

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2015/16

Efectividad de una intervención individual para la disminución de la sobrecarga en los cuidadores informales de pacientes Alzheimer. Una revisión sistemática.

Effectivity of an individual intervention for reducing the burden in informal caregivers of patients with Alzheimer. A systematic review.

Realizado por: Raquel Ruiz Rosso.
Dirigido por: Francisco Javier Pérez Rivera.
Codirigido por: Elena Andina Díaz.

En León, a 8 de Septiembre de 2016.

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas que han hecho posible la elaboración de este trabajo con su apoyo y ayuda:

D. Francisco Javier Pérez Rivera.

D^a. Elena Andina Díaz.

D. Pedro Ángel Palomino Moral.

Y a toda mi familia y amigos, por apoyarme en todo momento de forma incondicional.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS:

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

CI: Cuidadores Informales.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorio.

Et al.: Y colaboradores.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INSALUD: Instituto Nacional de Salud.

MeSH: Medical Subject Headings.

OMS/WHO: Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

Pp.: Página.

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Estadística del Padrón 2014.

Figura 2. Diagrama de Flujo.

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Tipos de intervenciones y sus características.

Tabla 3. Combinación de Descriptores y límites usados en las base de datos: PUBMED, WEB OF KNOWLEDGE (WOS)/WEB OF SCIENCE, CUIDEN PLUS, PSYCINFO Y COCHRANE.

Tabla 4. Escala “Physiotherapy Evidence Database (PEDro)”.

Tabla 5. Puntuación según la calidad metodológica exigida por la Escala “Physiotherapy Evidence Database (PEDro)” y enumeración de los criterios que no cumple.

Tabla 6. Resumen de las variables que son evaluadas por los estudios pertenecientes a la revisión sistemática.

Índice:

1. CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	5
2. MARCO TEÓRICO.	7
2.1. <i>CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.</i>	7
2.2. <i>CUIDADORES INFORMALES. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.</i>	8
2.3. <i>CONSECUENCIAS DE CUIDAR: SOBRECARGA.</i>	9
2.4. <i>SOBRECARGA: TIPOS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.</i>	11
2.5. <i>TIPOS DE INTERVENCIONES PARA DISMINUIR LA SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON DEMENCIA: EA.</i>	12
3. OBJETIVO.	14
4. METODOLOGÍA.	14
4.1. <i>DISEÑO.</i>	14
4.2. <i>CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.</i>	15
4.2.1. <i>Estrategia de Búsqueda.</i>	15
4.2.2. <i>Criterios de inclusión.</i>	16
4.2.3. <i>Criterios de exclusión.</i>	19
5. RESULTADOS.	19
6. DISCUSIÓN.	41
7. CONCLUSIÓN.	43
8. BIBLIOGRAFÍA.	45
9. ANEXOS	55
ANEXO I. ZARIT CAREGIVER BURDEN INTERVIEW (ZCBI)	55
ANEXO II. CAREGIVER STRAIN INDEX (CSI)	56

RESUMEN:

Introducción: Las sociedades occidentales están envejeciendo de forma continuada, lo que tiene unas notables consecuencias en múltiples estructuras sociales. Las demencias y la enfermedad de Alzheimer es un problema de primera magnitud relacionado con el envejecimiento poblacional, lo constituye un problema de magnitud a nivel familiar, social y sanitario. El objetivo de este estudio es determinar la efectividad de las principales intervenciones individuales en apoyo de los cuidadores familiares de personas con Alzheimer mediante una revisión sistemática. **Metodología:** Hemos llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases Pubmed (MEDLINE), WOS, Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), SCOPUS, Cuiden Plus, Psycinfo, Dialnet, y Science Direct y una posterior revisión de la calidad metodológica aplicando la Escala PEDro. **Resultados:** Se identificaron 21 trabajos clasificados en 5 categorías de intervención: psicosociales, psicoeducativas, multicomponente, de gestión de casos y de ejercicio físico. Su contenido, eficacia y calidad varía según el tipo de intervención. Los resultados sugieren la implementación de intervenciones basadas en las nuevas tecnologías de la información y comunicación, por la privacidad y fácil acceso que le reporta a los cuidadores. **Discusión:** Consideramos que las intervenciones multicomponente son las más beneficiosas y recomendables para reducir y prevenir la sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con EA. **Conclusión:** En conjunto, todos los estudios revisados y categorías de intervención sugieren resultados beneficiosos. Pero las intervenciones multicomponente son las más beneficiosas y recomendables para reducir y prevenir la sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con EA.

Palabras clave: cuidadores, sobrecarga, intervención, enfermedad de Alzheimer, demencia.

ABSTRACT:

Introducción: Western societies are aging continuously, which has a significant impact on many social structures. Dementia and Alzheimer's disease is a major problem related to the aging population, it is a problem of magnitude family, social and health standards. The aim of this study is to determine the effectiveness of the main individual interventions in support of family caregivers of people with Alzheimer's through a systematic review. **Methods:** We conducted a literature search in PubMed (MEDLINE), WOS, Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), SCOPUS, Cuiden Plus, Psycinfo, Dialnet, and Science Direct bases and a subsequent review of the quality methodological applying the PEDro Scale. **Results:** Psychosocial, psychoeducational, multicomponent, case management and exercise: 21 jobs classified into 5 categories of intervention were identified. Its content, efficacy and quality varies with the type of intervention. The results suggest the implementation of new technologies based on information and communication, privacy and easy access to reports to caregivers interventions. **Discussion:** We believe that multicomponent interventions are most beneficial and desirable to reduce and prevent overloading of informal caregivers of patients with AD. **Conclusion:** Taken together, the studies reviewed and suggest intervention categories beneficiosos results. But multicomponent interventions are most beneficial and desirable to reduce and prevent overloading of informal caregivers of patients with AD.

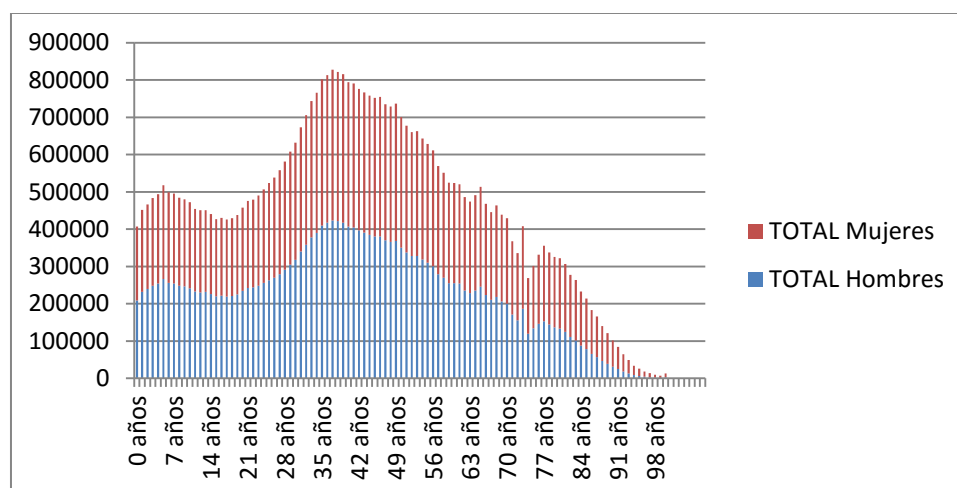
Keywords: caregivers, burden, intervention, Alzheimer's disease, dementia.

1. CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

En los países industrializados está aumentando progresivamente la esperanza de vida, gracias a las mejoras que han sido llevadas a cabo en la atención a la salud y la influencia de factores demográficos. Este aumento de la esperanza de vida conlleva implícito una dependencia en los cuidados ya que, disminuyen la autonomía y calidad de vida, y por consiguiente, aumentan las enfermedades degenerativas y crónicas. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera que el envejecimiento es la superación del proceso evolutivo y consecuencia de un descenso de la mortalidad unido a altas tasas de supervivencia ⁽¹⁾.

En España, los datos del Padrón Continuo (INE)¹ a “1 de enero de 2014 mostraban una cifra de 8.442.427 de personas mayores (65 y más años¹), lo que supone el 18,1% sobre el total de la población (46.771.341), frente a un descenso en la natalidad”⁽²⁾.

Figura 1. Estadística del Padrón 2014.



Fuente: Año 2014. INE: INEBASE. Estadística del Padrón Continuo. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población (españoles/extranjeros) por edad (año a año) y sexo. Datos extraídos del INE. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do> Tomado de: INE: INEBASE [Pagina Web].

¹ El término “personas mayores” se ha empleado para referirse a “personas de 65 o más años” y “tercera edad” dado que hoy en día, la Geriátrica emplea estos términos para referirse a mayores de 80 años y se comienza a hablar de una cuarta edad referida a personas mayores dependientes.

En España se prevé que el número de personas en situación de dependencia en el año 2020 se aproxime a un millón y medio ⁽³⁾. Esta tendencia global al envejecimiento de la población ha hecho que la acción de cuidar haya implicado un cambio en la vida de la persona que realiza esta labor a nivel multidimensional y le haya generado una sobrecarga, debido a la dependencia de un familiar o conyugue ⁽⁴⁾. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, ha intentado paliar las amenazas del sistema informal de cuidados no ha conseguido su objetivo porque se ha centrado más en la atención a la dependencia que a la promoción de la autonomía personal, le ha faltado de concreción, y ha presentado ausencia total de la figura del cuidador informal (CI) como posible receptor de cuidados.

En estudios internacionales se ha demostrado que la familia continua siendo la principal red de apoyo de personas mayores ⁽⁵⁾. En nuestro país la tendencia ha continuado recayendo sobre la familia en general y más concretamente, sobre la mujer ⁽⁶⁾. A todo ello, se ha sumado que en los últimos años la mujer se ha incorporado al mercado laboral, lo cual, ha dificultado la labor de cuidar y ha originado cambios en todos los ámbitos de su vida: familiar, social, laboral. Estos cambios han generado en los cuidadores informales (CI) consecuencias negativas: estrés emocional, ansiedad, depresión, sobrecarga o asilamiento, pérdida de intimidad ⁽⁷⁾, problemas físicos, mentales y socioeconómicos. Actualmente, este rol ha pasado a ser asumido por todos los miembros de la familia sin distinción de género.

Por otro lado, dado el impacto que tiene el envejecimiento sobre la sociedad y el progresivo aumento en la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer (EA) han hecho que constituya un problema de magnitud a nivel familiar, social y sanitario. Por todo ello, nos hemos planteado conocer qué tipo de intervenciones son las más adecuadas y presentan mejores resultados en la disminución de la sobrecarga experimentada por los cuidadores informales como agentes exclusivos que proporcionan cuidados, con la finalidad de mejorar su calidad de vida. Si bien es cierto la gran cantidad de artículos existentes sobre los cuidadores informales, nos ha llamado la atención los escasos trabajos llevados a cabo en ámbito hospitalario, de ahí la importancia de promover intervenciones enfermeras para disminuir o paliar la sobrecarga del cuidador informal.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. *Concepto, características y consecuencias de la Enfermedad de Alzheimer.*

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible que conlleva asociado factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que repercuten directamente sobre la persona aumentando sus niveles de padecer patologías e incrementar sus problemas de salud, tales como la enfermedad de Alzheimer. La definición de dicho término, se remonta al año 1906 cuando el psiquiatra alemán Alois Alzheimer describe la enfermedad del Alzheimer (EA) después del hallazgo encontrado en el cerebro de un paciente con demencia ⁽⁸⁾. Su etiología, desconocida, presenta un síntoma inicial muy evidente, la pérdida de memoria, seguido de trastornos del lenguaje, habilidades, funciones cognitivas y conductuales ⁽⁸⁾. En la EA se produce una muerte de neuronas de forma progresiva encogiéndose cada vez más el cerebro por la extensión de los daños.

