnósticos y novedades terapéuticas- Jano Med Humanid. 1994;1103:39-64
- (10) Biurrun A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. Rev.Esp Geriatr Gerontolo. 2001;36:325-30
- (11) Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. Am J Public Health. 1997; 87:202-7
- (12) Martín M, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larrumbe MJ, et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. Actas Esp Psiquiatr. 2002; 30:201-6
- (13) Badía X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Aten Primaria. 2004;34:170-7

- (14) Esteban AB, Mesa MP. Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontolo*. 2008;43:146-53
- (15) Jones SL, Dee Roth RN, Paul MA, Jones K. Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatr Serv* 2001; 46: 141_45
- (16) Pearlin LI, Mullon JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990; 30: 583_91
- (17) Pushkar Gold D, Cohen C, Shulman K, Zuccherro C, Andres D, Etezadi J. Caregiving and dementia: predicting negative and positive outcomes for caregivers. *Int J Aging Hum Dev* 1995; 41: 183_201
- (18) Clyburn, L.D, Stones, M.J, Hadjistavropoulos, T., & Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology*, 55B, S2-S13
- (19) Martín Carrasco M. Depresión: Cómo ayudarnos a nosotros mismos. Instituto de investigaciones psiquiátricas de Bilbao.
- (20) Chiatti C, Masera F, Rimland JM, Cherubini A, Scarpino O, Spazzafumo L, et al. The UP-TECH project, an intervention to support caregivers of Alzheimer's disease patients in Italy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2013 May 28;14:155-6215-14-155.
- (21) Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*. 2008; 14 :137–172.
- (22) Padilla R., Thinnes A., Effect of educational and Supportive Strategies on the Ability of Caregivers of People with Dementia to Maintain Participation in that Role, *The American Journal of Occupational Therapy*, September/October 2011 vol. 65 no. 5 541-549
- (23) N. Beinart, J. Weinman, D. Wade, and R. Brady, Caregiver Burden and Psychoeducational Interventions in Alzheimer's Disease: A Review, *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2012 Jan-Dec, 2(1):638-648.
- (24) Duberstein P., Pinquart M, Sörensen S, How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. 2002 Jun;42(3):356-72
- (25) Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Reconceptualización cognitiva para los cuidadores de los pacientes con demencia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 11. Art. No.: CD005318. DOI: 10.1002/14651858.CD005318
- (26) Dröes RM , Meiland FJ, Van Mierlo LD, Van der Roest HG, Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jan;27(1):1-14. doi: 10.1002/gps.2694. Epub 2011 Apr 25.

(27) Pino Casado R., Frías Osuna A., Palomino Moral P.A. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. *Rev Iberoamer Enfer Com* 2014 enero-junio; 7(1):24-39.

*(28) Franco C, Sola MM, Justo E. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2010;45(5):252-258.

*(29) Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2004 Mar-Apr;19(2):117-123.

*(30) Kuzu N, Beser N, Zencir M, Sahiner T, Nesrin E, Ahmet E, et al. Effects of a comprehensive educational program on quality of life and emotional issues of dementia patient caregivers. *Geriatr Nurs* 2005 Nov-Dec;26(6):378-386.

*(31) Bourgeois MS, Schulz R, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process and outcomes. *The International Journal of Aging & Human Development* 1996;43(1):35-92.

*(32) Negovanska V, Hergueta T, Guichart-Gomez E, Dubois B, Sarazin M, Bungener C. Bénéfice d'un programme cognitivo-comportemental et pluridisciplinaire de prise en charge de la maladie d'Alzheimer sur l'anxiété du conjoint : étude française ELMMA. *Rev Neurol* 2011;167(2):114-122.

*(33) Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal* 2013;347.

*(34) Charlene F. Walton. Effects of an informational support strategy on levels of perceived stress for primary family caregivers of Alzheimer's patients.; 1996; 1996.

*(35) Lopes LdO, Cachioni M. Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer; Impact of a psychoeducational intervention on subjective well-being of caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Temas psicol (Online)* 2013 06;21(1):165-181

*(36) Burgio LD, Collins IB, Schmid B, Wharton T, McCallum D, DeCoster J. Translating the REACH caregiver intervention for use by area agency on aging personnel: The REACH OUT Program. *Gerontologist* 2009;49(1):103-116.

*(37) Etxeberria Arritxabal I, García Soler A, Silva ID, Urdaneta Artola E, Lorea González I, Díaz Veiga P, et al. Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2011;46(4):206-212.

*(38) Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Ambinder A, Mackell JA, et al. A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. 1995;35(6):792-802.

- *(39) Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004 May;161(5):850-856.
- *(40) Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *J Am Geriatr Soc* 2008 Mar;56(3):421-428.
- *(41) Mohide EA. A cognitive behavioural family intervention reduced psychiatric morbidity in caregivers of patients with Alzheimer's disease... commentary on Marriott A, Donaldson C, Tarrier N, et al. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *BR J PSYCHIATRY* 2000 Jun;176:557-62. *EVID BASED NURS* 2001 04;4(2):52-52.
- *(42) Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Rasmussen ML, Keiding N, Rishoj S, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ* 2012 Jul 17;345:e4693.
- *(43) Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja SJ, Gallagher-Thompson D, et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006 Nov 21;145(10):727-738.
- *(44) Elliott AF, Burgio LD, Decoster J. Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *J Am Geriatr Soc* 2010 Jan;58(1):30-37.
- *(45) Buckwalter KC, Gerdner L, Kohout F, Hall GR, Kelly A, Richards B, et al. A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Arch Psychiatr Nurs* 1999;13(2):80-88.
- *(46) Miranda C. Diseño y Evaluación de un Taller Psicoeducativo para Cuidadores Familiares de Pacientes con Alzheimer. *Psykhé: Revista de la Escuela de Psicología* 2003;12(1):137-143.
- *(47) Jimmy O. Branch. Effects of a multiple family group intervention with caregiving families of Alzheimer's disease patients.; 1996; 1996.
- *(48) Gonyea JG, O'Connor MK, Boyle PA. Project CARE: a randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers. *Gerontologist* 2006 Dec;46(6):827-832.
- *(49) Martin-Carrasco M, Martin MF, Valero CP, Millan PR, Garcia CI, Montalban SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 May;24(5):489-499.

*(50) Ponce CC, Ordonez TN, Lima-Silva TB, dos Santos GD, de Fátima Viola L, Nunes PV, et al. Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia* 2011;5(3):226-237.

*(51) Cummings SM, Long JK, Peterson-Hazan S, Harrison J. The efficacy of a group treatment model in helping spouses meet the emotional and practical challenges of early stage caregiving. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health* 1998;20(1):29-45.

*(52) Nobili A, Riva E, Tettamanti M, Lucca U, Liscio M, Petrucci B, et al. The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors: a randomized controlled pilot study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004 Apr-Jun;18(2):75-82.

(*) Las citas bibliográficas marcadas con asteriscos indican que son las que forman parte de la selección final de artículos seleccionados para su análisis en la revisión sistemática.