La EA pasa por varios estadios como son: EA leve, EA moderada y EA severa ^(9,10):

EA leve: la enfermedad avanza y por consiguiente se produce una pérdida de memoria de forma continua, surgiendo cambios en las funciones cognitivas. El enfermo de EA necesita ser supervisado para actividades complejas, tales como manejar dinero, alteraciones en el estado anímico, desorientación espacial, etc.

EA moderada: en esta fase la enfermedad afecta a las funciones del pensamiento y lenguaje, aumentando la pérdida de memoria e incluso surge la dificultad de reconocimiento familiar. Necesitan supervisión y a veces, necesitan un cuidador de forma continua, puesto que pueden sufrir delirio, paranoia, afasia, apraxia, insomnio, confusión, etc. En esta fase, se hace notable la figura del cuidador y se puede evidenciar ciertos niveles de sobrecarga.

EA severa: en esta fase el cerebro se ha encogido bastante y la persona enferma de EA no puede mantener una comunicación con sus allegados, depende de otros para su cuidado y permanece gran parte del tiempo encamado, hasta que la enfermedad haga que sea totalmente dependiente. En esta fase, la sobrecarga manifestada por los cuidadores puede llevar consigo el desarrollo de enfermedades tales como la depresión, la ansiedad, la pérdida de las relaciones sociales y familiares, pérdida de intimidad, etc. ⁽⁷⁾.

2.2. *Cuidadores informales. Definición y características.*

En nuestro país esta tarea de cuidar ha recaído generalmente en el entorno familiar y su distribución no ha sido homogénea entre sus miembros, debido a que va unida al grado de parentesco y/o convivencia con la persona que sufre EA. A todo ello, se ha de sumar la dedicación a la tarea de cuidar que realizan de forma continua y los 365 días del año sin descanso. Para comprender un poco más el tema, hemos definido algunos conceptos básicos:

a) Cuidar: definido como “acto individual en el que la persona se da a sí misma, prestar atención a todo lo referente a la actividad de una persona: Representa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener y hacer durar la vida para permitir su continuación y reproducción” ⁽¹¹⁾. Otro autor ha defendido que cuidar “implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada” ⁽¹²⁾.

b) Cuidador: “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” ⁽⁴⁾. Aunque esta definición es insuficiente puesto que no distingue entre cuidadores formales (profesionales) y cuidadores informales.

c) Cuidado informal: “un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, conformando un verdadero sistema oculto de cuidados” ⁽¹³⁾.

d) Cuidador familiar o informal: “la persona que ofrece asistencia no retribuida a otras personas, bien a la propia familia o bien a otro tipo de allegados, cuando éstos tienen algún tipo de dificultad física o cognitiva para ser independientes en sus propios cuidados” ⁽¹⁴⁾.

e) Perfil de cuidador: hace unos años según el modelo tradicional el rol de cuidador principal recaía sobre la mujer en el seno familiar ^(10,15,16). El cuidador informal está vinculado a lazos de unión y esta tarea recae frecuentemente en la esposa o cónyuge y en segundo lugar, por las hijas del paciente ⁽¹⁷⁾. Toda la literatura que ha sido hallada sobre el perfil del cuidador llega al consenso de que un alto porcentaje de todos los cuidados recibidos en una persona mayor dependiente se han llevado a cabo en el seno familiar y se relacionan con las actividades de la vida diaria, la gestión y los servicios sociosanitarios ⁽¹⁸⁾.

Son numerosos los autores que han aportado una definición al concepto de cuidado informal, un término que, a día de hoy, sigue provocando controversia. Se define el término como “la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” ⁽¹⁹⁾. Otras definiciones van más allá, aportando una matización al término de cuidado familiar de una persona dependiente como ha sido “el que se presta por parientes, amigos o vecinos” ⁽⁴⁾.

Es sabido que cuando un paciente es diagnosticado de EA, se presenta un cambio importante en la estructura familiar dada la situación de dependencia que genera dicha enfermedad, y por tanto, surge la figura de cuidador informal o familiar como la persona que proveerá los cuidados y realizará las tareas básicas que ese miembro familiar enfermo no puede realizar. Por consiguiente, se puede definir al cuidador informal como “aquella persona encargada de asistir en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello” ⁽²⁰⁾. Y se define cuidador formal como aquella persona que recibe remuneración bajo salario por la tarea de cuidar ^(21,22) y está es la principal diferencia entre un cuidador y otro.

Otros estudios nos han reportado que la edad media de cuidadoras informales está entorno a los 53 años de edad, predominando el estado civil de casada y con un nivel de estudios bajo, que asumen la tarea de cuidar de su familiar con EA y su actividad es la tarea de sus labores ⁽²²⁾. Siguiendo esta línea de trabajo, se ha podido comprobar que dada la incorporación de la mujer al mundo laboral, esta tarea de cuidar a familiares con EA se hace insostenible, puesto que requieren atención y cuidados de forma continua, lo que desestabiliza el núcleo familiar y social de la mujer ⁽⁴⁾.

A lo largo de la presente revisión, el término “cuidador” se empleará para referirse a aquellos cuidadores no profesionales que atienden y cuidan en el domicilio a las personas o familiares que padecen EA.

2.3. *Consecuencias de cuidar: Sobrecarga.*

La asunción de cuidar a personas mayores ha traído consigo impacto importante a nivel familiar y personal, y ha conllevado implícito consecuencias tanto positivas como negativas. Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en las consecuencias negativas, actualmente son más frecuentes los que se centran en valorar y describir el crecimiento personal. Las consecuencias negativas que han sido evidenciadas tienen origen multifactorial: estrés emocional, ansiedad, depresión, sobrecarga o asilamiento, pérdida de intimidad ⁽¹⁵⁾, problemas físicos ⁽²³⁾, mentales y socioeconómicos, y problemas

en la toma de decisiones a nivel legal. Y aunque, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, ha intentado paliar las amenazas del sistema informal de cuidados no ha conseguido su objetivo porque se ha centrado más en la atención a la dependencia que a la promoción de la autonomía personal, le ha faltado concreción, y ha presentado ausencia total de la figura del CI como posible receptor de cuidados.

Un estudio realizado con meta-análisis por Pinquart y Sorensen ⁽²⁴⁾ ha evidenciado que los CI gozan de menor salud física que las personas que no son cuidadoras y han concluido que presentan peor salud debido a los síntomas depresivos más que a la propia carga derivada de la tarea de cuidar. En relación a la salud emocional, los CI pueden presentar un elevado riesgo de padecer trastornos de tipo mental en comparación con la población general.

Como se ha citado anteriormente, las consecuencias que produce la sobrecarga sobre la salud de los CI van más allá de las repercusiones negativas, afecta al tiempo de ocio, a las relaciones familiares y al ámbito económico-profesional. En este sentido, según una encuesta realizada por el IMSERSO ⁽²⁵⁾, un tercio de los CI manifestaron no recibir ayuda de algún familiar vs al 7% que manifestaron haber tenido conflictos de pareja a causa del cuidado. La mayoría de las consecuencias negativas que derivadas de cuidar surgen por las alteraciones que provoca el estrés. Algunos estudios han evidenciado que cuidar a una persona mayor supone la aparición y mantenimiento de estrés ⁽²⁶⁾. En este sentido, según Lazarus y Folkman ⁽²⁷⁾, el estrés es el resultado de la interacción individuo-ambiente, siendo muy importante, la situación y los recursos tanto personales como sociales con los que cuenta el CI para llevar a cabo el cuidado, y esto hace que sea estresante y se perciba como amenazante, como situación que pone en riesgo su bienestar, por tanto, como sobrecarga ^(24,25).

La carga ha sido definida como “la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas o subjetivas” ⁽⁵⁾. Como hemos mencionado, la carga puede ser objetiva o subjetiva ⁽²⁸⁾, y varía en función de cada cuidador como ser único y agente exclusivo de cuidados. Si bien es conocido que la carga subjetiva ha tenido una mayor incidencia en la vida tanto del paciente como de sus familiares. En terminología enfermera es diagnosticado como Cansancio en el Rol del cuidador ⁽²⁹⁾, de aquí la importancia de contar con buenas redes de apoyo y recursos ⁽³⁰⁾. Siguiendo esta línea de investigación cabe resaltar la importancia de contar con una buena red de apoyo, que evitará en el cuidador complicaciones de carácter psicológico y social, aunque en la realidad, numerosos estudios destacan que por falta de estrategias de

afrontamiento en el cuidado y la propia salud del cuidador existe una sobrecarga importante en los cuidadores ⁽³¹⁾.

2.4. *Sobrecarga: Tipos e instrumentos de medida.*

El concepto de carga del cuidador ha sido muy estudiado, pero ha sido Steven Zarit ⁽³²⁾ quien ha definido el concepto de carga en el ámbito de los cuidados a personas mayores dependientes, dotando dicho término de una connotación negativa que influenciaba todas las esferas de la vida del cuidador, a partir del marco teórico desarrollado por Lazarus y Folkman ⁽²⁷⁾, anteriormente citado. Según Carretero, S. et al. ⁽³³⁾, Zarit en su definición el término carga coincide con la percepción que tienen los cuidadores cuando las demandas de cuidar son superiores a sus expectativas. Es a partir de aquí, según estos autores, cuando Zarit y Cols desarrollan un instrumento de medida para la carga del cuidador como es Caregiver Burden Interview.

Será con Montgomery ⁽³⁴⁾ cuando se produzca una diferenciación en el término carga: subjetiva y objetiva, que varía en función del cuidador como agente exclusivo de cuidados. La carga subjetiva fue entendida como la percepción del cuidador a la hora de realizar las tareas de cuidar y la manifestación emocional de la misma. En contraposición de la carga objetiva entendida como la tarea que asume el cuidador con al realizar las tareas de cuidar: psíquicamente y físicamente.

Existen numerosos instrumentos de medida para evaluar la carga manifestada por los cuidadores informales. Caregiver Burden Interview (ZCBI) ⁽³²⁾ (ANEXO I), se ha presentado como escala validada extensamente por sus cualidades psicométricas, y evalúa la carga subjetiva como un buen indicador de los efectos del cuidado. Su uso se ha extendido y en la actualidad es la más utilizada. Dicha escala valora sólo el concepto de carga subjetiva, y diferencia entre: ausencia de carga y sobrecarga leve, y entre sobrecarga leve y sobrecarga intensa.

El ZCBI ⁽³²⁾ ofrece una ventaja con respecto al resto de instrumentos de medida de sobrecarga del cuidador como es prever la institucionalización de la persona mayor adulta receptora de cuidados ⁽³⁵⁾. El estudio anterior ha ofrecido una visión sobre su validez realizando una revisión de los instrumentos de evaluación de la sobrecarga en cuidadores, concretamente en pacientes con demencia, y verifica que la escala Zarit Caregiver Burden Interview (ZCBI) es la más empleada desde los años 90 y que cuenta con numerosas adaptaciones. Es una escala autoadministrada que cuenta con 22 ítems que evalúan tres dimensiones: estado de ánimo, función social y la salud física del cuidador, según sus propias sensaciones. Cada pregunta se puntúa entre el 1 y el 5, siendo 1 nunca y 5 casi siempre.

Estas puntuaciones obtenidas de los 22 ítems se suman y obtenemos el resultado final que oscila entre los siguientes rangos:

- < 47 no hay sobrecarga.
- De 47 a 55 existe sobrecarga leve.
- > 55 sobrecarga intensa.

Otros cuestionarios que han sido utilizados son: Caregiver Strain Index (CSI) ⁽³⁶⁾ (ANEXO II) este cuestionario aunque inicialmente se aplicó a personas mayores de 65 años operadas de cadera o corazón, se ha generalizado su uso por contar con importantes propiedades psicométricas, y Caregiver Subjective and Objective Burden Scale ⁽³⁷⁾ fue el primer instrumento que diferenció entre carga objetiva y subjetiva, aunque no se llegó a consolidar como instrumento de medida de sobrecarga en cuidadores.

2.5. *Tipos de intervenciones para disminuir la sobrecarga en los cuidadores informales de pacientes con demencia: EA.*

A través de toda la bibliografía consultada son numerosas las intervenciones de apoyo dirigidas a los cuidadores informales de pacientes con demencia y Alzheimer. La literatura nos ha aportado varios tipos de intervenciones: sin modalidad ⁽³⁸⁾, de tipo individual y familiar ^(39,40), intervenciones con apoyo telefónico; intervenciones psicoeducativas, intervenciones psicosociales ⁽⁴¹⁾; e intervenciones desde el área de terapia ocupacional ⁽⁴²⁾. Pero sin duda, como anteriormente hemos reseñado, es un concepto multidimensional que aborda factores biopsicosociales y ambientales.

En un estudio se sugiere intervenciones con un enfoque desde el punto de vista psicológico dado que, presenta resultados muy positivos y han presentado resultados muy eficaces ⁽⁴³⁾. Pero la prevención es el mejor tratamiento de la sobrecarga.

En vista a nuestra revisión de la literatura hemos propuesto una clasificación basada en las siguientes categorías de intervención:

INTERVENCIÓN/ PROGRAMA	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN.
COUNSELING O ASESORAMIENTO	Se trata de sesiones donde se instruye al cuidador a mejorar su salud. Los profesionales sanitarios, enfermeros, dotan de herramientas al cuidador y los entrena para mejorar su salud en el plano emocional ⁽⁴⁴⁾ .
PROGRAMAS DE RESPIRO	Facilitan la disposición de algo de tiempo libre al cuidador, siendo otra persona la encargada de suplirle en los cuidados a su familiar. EJ. Centro de Día, Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) ⁽⁴⁵⁾ .
PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS	Los cuidadores son entrenados en habilidades y estrategias enfocados a mejorar el conocimiento de la enfermedad, el autocuidado y mejora de la atención del paciente para ser capaces de afrontar las consecuencias de cuidar ⁽⁴⁵⁾ .
PROGRAMAS PSICOTERAPEÚTICOS	Se diferencian de los anteriores en que se presta más importancia al desarrollo y al mantenimiento de la relación terapéutica que se establece con el cuidador con el fin de mejorar su calidad de vida. ⁽⁴⁵⁾ .
PROGRAMAS DE AUTOAYUDA	Son programas donde los cuidadores se reúnen para compartir e intercambiar sus vivencias y experiencias, se prestan apoyo e intenta solucionar los problemas presentados en un clima que favorezca la comunicación y participación de los cuidadores. Generalmente son organizados por Asociaciones de Familiares de Enfermos. Aquí el profesional sanitario no interviene directamente, pero si es una fuente de apoyo ⁽⁴⁶⁾ .
PROGRAMAS MULTIMODALES o MULTICOMPONENTE	Son intervenciones que cuentan con una mezcla de todo lo anterior más ayudas económicas. Se dota de recursos al cuidador con el fin de evitar las consecuencias negativas de cuidar ⁽⁴⁶⁾ . Engloba por ejemplo: psicoeducación, terapia cognitiva conductual, la terapia de resolución de problemas y entrenamiento en asertividad, Counseling, etc.

Tabla 1. Tipos de intervenciones y sus características.

Fuente: elaboración propia.

Dada la prevalencia de la EA y el aumento de demanda de cuidados, el sistema de atención a las personas con dependencia en España recae sobre la familia en un 80% de casos ⁽⁴⁷⁾. Este trabajo pretende aportar conocimiento útil para mejorar la intervención sobre las CI que constituyen el pilar del sistema.

3. OBJETIVO.

El propósito de este estudio de investigación ha sido determinar la efectividad de las principales intervenciones individuales en apoyo de los cuidadores familiares de personas con Alzheimer a través de una revisión sistemática.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Diseño.

Se ha procedido a realizar una revisión sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones de la declaración Prisma ⁽⁴⁸⁾. Hemos iniciado este trabajo formulándonos una pregunta de investigación que hemos desarrollado gracias a la estrategia PICO (Tabla 2). Hemos seguido el check-list de The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis PRISMA Checklist ⁽⁴⁷⁾ para las revisiones sistemáticas.

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
POBLACIÓN	Los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer a los que se les realiza una intervención para disminuir la sobrecarga desarrollada en la tarea de cuidar los pacientes con EA.
INTERVENCIÓN	Intervenciones encaminada a la disminución de la sobrecarga expresada por los cuidadores informales.
COMPARACIÓN	Grupo control/grupo intervención.
RESULTADOS	Reducción de la sobrecarga y beneficios aportados.

Tabla 2. Formato PICO.

Fuente: Elaboración propia a partir de Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group. ⁽⁴⁷⁾.

4.2. Criterios de elegibilidad.

Para cumplir nuestro objetivo propuesto hemos seguido la siguiente estrategia metodológica: elaborar un plan de búsqueda bibliográfica, definir nuestros criterios de inclusión y exclusión, seleccionar nuestra muestra en base a los criterios de inclusión seleccionados, valorar los resultados de la literatura seleccionada y finalmente, formular las recomendaciones en base a los resultados obtenidos en los estudios evidenciados y con rigor científico basada en las recomendaciones de la declaración PRISMA ⁽⁴⁸⁾.

Hemos incluido ensayos clínicos y revisiones sistemáticas sobre intervenciones realizadas para disminuir la sobrecarga en los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, inicialmente sin filtro de tiempo. Posteriormente, y dado los numerosos estudios hallados, hemos seleccionado el periodo desde 2006 hasta 2016 para obtener información actualizada sobre nuevas intervenciones encaminadas a disminuir la sobrecarga en los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. Para ello nos hemos ayudado de los operadores booleanos “AND” y “OR”, y truncadores * introducidos en las bases de datos: Pubmed (MEDLINE), WOS, Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), SCOPUS, Cuiden Plus, Psycinfo, Dialnet, y Science Direct. La calidad metodológica de los estudios ha sido evaluada por los criterios de la escala PEDro ⁽⁴⁹⁾. No existe publicación de un protocolo previo a esta revisión.

4.2.1. Estrategia de Búsqueda.

La búsqueda de bibliografía para llevar a cabo esta revisión ha sido llevada cabo desde el mes de Octubre de 2015 a Junio de 2016, en las principales bases de datos nacionales e internacionales: Pubmed (MEDLINE), WOS, Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), SCOPUS, Cuiden Plus, Psycinfo, Dialnet, y Science Direct. Hemos incluido ensayos clínicos y revisiones sistemáticas sobre la eficacia de intervenciones individuales realizadas para disminuir la sobrecarga en los cuidadores informales de pacientes con demencia, en los últimos diez años.

Base de Datos	Combinaciones según descriptor: Mesh	Límites
PUBMED	(Caregivers OR Caregiv* OR Carer*) AND (Alzheimer disease OR Alzheimer* OR Dementia) AND (Burden OR Strain*) AND (Intervention* OR Education*)	Clinical Trial/ Systematic Review
WEB OF KNOWLEDGE (WOS)/WEB OF SCIENCIE	<i>(Caregivers OR Caregiv* OR Carer*) AND (Alzheimer disease OR Alzheimer* OR Dementia OR Dementia) AND (Burden OR Strain*) AND (Intervention* OR Education*)</i>	Clinical Trial/ Systematic Review
CUIDEN PLUS	<i>(Sobrecarga) AND (Alzheimer) AND (cuidadores)</i>	Ensayos Clínicos/ Revisiones Sistemáticas
PSYCINFO	<i>(Caregivers) AND (Alzheimer disease) AND (Dementia) AND (Burden) AND (Intervention)</i>	Clinical Trial/ Systematic Review
COCHRANE	(Caregivers OR Caregiv* OR Carer*) AND (Alzheimer disease OR Alzheimer* OR Dementia) AND (Burden OR Strain*) AND (Intervention* OR Education*)	Clinical Trial/ Systematic Review

Tabla 3. Combinación de Descriptores y límites usados en las base de datos: PUBMED, WEB OF KNOWLEDGE (WOS)/WEB OF SCIENCIE, CUIDEN PLUS, PSYCINFO Y COCHRANE.

Fuente: Elaboración propia.

4.2.2. Criterios de inclusión.

Hemos ido seleccionando las publicaciones que cumplían los siguientes requisitos de inclusión: selección de estudios escritos en lengua española o inglesa, a texto completo y publicados desde 2006-2016; limitando la búsqueda por título, resumen y palabras claves (cuidadores, intervención, enfermedad de Alzheimer, sobrecarga y demencia); y usando como filtro “Clínical Trial” y “Systematic Review”. Finalmente, para garantizar la calidad metodológica de los estudios incluidos, hemos exigido que éstos contengan un mínimo de 5/11 puntos en la escala PEDro ⁽⁴⁹⁾ (Tabla 4).

La escala "Physiotherapy Evidence Database (PEDro) ⁽⁴⁹⁾, traducida al español en 2012, evalúa la calidad metodológica de los estudios controlados, ayudando a clasificar la calidad de los ensayos clínicos. Está compuesta por 11 ítems que valoran los aspectos metodológicos que pueden afectar a la validez interna (por ej. el proceso de aleatorización y enmascaramiento). El criterio 1 refleja la validez externa, es decir, su generalización o aplicabilidad, de los criterios 2-9 evalúan la validez interna del estudio, y los criterios 10-11 indican si la información estadística que aportan los autores permite interpretar los resultados. Todos los criterios están dicotomizados como "SI" o "NO". Cada criterio contestado como "SI" suma 1 punto y si es contestado como "NO", no recibe puntuación.

Criterios	Si	No
1. Criterios de elegibilidad fueron especificados (no se cuenta para el total)	1	0
2. Sujetos fueron ubicados aleatoriamente en grupos	1	0
3. La asignación a los grupos fue encubierta	1	0
4. Los grupos tuvieron una línea de base similar en el indicador de pronóstico más importante	1	0
5. Hubo cegamiento para todos los grupos	1	0
6. Hubo cegamiento para todos los terapeutas que administraron la intervención	1	0
7. Hubo cegamiento de todos los asesores que midieron al menos un resultado clave	1	0
8. Las mediciones de al menos un resultado clave fueron obtenidas en más del 85% de los sujetos inicialmente ubicados en los grupos	1	0
9. Todos los sujetos medidos en los resultados recibieron el tratamiento o condición de control tal como se les asignó, o sino fue este el caso, los datos de al menos uno de los resultados clave fueron analizados con intención de tratar	1	0
10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron reportados en al menos un resultado clave	1	0
11. El estadístico provee puntos y mediciones de variabilidad para al menos un resultado clave	1	0

Tabla 4. Escala "Physiotherapy Evidence Database (PEDro)" para analizar la calidad metodológica de los estudios clínicos.

Fuente: Maher CG, Sherrington, RD Herbert, AM Moseley, M. Elkins. La fiabilidad de la escala PEDro para la evaluación de calidad de los ensayos controlados aleatorios. *Phys Ther.* 2003; 83 (8):713-721. Disponible en: <http://ptjournal.apta.org/content/83/8/713.long>.

Posteriormente fueron importados a Refworks, y hemos eliminado los artículos que aparecían duplicados, en total 41. A continuación hemos procedido a su lectura. Han sido revisados 238 artículos más 2 artículos procedentes de búsquedas manuales realizadas.

Tras verificar su calidad metodológica con la escala PEDro ⁽⁴⁹⁾ hemos procedido a eliminar 32 artículos que no han cumplido los 11 puntos establecidos en dicha escala. A continuación se muestra un diagrama de flujo (Figura 2) que detalla el proceso de búsqueda hasta llegar a los 21 estudios revisados.

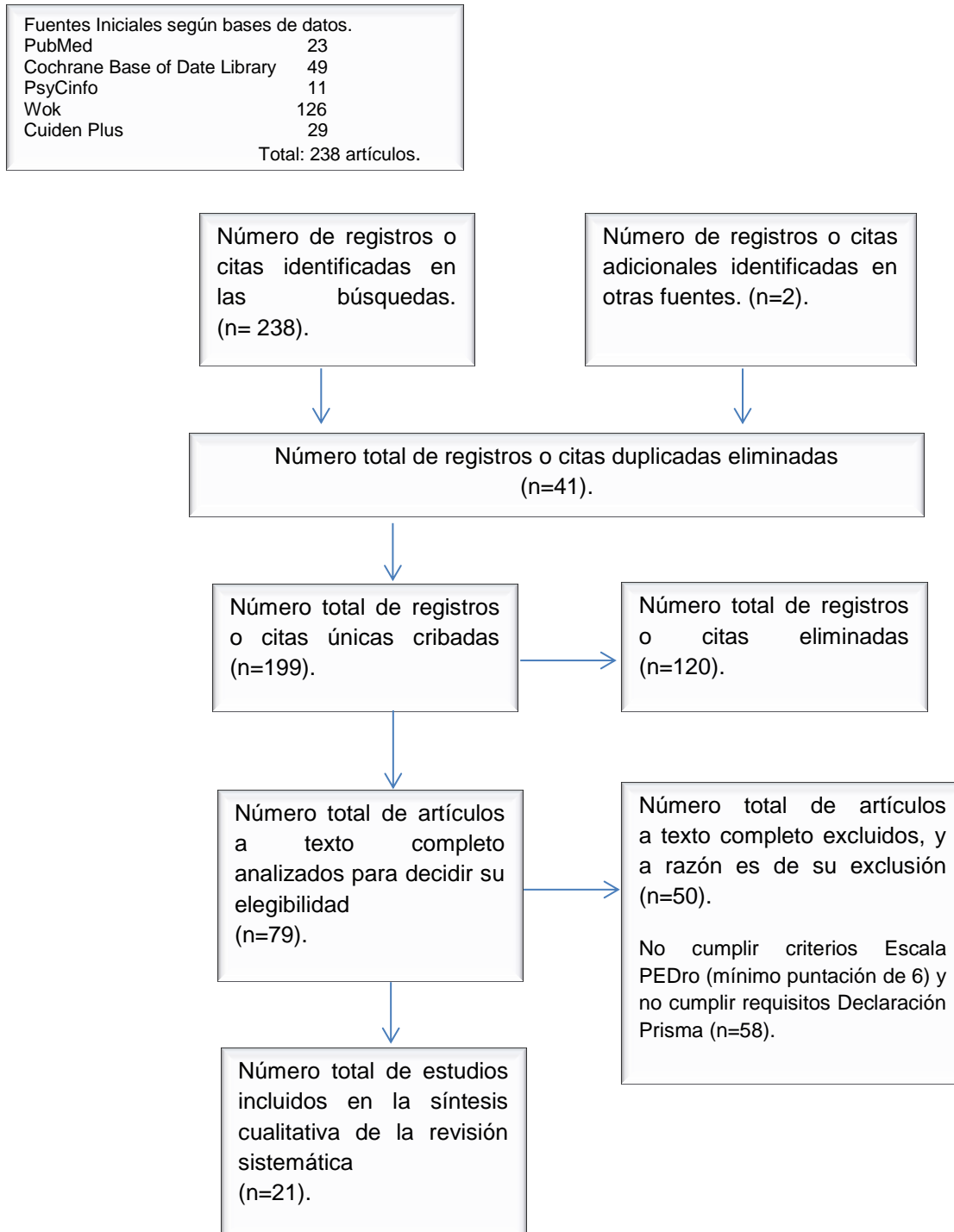


Figura 2. Diagrama de flujo con la búsqueda establecida.

Fuente: Elaboración propia a partir de Urrutía, G., Bonfill, X. ⁽⁴⁸⁾.

4.2.3. Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión fueron: Estudios narrativos, pilotajes publicados, intervenciones sobre CI diferentes a demencia/Alzheimer.

5. RESULTADOS.

De los 240 artículos que han sido seleccionados inicialmente hemos revisado finalmente 21 tras la eliminación de los duplicados y la exclusión por falta de calidad según la escala PEDro⁽⁴⁹⁾.

Los estudios incluidos cuentan con buena calidad según la escala PEDro⁽⁴⁹⁾ y a continuación se ha realizado una tabla con la puntuación de cada estudio revisado así como los criterios que según esta escala no cumplen, justificando así, la puntuación final obtenida por dicha escala.

La mayoría de los estudios han obtenido una medio-elevada calidad metodológica, y tan sólo, tres han sido los estudios que han obtenido una puntuación de 5/11. Para ver detalladamente los criterios que no cumplen, véase la tabla 4 anteriormente citada.

AUTOR	PUNTUACIÓN ESCALA PEDro	Nº DE CRITERIOS QUE NO CUMPLE
Belle, SH. et al. ⁽⁵⁰⁾	9	7,11
Blom, MM. et al. ⁽⁵¹⁾	6	7,8,9,10,11
Blom, MM. et al. ⁽⁵²⁾	10	7
Carbonnau, H. et al. ⁽⁵³⁾	7	7,8,9,10
Chiatti, C. et al. ⁽⁵⁴⁾	7	6,7,8,10
Czaja, SJ. et al. ⁽⁵⁵⁾	10	8
Czaja, SJ. et al. ⁽⁵⁶⁾	9	9,11
Elliot, AF. et al. ⁽⁵⁷⁾	8	6,7,11
Finkel, S. et al. ⁽⁵⁸⁾	9	6,7
Gaugler, JE. et al. ⁽⁵⁹⁾	6	3,5,6,7,11
Gavrilova, SJ. et al. ⁽⁶⁰⁾	6	5,6,7,9,11
Gitlin, LN. et al. ⁽⁶¹⁾	8	6,7,11
Hirano, A. et al. ⁽⁶²⁾	7	7,6,9,11
Kurz, A. et al. ⁽⁶³⁾	7	5,6,7,9
Kwok, T. et al. ⁽⁶⁴⁾	6	5,6,7,9,10
Lins, S. et al. ⁽⁶⁵⁾	5	4,5,6,7,8,9
Martín-Carrasco, M. et al. ⁽⁶⁶⁾	5	4,5,6,7,8,11
Martín-Carrasco, M. et al. ⁽⁶⁷⁾	9	9,1
Signe, A. et al. ⁽⁶⁸⁾	6	5,6,7,9,11
Tremont, G. et al. ⁽⁶⁹⁾	11	
Xiao, LD. et al. ⁽⁷⁰⁾	5	3,4,5,6,7,11

Tabla 5. Puntuación según la calidad metodológica exigida por la Escala PEDro ⁽⁴⁹⁾ y enumeración de los criterios que no cumple. (ver tabla 4. Escala PEDro)

Fuente: Elaboración Propia.

Todos los estudios presentan unas características comunes como son: trabajan con un grupo control y de intervención, realizan estimaciones de las consecuencias negativas, y abordan las intervenciones de modo cualitativo y cuantitativo buscando una intervención eficaz para disminuir o mejorar la sobrecarga experimentada por los CI.

La mayoría de los estudios midieron las consecuencias negativas, pero pocos examinaron la sobrecarga en sí. Algunas de estas consecuencias evaluadas han sido: estrés emocional, ansiedad, depresión, sobrecarga o asilamiento, pérdida de intimidad, problemas físicos, mentales y socioeconómicos.

Todos los estudios valoran la sobrecarga de modo directo o indirecto, pues cuando se trabaja sobre las consecuencias negativas se trabaja indirectamente sobre la sobrecarga, e viceversa.

A continuación se expone una tabla resumen con los indicadores que evalúan los estudios revisados.

AUTOR	INDICADORES QUE EVALÚA		
	SOBRECARGA	DEPRESIÓN	OTROS*
Belle, SH. et al. ⁽⁵⁰⁾	X	X	X
Blom, MM. et al. ⁽⁵¹⁾	X	X	X
Blom, MM. et al. ⁽⁵²⁾	X	X	X
Carbonnau, H. et al. ⁽⁵³⁾	X	X	X
Chiatti, C. et al. ⁽⁵⁴⁾	X		X
Czaja, SJ. et al. ⁽⁵⁵⁾	X	X	X
Czaja, SJ. et al. ⁽⁵⁶⁾	X	X	X
Elliot, AF. et al. ⁽⁵⁷⁾	X	X	X
Finkel, S. et al. ⁽⁵⁸⁾		X	X
Gaugler, JE. et al. ⁽⁵⁹⁾	X	X	X
Gavrilova, SJ. et al. ⁽⁶⁰⁾	X	X	X
Gitlin, LN. et al. ⁽⁶¹⁾	X	X	X
Hirano, A. et al. ⁽⁶²⁾	X		X
Kurz, A. et al. ⁽⁶³⁾		X	X
Kwok, T. et al. ⁽⁶⁴⁾	X		X
Lins, S. et al. ⁽⁶⁵⁾	X	X	X
Martín-Carrasco, M. et al. ⁽⁶⁶⁾	X	X	X
Martín-Carrasco, M. et al. ⁽⁶⁷⁾	X	X	X
Signe, A. et al. ⁽⁶⁸⁾	X		X
Tremont, G. et al. ⁽⁶⁹⁾	X	X	X
Xiao, LD. et al. ⁽⁷⁰⁾	X		X

*OTROS: Cuidado, Apoyo Social, Problemas de Comportamiento, Estrés, Ansiedad, Angustia, Calidad de vida, Prestación de cuidados, Satisfacción, institucionalización, percepción de los cuidados, etc.

Tabla 6. Resumen de las variables que son evaluadas por los estudios pertenecientes a la revisión sistemática.

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín-Carrasco, M. et al. ⁽⁶⁶⁾

Se han encontrado que los 21 estudios que evalúan la eficacia de una intervención sobre la variable sobrecarga presentan mejoras significativas. La escala predominante para la medición de la sobrecarga es Zarit Burden Interview (ZBI) ⁽³²⁾, en sus versiones cortas u adaptadas, y fue la más utilizada por los estudios ^(50,56,57,59,60,62,64,65,68,69) mientras que otros han optado por utilizar un Check list de memoria y problemas de comportamiento revisado (RMBPC) ^(55,58). Zarit en un estudio, fue el primero en evaluar la eficacia de una intervención de Counseling familiar y demostró la disminución de la sobrecarga en el cuidador.

En base a las intervenciones descritas en los estudios analizados, las hemos agrupado en cuatro categorías, que varían de las encontradas en la literatura evidenciada y descrita anteriormente:

Psicoeducación: “son programas enfocados a mejorar el conocimiento de la enfermedad, el autocuidado y mejora de la atención del paciente. Esta categoría se diferencia del resto porque incluye técnicas específicamente orientadas a la comprensión y reducción del malestar psicológico del cuidador (manejo de estrés, relajación, control de pensamientos, técnicas de autocontrol, etc.)”⁽⁶⁶⁾.

Ejercicio regular: son programas para promover y recuperar la salud, y mejorar la calidad de vida, para disminuir el riesgo de padecer posteriores enfermedades los cuidadores, como por ejemplo: hipertensión arterial, depresión, fatiga, etc.

Psicosocial: el objetivo de este tipo de intervención es mejorar la calidad de vida y adaptación del cuidador y el paciente a su enfermedad. Aplica lo cognitivo, conductual y mecanismos sociales de acción (*por ejemplo*, Asesoramiento, psicoeducación, intervenciones conductuales o cognitivos, grupo de apoyo social, Counseling, etc.). El nivel de adaptación dependerá de la gravedad clínica del proceso, de los efectos del tratamiento médico, de la información recibida, del apoyo social y recursos, y de su capacidad para hacer frente al estrés.

Multicomponente: engloba alguna actividad de las anteriores tipos de intervenciones, como por ejemplo: psicoeducación, terapia cognitiva conductual, la terapia de resolución de problemas y entrenamiento en asertividad, Counseling, etc.

En cuanto a los resultados, han sido agrupados según el tipo de intervención realizada y centrándose en el resultado primario del presente trabajo, la disminución de la sobrecarga. A continuación se han descrito los resultados encontrados junto con una tabla

donde se ha expuesto: autor, número de participantes, tipo de estudio y contenido, calidad metodológica según la Escala PEDro ⁽⁴⁹⁾ y resumen de los resultados:

En los 4 estudios que abordan las intervenciones psicosociales se valora la eficacia de una intervención para mejorar la sobrecarga expresada por los cuidadores informales ^(56,59,60,68). Czaja et al. ⁽⁵⁶⁾ obtiene resultados con un ensayo clínico aleatorizado mediante la realización de una intervención conductual encaminada a mejorar la calidad de vida los cuidadores. Este estudio reportó beneficios en la sobrecarga y los resultados, según los grupos étnicos que valora, mostraron que los cuidadores negros presentaban significativamente menos carga que los cuidadores blancos a diferencia de los cuidadores hispanos y blancos que no mostraron datos significativos. Por tanto, la diferencia en la carga entre ambos grupos étnicos puede deberse a la educación. En cambio, Gaugler et al. ⁽⁵⁹⁾ valora la eficacia de una intervención psicosocial integral, centrada en el bienestar del cuidador informal cuando institucionaliza al paciente con EA y revela resultados favorables mediante la intervención de Counseling centrada en los cuidadores (NYUCI – New York University Caregiver Intervention) para reducir los síntomas de depresión, mejorar los problemas de comportamiento en personas con EA, y retrasar la institucionalización del paciente con EA, y como objetivo secundario reducir la sobrecarga.

Más recientemente, otro estudio llevado a cabo con una intervención educativa ha demostrado reducir la carga, aunque no ha mostrado los mismos efectos para otros indicadores evaluados como son la angustia o calidad de vida ⁽⁶⁰⁾. Este autor, lleva a cabo una intervención psicosocial personalizada mediante valoración del caso, educación básica y entrenamientos de técnicas conductuales, demostrando resultados significativos en la sobrecarga a los 6 meses de la intervención. En esta misma línea Signe et al. ⁽⁶⁸⁾ evalúa la eficacia de una intervención psicosocial para disminuir la carga y aumentar la satisfacción del cuidador familiar, así como posible influencia de relación en la salud del cuidador y los efectos de la gravedad de la enfermedad del paciente con EA. Sus resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas, pues en el grupo intervención disminuyó la carga y la tensión.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Czaja, SJ. et al. ⁽⁵⁶⁾	n (= Muestra)	(n=442) 212 hispanos, 211 negros y 219 blancos, reclutados en 5 áreas geográficas en los EE.UU (Birmingham, Memphis, Miami, Palo Alto, y Filadelfia) y un Centro de Coordinación participaron en Pittsburgh.	Evalúa por separado el deterioro cognitivo, depresión, carga del cuidador, cuidado, apoyo social, comportamientos problemáticos, deterioro cognitivo y calidad del cuidado, entre otros. Para todos muestra beneficio. Los cuidadores hispanos tuvieron un mayor riesgo depresión que el resto de cuidadores, los cuidadores afroamericanos e hispanos presentaron menor carga y cuidadores blancos reportaron problemas con las cuestiones de seguridad (ps <.05). No se presentaron diferencias significativas en los dominios de cuidado y comportamientos saludables, el apoyo social, o de problemas de comportamiento. Limitación: no evaluó otros dominios como la situación financiera o las actividades sociales, que pueden representar una fuente de estrés para los cuidadores.
	Tipo de Intervención y contenido	Psicoeducativa mediante intervención conductual. Análisis psicométrico mediante 16 ítems de los diferentes dominios evaluados.	
	Puntación Escala PEDro	8	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	
Gaugler, JE. et al. ⁽⁵⁹⁾	n (= Muestra)	(n=406) de Nueva York.	Disminución de la depresión y sobrecarga. Aumenta la percepción de la eficacia y satisfacción en la tarea de cuidar.
	Tipo de Intervención y contenido	Psicosocial y entrevista personal. Intervención consistió en orientación individual y familiar, la participación en grupos de apoyo y asesoramiento ad hoc, y fue evaluada a los 4 meses y posteriormente cada dos años.	
	Puntación Escala PEDro	7	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	
Gavrilova, SJ. et al. ⁽⁶⁰⁾	n (= Muestra)	(n=60) realizado en Rusia	El Grupo Intervención muestra mejoras estadísticamente significativas en la sobrecarga en comparación con el grupo control a los 6 meses. No se encuentran diferencias entre los grupos para la angustia psicológica y calidad de vida.
	Tipo de Intervención y contenido	Educativa. 5 sesiones semanales con una duración de 30 min. y dividida en tres módulos: evaluación, educación sobre la demencia y formación en relación con los problemas de comportamiento específicos.	
	Puntación Escala PEDro	6	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES (Cont.)

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Signe, A. et al. ⁽⁶⁸⁾	n (= Muestra)	(n= 308) reclutados del sur de Suecia.	<p>Se reduce la sensación de aislamiento y decepción de los cuidadores. Demuestra que cuanto más temprana se realiza la intervención mejores resultados se obtienen.</p> <p>Los efectos sobre la carga total después de la intervención son positivos ($p = 0,05$ después de 6 meses, $p = 0,03$ después de 12 meses).</p> <p>Otro hallazgo significativamente alto fue la asociación entre la carga y la salud del cuidador en los CI de personas con demencia.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Psicosocial. Intervención de cinco sesiones y un contacto telefónico a los tres meses, con un seguimiento de 6 y 12 meses.	
	Puntuación Escala PEDro	6	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

Cinco han sido los estudios que abordan las intervenciones psicoeducativas y valoran la eficacia en la sobrecarga de los cuidadores ^(58,61,63,64,67). Los cinco presentan resultados estadísticamente significativos. Finkel et al.⁽⁵⁸⁾ lleva a cabo una intervención psicoeducativa mediante un sistema de telecomunicación personalizado CTIS (“Computer-Telephone Integration System”), donde el cuidador recibe distintos contenidos: información, utilización de recursos, mejoras para la comunicación, manejo conductual y apoyo grupal.

Los resultados mostraron una disminución significativa en la sobrecarga después de la intervención y aumentaron los sentimientos de autoeficacia y apoyo social en el grupo intervención. Continuando en esta misma línea de trabajo, Gitlin et al.⁽⁶¹⁾, lleva a cabo una intervención individual que refuerza a los 16 y 24 semanas a través del asesoramiento telefónico y sus resultados mostraron una mejora en los niveles de sobrecarga. Por otro lado, Kurz et al.⁽⁶³⁾ demostraron que la intervención reportó un menor efecto en la calidad psicológica y disminución de la depresión y ofrecieron como método alternativo la institucionalización de pacientes en hogares de ancianos para disminuir la sobrecarga de los cuidadores. Kwok et al.⁽⁶⁴⁾ evalúa la eficacia de una intervención psicoeducativa basada en el teléfono llevada a cabo con los cuidadores de familiares con discapacidad para disminuir la sobrecarga del cuidador y mejorar el sentimiento de autoeficacia. Los resultados han sido significativos ($p < 0,01$) en la reducción de la sobrecarga en el grupo intervención frente al grupo control. Así como se observa una mejora, en el grupo intervención, en la autoeficacia de los cuidadores para las conductas perturbadoras, pero este resultado no es estadísticamente significativo. Por su parte, Martín et al.⁽⁶⁷⁾ utiliza una intervención del primer proyecto REACH I (The Resources for Enhancing Alzheimer’s Caregivers Health) que engloba información de la enfermedad, manejo conductual del paciente, habilidades comunicativas, ejercicios de relajación, planteamiento del duelo anticipado. Los resultados reportados ofrecen una mejora significativa en la sobrecarga a los 10 meses de la intervención. El programa REACH I estaba destinado a promover la salud de los cuidadores de pacientes con EA. Su objetivo fue desarrollar una intervención psicosocial para mejorar las condiciones de vida de los cuidadores de los pacientes con EA de múltiples componentes y sus resultados han demostrado efectividad en la calidad de vida tanto de los cuidadores como en el retraso de la institucionalización de los pacientes con EA⁽⁶¹⁾.

En síntesis, las intervenciones psicoeducativas y psicosociales han demostrado que reportan una mejora en la disminución de la sobrecarga del cuidador y otras variables. En este sentido, para Gaugler et al.⁽⁵⁹⁾ el sentimiento de depresión en los cuidadores disminuye y por tanto, mejora la calidad de vida gracias al asesoramiento telefónico como afirma también Belle et al.⁽⁵⁰⁾, lo que conlleva a la disminución de la sobrecarga del cuidador.

INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Finkel, S. et al. ⁽⁵⁸⁾	n (= Muestra)	(n=46)	<p>La edad media de los participantes en la mayoría de los ensayos se extendía entre 60 y 66 años.</p> <p>Muestra disminución significativa en la sobrecarga después de la intervención y de la depresión, así como sentimientos de eficacia y apoyo social en el grupo intervención.</p> <p>Ninguno de los ensayos cuantitativos incluidos evaluó la institucionalización, el estado de ánimo o calidad de vida de los receptores de cuidados.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Tecnología mediante control Informático Personalizado (CTIS). Material educativo, llamadas a los 3 meses, realización de un taller a los 5 meses más invitación a los 6 meses a un taller con 6 cuidadores y un terapeuta.	
	Puntuación Escala PEDro	9	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	
Gitlin, LN. et al. ⁽⁶¹⁾	n (= Muestra)	(n= 190) incluye: Blanco/Caucásico, Negro/Africanoamericano e hispanolatinos, así como, submuestras de los cubanos-americanos, reclutados principalmente en Miami, y los mexicanos-americanos, reclutados en Palo Alto.	<p>Se utilizó meta-análisis para valorar la sobrecarga que resultó estadísticamente significativa ($p = 0,022$), aunque la diferencia era pequeña, y una reducción significativa en las variables estudiadas a las 16 y 24 semanas ($p < 0.05$)</p> <p>La intervención por sí mismo no tenía un efecto significativo sobre los síntomas depresivos.</p> <p>La intervención combinada mejoró la terapia familiar domiciliaria, y los cuidadores podían acceder a reuniones de grupo de apoyo utilizando la tecnología del teléfono para recibir apoyo individual.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Seguimiento telefónico. 5 sesiones domiciliarias y 1 sesión telefónica realizada por terapeutas ocupacionales.	
	Puntuación Escala PEDro	8	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS (Cont.)

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Kurz, A. et al. ⁽⁶³⁾	n (= Muestra)	(n=292) de raza blanca caucásica.	<p>La edad media era de 76 años. Las expectativas de fortalecimiento a los cuidadores informales y la reducción de la institucionalización de las personas receptoras de cuidados no fue apoyada por los resultados de este estudio. Muestran como una posible justificación la posible sobrecarga de los cuidadores al inicio del estudio. Por otro lado, mostraron que disminuye la depresión y la sobrecarga. Aunque no muestra resultados significativos en la depresión a los 15 meses. Limitaciones: el desajuste de tiempo entre grupo control e intervención.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Psicosocial. 7 sesiones de grupo dos veces por semana de 90 minutos de duración cada uno. Se complementó con 6 reuniones de reciclaje bimensuales	
	Puntuación Escala PEDro	7	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	
Kwok, T. et al. ⁽⁶⁴⁾	n (= Muestra)	(n=38) la muestra fue la población china en Hong Kong.	<p>El nivel de carga de los cuidadores en el grupo de intervención redujo significativamente en comparación con los cuidadores en el grupo de control, y presentaron un mayor sentimiento de eficacia frente al grupo control. Limitaciones: el tamaño relativamente pequeño de la muestra y la fijación de una fecha para realizar la intervención.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Psicoeducativa. Un trabajador social realizó llamadas telefónicas durante 12 sesiones de aproximadamente de 30 minutos por sesión (una sesión por semana) al grupo intervención. Se instruye al cuidador en temas relacionados con el cuidado en la demencia, resolución de conflictos y entrenamiento de habilidades de comunicación con el paciente. Al grupo control se les entregó un DVD que contenía información educativa sobre el cuidado en la demencia.	
	Puntuación Escala PEDro	6	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS (Cont.)

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Martín-Carrasco, M. et al. ⁽⁶⁷⁾	n (= Muestra)	(n=238) los participantes fueron reclutados de España y Portugal.	La mayoría de los cuidadores eran mujeres casadas que cuidan a su pareja o padre, con un nivel educativo bajo, y cuidaban de su familiar más de 8 horas diarias. Mejora la sobrecarga tras la intervención a los 10 meses del inicio del programa (p<0.01).
	Tipo de Intervención y contenido	Psicoeducativa. Ocho sesiones individuales de más de 4 meses para la enseñanza de estrategias para afrontar los problemas de atención de los pacientes con EA.	
	Puntuación Escala PEDro	9	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

Con respecto a las intervenciones multicomponente, 8 han sido los estudios que llevan a cabo este tipo de intervención ^(50-55,57,69). Belle et al. ⁽⁵⁰⁾ encontró que la sobrecarga y el resto de ítems analizados presentaron mejoras significativas en relación a la intervención multicomponente (REACH II) realizada para mejorar la calidad de vida, pero en cambio, para la institucionalización de los pacientes con EA presentaron que no había diferencias significativas a los 6 meses (7,2% del Grupo Control vs 4,3% en el Grupo Intervención; $p=0,118$). Posteriormente, Czaja et al. ⁽⁵⁵⁾ mediante el empleo de datos de un estudio de Recursos para Mejorar la Salud del cuidador con Alzheimer (REACH II), obtiene resultados positivos para la mejora de habilidades en el cuidado y tecnología empleada, disminuyendo la sobrecarga, aumentando el apoyo social percibido y percepción positiva de la experiencia en el cuidado pero en cambio, no presenta efectos para la depresión. Elliot et al. ⁽⁵⁷⁾, en su estudio evalúa la relación entre los cambios desde el inicio hasta después de la intervención en el estado de salud empleando el diseño REACH II en grupos étnicos. Sus resultados demostraron que mejora el nivel de sobrecarga con resultados muy positivos y estadísticamente significativos ($p=0.05$), según la Escala Zarit y sugieren que los hispanos eran menos propensos a reportar frustraciones totales de cuidado mientras los blancos eran más propensos a reportar mayor carga emocional con el papel de cuidador. En cambio, en el estudio de Blom et al. ⁽⁵¹⁾ se realiza una intervención multicomponente que incluye la relajación como método para disminuir la sobrecarga de los cuidadores informales. Posteriormente Blom et al. ⁽⁵²⁾ evaluó la eficacia de una intervención multicomponente a través de un curso de internet aunque se centró en los síntomas psicológicos: depresión, ansiedad y estrés, y sugiere que mejorando estos aspectos se mejora la sobrecarga y por tanto, la calidad de vida del cuidador. En este estudio, a los cuidadores se les ofrece acceder a un curso de internet en el momento que les sea más oportuno. El poder acceder en el momento que sea factible para ellos ofrece una ventaja respecto al anterior trabajo de este mismo autor, como es no tener que desplazarse en busca de ayuda de un profesional de la salud, lo que reporta un ahorro de tiempo y recursos, ofreciendo una ayuda rápida y cómoda. Por su parte, Carbonnau et al. ⁽⁵³⁾ presenta resultados cuantitativos poco eficaces, pero si cualitativos de gran potencial para la intervención. Por otra parte, para Chiatti et al. ⁽⁵⁴⁾ la eficacia de un programa UP-TECH y uso de tecnología telefónica ha demostrado los beneficios reportados de esta intervención en la sobrecarga del cuidador informal. En esta misma línea, aunque realizando una intervención psicosocial, los resultados presentados por Glauger et al. ⁽⁵⁹⁾ revelaron que el sexo femenino es más propenso a la reducción de la carga en los meses posteriores a la institucionalización de su familiar con Alzheimer.

Como anteriormente hemos reflejado, Blom et al. ⁽⁵¹⁾, evaluó una intervención psicoeducativa mediante internet y recomienda la medición de la sobrecarga con el empleo de la escala Zarit Burden Interview (ZBI) ⁽³²⁾. Tremont et al. ⁽⁶⁹⁾ por otro lado, evalúa la eficacia de una intervención mediante la realización de un seguimiento telefónico. Ambos autores ^(51,69) fueron los únicos que evaluaron la carga después de la intervención a los 12 meses. Los resultados ofrecieron datos estadísticamente significativos en la disminución de la sobrecarga manifestada por los cuidadores informales.

INTERVENCIONES MULTICOMPONENTE

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Belle, SH. et al. ⁽⁵⁰⁾	n (= Muestra)	(n=642) 212 Hispanos o Latinos, 219 blancos o caucásicos y 211 negros o africanos, respectivamente de Birmingham, Alabama; Memphis, Tennessee; Miami, Florida; Palo Alto, California; y Filadelfia, Pensilvania. Utilizaron personal bilingüe y multicultural.	<p>Los grupos intervención muestran altos niveles de apoyo social según la etnia.</p> <p>El grupo intervención muestra tasa menor de depresión vs el grupo control, que aseguran sentirse mejor y más seguros en la tarea de cuidar. Las pruebas de homogeneidad mostraron que los efectos de la intervención fueron similares dentro de cada grupo racial o étnico ($P = 0,158$ para los hispanos o latinos, $P = 0,619$ para el blanco o caucásica, y $P = 0,862$ para el negro o el afroamericano), se observó una mejoría significativamente mayor entre los participantes hispanos o latinos ($P < 0,001$) y los participantes blancos o caucásicos ($P = 0,032$), pero no fue igual para los participantes negros o afroamericanos ($P = 0,23$) en el grupo de intervención en comparación con la mejoría del grupo control.</p> <p>Se utilizó la regresión lineal simple y múltiple, y T-Student para pruebas comparando los cambios entre el inicio y los 6 meses en el grupo intervención.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Seguimiento Telefónico y Multicomponente. 9 sesiones en casa, 3 sesiones individuales telefónicamente, y 5 sesiones de grupo de apoyo por teléfono a los 6 meses. La asignación se realizó al azar usando 3 baterías para los 3 grupos raciales o étnicos (hispanos o latinos, blancos o caucásicos, y Afroamericanos). Se proporcionó a los cuidadores una serie de estrategias: suministro de información, instrucción didáctica, juegos de rol, resolución de problemas, entrenamiento de habilidades, técnicas de manejo del estrés, etc. con la finalidad de proporcionar al cuidador educación y estrategias para la mejora de comportamientos saludables, mejorar la gestión de comportamientos problemáticos, apoyo social, controlar el estrés, etc.	
	Puntuación Escala PEDro	9	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

Blom, MM. et al. ⁽⁵¹⁾	n (= Muestra)	(n=175)	El grupo intervención no reduce la depresión y presenta menores efectos en la calidad de vida psicológica aunque si muestra una mayor satisfacción el grupo intervención frente al grupo control. Se utiliza el análisis de regresión múltiple. Los autores recomiendan la medición de la sobrecarga, de forma más fiable, mediante el empleo de la escala Zarit.
	Tipo de Intervención y contenido	De apoyo y psicoeducación. Incluye psicoeducación, terapia cognitiva conductual, resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y relajación Curso de Internet: 8 sesiones y una sesión de refuerzo durante 6 meses guiadas por un psicólogo, y 2 mediciones post-intervención a los 9 y 12 meses. Los participantes son reclutados de varias maneras: la propia página web, el boletín digital mensual de la Sociedad de Alzheimer en los Países Bajos, folletos en las reuniones de Alzheimer Cafés y cartas de información a instituciones de atención pertinentes	
	Puntuación Escala PEDro	6	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

INTERVENCIONES MULTICOMPONENTE (Cont.)

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Blom, MM. et al. ⁽⁵²⁾	n (= Muestra)	(n=245), dividido en grupo intervención 149, grupo control 96, y realizado en los Países Bajos.	<p>Casi todos los cuidadores eran cónyuges o hijos y vivían con el receptor de cuidados en el mismo hogar. La edad media de los cuidadores fue de 61,2 años, con nivel educativo variado. El grupo experimental mostró síntomas significativamente más bajos de depresión ($p = 0,034$) y ansiedad ($p = 0,007$) después de la intervención.</p> <p>Cuenta con varias limitaciones como son: abandono del programa por la duración del mismo; diferencias en contenidos y métodos entre grupo intervención y control; educación proporcionada durante el programa; la presentación de información en ambos grupos; y la falta de adhesión al curso de internet por parte del técnico instruido.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	<p>Psicoeducación: curso de internet guiada del Ministerio de Defensa para reducir la depresión y la ansiedad.</p> <p>El grupo intervención recibió un curso de internet de autoayuda guiada a través de 8 sesiones y una sesión de refuerzo con retroalimentación, frente al grupo control que recibió una mínima intervención, que consistía en recibir boletines electrónicos por e-mail.</p>	
	Puntación Escala PEDro	10	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	
Carbonnau, H. et al. ⁽⁵³⁾	n (= Muestra)	(n=49) de cuatro ciudades en la provincia de Quebec: Sherbrooke, Montreal, Granby y Shawinigan.	<p>De los 49 cuidadores que participaron en el estudio, un 52% cuidaban a un padre y un 30% de ellos estaban cuidando a su cónyuge, el sexo predominante era femenino.</p> <p>Presenta resultados cuantitativos poco eficaces, pero sí cualitativos de gran potencial para la intervención. La tendencia estadística a nivel cuantitativo ($p = 0,07$) y los resultados cualitativos muestran la efectividad de la intervención en los sentimientos de eficacia de los cuidadores en los cuidados que prestan a los receptores.</p> <p>Es un estudio que presenta los aspectos positivos, a diferencia de los restantes estudios.</p> <p>Presenta como limitación el tamaño muestral final compuesto descompensado: 21 sujetos en el grupo experimental y 19 en el grupo control. Especifican que se requiere una muestra de 26 sujetos para cada grupo para que el estudio cuente con buena fiabilidad en cuanto a los resultados.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	<p>Programa de Educación para el Ocio.</p> <p>Programa pretest y posttest para cuidadores y familiares con EA antes del inicio, después del inicio del programa y al mes de su finalización para ver si se mantenían los efectos.</p> <p>Duración de 4 a 6 sesiones de seguimiento individual telefónico + entrevistas semiestructuradas para documentar fehacientemente cómo afectó la intervención en la vida cotidiana de los cuidadores.</p>	
	Puntación Escala PEDro	7	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio (ECA)	

INTERVENCIONES MULTICOMPONENTE (Cont.)			
AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Chiatti, C. et al. ⁽⁵⁴⁾	n (= Muestra)	(n=450) de cinco distritos de salud de la región de Marche (Pesaro, Ancona, Macerata, Fermo y San Benedetto del Tronto), Italia.	<p>El programa fue efectivo en la calidad de vida de los cuidadores y retrasó la institucionalización de los pacientes con EA. Por otro lado, obtuvo beneficios sobre la sobrecarga, también se orientaron los resultados a apoyar a profesionales sanitarios y de servicios sociales y políticos con perspectivas de futuro.</p> <p>Limitaciones: no puede garantizar el cegamiento durante la segunda o tercera visita domiciliaria o seguimiento telefónico, a pesar, del entrenamiento recibido por parte de todos los profesionales que intervienen en el programa.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Multicomponente: Programa Up-Tech y uso de tecnología telefónica. Duración: 12 meses. Curso intensivo y multidisciplinar de 8 días: inscripción en díadas paciente con EA y su cuidador, y 3 visitas de enfermería a domicilio (grupo Up-Tech). También realiza una reunión al mes con un trabajador social, 3 sesiones de terapia individual, seguimiento telefónico mensual y otras informaciones. Esta intervención combina el uso de gestión de casos, las nuevas tecnologías, las visitas a domicilio de enfermería y los esfuerzos hacia la integración de los servicios existentes.	
	Puntuación Escala PEDro	7	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	
Czaja, SJ. et al. ⁽⁵⁵⁾	n (= Muestra)	(n=110) 56 hispanos y 54 afroamericanos.	<p>La edad promedio fue de 60,9 años.</p> <p>El grupo intervención mostró una disminución de la sobrecarga, aumento del apoyo social percibido y percepción positiva de la experiencia de cuidado.</p> <p>No presenta efectos para la depresión.</p> <p>La mayoría de los participantes mejoraron sus habilidades del cuidado y resaltaron el fácil manejo la tecnología usada.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Psicosocial multicomponente a través de Videoconferencia. 5 sesiones de grupo de apoyo de videoconferencia y 6 sesiones de educación durante 1 h mensualmente. Aborda temas sobre cuidados y apoyo social, más el uso de la tecnología portátil.	
	Puntuación Escala PEDro	10	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

INTERVENCIONES MULTICOMPONENTE (Cont.)

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Elliot, AF. et al. ⁽⁵⁷⁾	n (= Muestra)	(n= 495) 169 latinos, 160 blancos y 166 afroamericanos de Birmingham, AL; Memphis, TN; Miami, FL; Palo Alto, CA; y Filadelfia, PA.	<p>Los resultados revelan diferencias étnicas en la salud física y emocional, en la frustración total, el cuidado, y carga emocional.</p> <p>Muestra una mejora en la salud, el sueño, mejora el estado de ánimo, y la mejora física.</p> <p>Evidencia que cuánta más formación y habilidades reciba el cuidador, será más capaz de incorporarlos a rutina diaria, lo que implica una mejora de su salud y una disminución de los niveles de depresión y carga.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Llamadas telefónicas y Educación para la Salud. El grupo intervención recibió: entrevistas iniciales distribuidas en 12 sesiones, 9 eran domiciliarias y el resto telefónicamente con un seguimiento de 6 meses. El grupo control recibió durante el periodo de 6 meses 2 llamadas telefónicas.	
	Puntuación Escala PEDro	9	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	
Tremont, G. et al. ⁽⁶⁹⁾	n (= Muestra)	(n= 250)	<p>El 78% de los cuidadores eran mujeres y la mitad eran cónyuges.</p> <p>Mejora los síntomas depresivos, la sobrecarga y los problemas de memoria en los cuidadores.</p> <p>No hubo diferencias entre los grupos para la carga del cuidador según la Escala Zarit ($p = 0,485$). Evidencia resultados positivos para el seguimiento telefónico.</p> <p>Limitaciones: la raza caucásica fue la predominante, por los que los resultados no se pueden generalizar a los distintos grupos étnicos.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Asesoramiento telefónico + información sobre los recursos locales y material educativo. 16 contactos telefónicos 6 meses anteriores o Intervención Familiar: Teléfono de seguimiento-cuidador (FITT-C) o de Asistencia telefónica (TS).	
	Puntuación Escala PEDro	11	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

El único estudio que aborda una intervención de ejercicio regular, es el trabajo realizado por Hirano et al. ⁽⁶²⁾ encaminado a la mejora de la calidad de vida de los cuidadores informales mediante la intervención de realización de ejercicio físico. Los resultados mostraron una reducción significativamente mayor en el grupo intervención en la sobrecarga.

Xiao et al. ⁽⁷⁰⁾ realizó una intervención de gestión de casos para comprobar la eficacia de una intervención en los cuidadores informales. Sus resultados mostraron un aumento significativo de la calidad de vida ($p < 0,001$) en lo referente a los componentes mentales de los cuidadores, pero no halló diferencias significativas en los componentes físicos. El aumento más importante se dio en los 6 meses.

INTERVENCIÓN DE EJERCICIO REGULAR			
AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Hirano, A. et al. ⁽⁶²⁾	n (= Muestra)	(n=31)	<p>Demuestra resultados significativos en la disminución de la carga subjetiva, sensación de fatiga y pero no en la calidad de sueño ($p < 0,05$) en el grupo intervención. No hubo diferencias en las variables entre los grupos, excepto la tendencia al estado de ánimo depresivo que presentada el grupo control ($p = 0,021$). En el grupo de intervención, la media según el ZBI en cuanto a la carga y calidad de sueño ofreció una disminución significativa durante el seguimiento ($p < 0,05$) frente al grupo control ($p < 0,01$).</p> <p>Limitaciones: La realización de ejercicio físico en el grupo intervención fue alta al principio, pero no alcanzó significación estadística.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Ejercicio regular. La intervención fue realizar ejercicio regular con intensidad moderada, 3 veces por semana durante 12 semanas el grupo intervención. En el grupo control no realizó ejercicio físico.	
	Puntuación Escala PEDro	7	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

INTERVENCIÓN DE GESTIÓN DE CASOS			
AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Xiao, LD. et al. ⁽⁷⁰⁾	n (= Muestra)	(n= 61). El estudio se realizó en Adelaide metropolitana, Australia del Sur.	<p>La edad media de los cuidadores fue de 56 años. Se muestra un aumento significativo de la calidad de vida ($p < 0,001$), pero fue más importante este aumento a los 6 meses.</p> <p>Limitaciones: no ciega a los participantes de ambos grupos: control e intervención, por lo que el riesgo de sesgo estuvo presente durante todo el estudio; y resalta el papel del equipo investigador por su papel de resolución de problemas entre los coordinadores de atención durante el estudio.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Educativa. Los participantes fueron informados de la investigación mediante entrega de material con evidencia, y se midió al inicio, a los 6 y 12 meses.	
	Puntuación Escala PEDro	5	
	Tipo de Estudio	Ensayo Clínico Aleatorio	

Mientras que en las dos revisiones realizadas por los dos autores ^(65,66) analizados, se comparó el asesoramiento telefónico realizado en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Por un lado, en la revisión realizada por Lins et al. ⁽⁶⁵⁾ se encontró evidencia de calidad en el asesoramiento telefónico sin ningún tipo de intervención adicional en los cuidadores para reducir los síntomas depresivos. Sin embargo, los autores sugieren que estos resultados han de ser interpretados con precaución. Hoy en día, no existen evidencias de si el asesoramiento telefónico, en combinación con vídeo o asesoramiento telefónico o en combinación con vídeo y libro de trabajo, es eficaz en la reducción de los síntomas depresivos y otros resultados secundarios como la sobrecarga. Los estudios individuales informaron de efectos inciertos. Los resultados se enfocaron a evaluar: la carga del cuidador, la angustia, la calidad de vida, la prestación de cuidados, satisfacción y autoeficacia, y dada la muestra tan pequeña seleccionada, los autores recomiendan interpretar estos datos con precaución. Por otro lado, y con la misma finalidad, Martín et al. ⁽⁶⁶⁾ lleva a cabo una revisión y actualiza la evidencia hasta el momento publicada, sobre la eficacia de una intervención en la disminución de la sobrecarga del cuidador. Sus resultados nos muestran una mejora sobre el estado psicológico del cuidador (51,4%).

REVISIONES SISTEMÁTICAS

AUTOR	ESTUDIO Y CARACTERÍSTICAS		RESULTADOS
Lins, S. et al. ⁽⁶⁵⁾	n (= Muestra)	(n=11) 9 ECA que investigaron la eficacia del asesoramiento telefónico y 2 estudios cualitativos que examinaron la calidad de la experiencia.	<p>Evalúa: Carga del cuidador, angustia, ansiedad, calidad de vida, prestación de cuidados, auto-eficacia y satisfacción. Los estudios cuantitativos tenían un alto riesgo de sesgo por el cegamiento de los participantes y la evaluación de resultados.</p> <p>Los efectos estimados sobre carga, la angustia, la ansiedad, calidad de vida, auto-eficacia, satisfacción y apoyo social no eran fiables y no pueden excluirse diferencias (carga: cuatro ensayos, p= 0,05, el apoyo: dos ensayos, p= 0,32; lo que reportó baja calidad. Dado que la muestra es pequeña, los resultados deben ser extrapolados con precaución, según nos recomiendan los autores.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Seguimiento Telefónico. Consuelling. Comparó el asesoramiento telefónico para los cuidadores de personas con demencia sin ningún tratamiento. Se incluyó estudios cualitativos con métodos en el asesoramiento telefónico.	
	Puntuación Escala PEDro	5	
	Tipo de Estudio	Revisión Sistemática	
Martín-Carrasco, M. et al. ⁽⁶⁶⁾	n (= Muestra)	(n=35 ensayos clínicos aleatorios)	<p>La eficacia de las intervenciones sobre la variable de sobrecarga se refleja en 18 estudios e indican mejores resultados sobre la sobrecarga. Los resultados encontrados, indican que los programas de intervención tienen un efecto beneficioso sobre el estado psicológico del cuidador, si bien sólo se presenta de manera significativa en la mitad de los estudios (51,4%). Dentro de los trabajos que valoran la variable de depresión y sobrecarga.</p>
	Tipo de Intervención y contenido	Psicoeducativas. Se seleccionó 35 estudios agrupados en tres categorías: apoyo grupal o no profesional, Counseling y psicoeducación.	
	Puntuación Escala PEDro	5	
	Tipo de Estudio	Revisión Sistemática	

6. DISCUSIÓN.

La prevalencia de pacientes con demencia y su pronóstico, nos conducen a intentar mejorar la calidad de los cuidados y mejorar las intervenciones llevadas a cabo tanto con el paciente con EA como a cuidadores informales. Las intervenciones encaminadas a disminuir las consecuencias negativas que se derivan de la acción de cuidar a un paciente con demencia varían en la forma, en sus contenidos, en su abordaje, en sus resultados, etc. El objetivo de esta revisión fue determinar la eficacia de las intervenciones individuales en la disminución de la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con EA. En este trabajo hemos hallado que existen múltiples tipos de intervenciones, pero nos hemos centrado en las intervenciones psicosociales, psicoeducativas, multicomponente, de gestión de casos y ejercicio regular, e incluido dos revisiones sistemáticas. Se sugiere que las intervenciones con enfoque psicológico resultan ser más efectivas inicialmente en la disminución de la sobrecarga de los cuidadores informales, pero en estudios posteriores llevados a cabo por varios autores ^(50-57,69) se ha demostrado que las intervenciones multicomponente proporcionan mayores beneficios y reportan una disminución de la sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con EA. Los resultados de estudios revisados ponen de manifiesto la sobrecarga asistencial que éstos manifiestan y la mejora que presentan gracias a programas con abordaje cognitivo-conductual. Para Gaugler et al. ⁽⁵⁹⁾ el sentimiento de depresión en los cuidadores disminuye y por tanto, mejora la calidad de vida gracias al asesoramiento telefónico como afirma también Belle et al. ⁽⁵⁰⁾.

Es notable la producción científica existente, pero hemos de resaltar que no todos abordan la disminución de la sobrecarga como primer resultado, es decir, algunos autores primero intentan reducir variables como la depresión, la ansiedad, etc. y buscan como resultado secundario la disminución de la sobrecarga. Esto está íntimamente relacionado con la teoría de Lazarus y Folkman ⁽²⁷⁾, que señalan el estrés como el resultado de la interacción individuos-ambiente, donde la situación y los recursos personales y sociales influyen, y esto genera una situación estresante, apareciendo así, la sobrecarga ^(24,25).

Todos los resultados presentados, coinciden con publicaciones existentes, y han demostrado la relación entre sobrecarga y depresión, lo que nos conduce aún más a señalar que las intervenciones combinadas serían las más adecuadas para la disminución de la sobrecarga en los cuidadores informales. Tras la lectura de los artículos, hemos de indicar que las intervenciones individuales presentan resultados estadísticamente significativos, y más concretamente, las personalizadas, dado a que se adaptan mejor a las necesidades específicas de los cuidadores, pero resaltan, que presentan un problema a la hora de definir metodológicamente la intervención y compararla con otras, por ello, sugieren que se debería

combinar intervenciones grupales con individuales. Al comparar estas evidencias, se ha comprobado como hallazgo secundario al estudio, que las intervenciones individuales son más eficaces para reducir la depresión en comparación con las intervenciones grupales⁽⁶¹⁾.

Por otro lado, y como hemos citado anteriormente, el uso creciente de las nuevas tecnologías y el fácil acceso a las mismas, nos reportan un nuevo método de intervención que debe ser explorado aún más dado los beneficios reportados⁽⁵⁶⁾.

En lo referente a la duración de las intervenciones, se ha comprobado que cuántas más sesiones o más contenidos se ofrezcan, los cuidadores pueden sentirse sobrecargados y pueden presentar un mayor abandono^(24,71). En contraposición, las intervenciones cortas, que intentaron demostrar resultados favorables en este sentido, tampoco obtuvieron resultados significativos, pues no se podía verificar si los cuidadores que participaron en la intervención realizaban correctamente el programa⁽⁷²⁻⁷⁴⁾. Atendiendo a todas estas consideraciones anteriormente expuestas, consideramos que sería importante realizar intervenciones equilibradas tanto en la intensidad, número de sesiones, y cantidad de contenidos, capacidad de adaptación y flexibilidad a cada cuidador, para evitar el mayor número de abandonos de programas realizados. En este sentido, las pérdidas que ha habido en los estudios analizados se deben en su mayoría, a que los cuidadores no pueden mantener una continuidad y por tanto, abandonan el programa de intervención. No obstante, para lograr que estas intervenciones sean eficaces se debe llevar a cabo programas de participación activa donde los cuidadores mediante el entrenamiento de habilidades, los contenidos educativos, la repetición de ejercicios, realización de actividades rol-playing, etc. sean capaces de generar un hábito que modifique su capacidad cognitivo-conductual.

Por otro lado, como limitaciones de esta revisión sin meta-análisis realizada han sido: la recuperación incompleta de algunos estudios que ha sido solventada realizando la búsqueda en otras bases de datos, y los posibles sesgos de los estudios revisados, eligiendo para paliar este posible sesgo, estudios de tipo experimental (ECA).

7. CONCLUSIÓN.

El objetivo del presente estudio fue evidenciar la eficacia de una intervención en el alivio de la carga de cuidador, puesto que en nuestra práctica asistencial. Para ello, hemos realizado una revisión sistemática de la literatura existente desde 2006 a 2016 en las principales bases de datos Pubmed (MEDLINE), WOS, Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), SCOPUS, Cuiden Plus, Psycinfo, Dialnet, y Science Direct. Se ha incluido 21 artículos incluyendo dos búsquedas manuales. Todas las intervenciones realizadas han demostrado eficacia cada una dentro de su área de investigación mejorando la calidad de vida y satisfacción del cuidador, a la vez que disminuye la sobrecarga percibida y expresada por los cuidadores informales. Una característica de las intervenciones eficaces ha sido su abordaje psicológico, centradas en lo cognitivo conductual, más que las centradas en lo educativo exclusivamente. Una reciente revisión pone de manifiesto que las intervenciones psicológicas y psicosociales son más efectivas en la mejora de los resultados y la calidad de vida, tanto de cuidadores como de los pacientes con demencia. Como resultado, hemos encontrado que la mayoría de los estudios ofrecen mejoras significativas pero concluyen realizando sugerencias de que es mejor combinar intervenciones individuales con intervenciones multicomponente porque ofrecen mejores resultados.

Los resultados de los principales estudios analizados, no se pueden llevar a cabo correctamente en la sociedad actual porque el sistema sanitario pasa por un déficit importante, por lo que no puede plantearse la implementación de intervenciones, pero si sería interesante en un futuro, realizar un trabajo de campo para comprobar la eficacia de las intervenciones multicomponente en el ámbito de estudio. Por otro lado, es de suma importancia que el sistema sanitario cambie su concepción sobre el cuidador informal, tomándolo en cuenta como usuario, que requiere atención y necesidades iguales a las de otros pacientes, y que deje de ser valorado como un agente que proporciona cuidados.

Esta revisión sistemática sugiere que las intervenciones multicomponente son las más beneficiosas y recomendables para reducir y prevenir la sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con EA. Aunque, hemos de resaltar que todavía es un área de investigación muy novedoso y que cuenta con lagunas de conocimiento. Como anteriormente hemos reseñado, existe una gran cantidad de trabajos llevados a cabo sobre esta materia que plantean intervenciones, pero muy pocos son los que nos ofrecen una intervención de calidad y que sea llevada a cabo en el ámbito hospitalario. Todas estas razones no hacen mencionar que sería necesario llevar a cabo intervenciones

multicomponente de calidad que evalúen de forma más precisa la eficacia de este tipo de intervenciones.

Como futuras líneas de investigación sería interesante realizar intervenciones que se basen en la implementación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, para rentabilizar el sistema sanitario público y reducir el coste sanitario. Después de haber realizado esta revisión sistemática y no encontrar resultados en nuestro ámbito de trabajo (hospitalario), destacamos la necesidad de llevar a cabo trabajos de tipo cuantitativo que aborden una intervención experimental sobre este tema.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización de las Naciones Unidas. Departamento de asuntos económicos y sociales. Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo de un mundo que envejece. Reseña Nueva York: ONU. (Consultado el 4 Enero 2016). Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess_sp.pdf
2. Abellán García, A; Pujol Rodríguez, R. “Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 10. [Fecha de publicación: 22/01/2015]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
3. INE: INEBASE [Pagina Web]. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población (españoles/extranjeros) por edad (año a año) y sexo. 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
4. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco, Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España.2004 Madrid. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO; Disponible en <http://www.dependencia.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
5. Flores G, Elizabeth, Rivas R, Edith, & Seguel P, Fredy. Nivel de Sobrecarga en el Desempeño del Rol del Cuidador Familiar de Adulto Mayor con Dependencia Severa. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Abr [citado 2016 Abr 12] ; 18(1): 29-41. Disponible en 29-41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004&lng=es DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>.
6. Zunzunegui, MV. Envejecimiento y Salud. En: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998. Pp.129-139.
7. Crespo López M, López Martínez J. Cuidadores: El efecto del género en el cuidando no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. IMSERSO; 2008 (35):1. Disponible en: <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf> DOI <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

8. Alzheimer's Disease Education and Referral Center. Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. Agosto 2010. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/enfermedad-alzheimer>
9. Embarba BÁ, Carpintero EG, González RL, Isabel A, Vergel S, Domingo MÁ, et al. Disminución de la sobrecarga del cuidador mediante intervención enfermera. . Disponible en : http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/457d3722-13c8-4c45-b632-f77e74afa820/0a9a258f-8892-4646-b6e3-01e8dcbdb0c8/Disminucion_sobrecar.pdf
10. Poches DKP., Báez DMU., Córdoba AMC. Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psicología desde el Caribe, vol. 29, núm. 2, mayo-agosto, 2012, pp. 360-384. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21324851006>. Fecha de consulta: 12 de abril de 2016.
11. Colliere Colliere MF. [Finding the original meaning of nursing care]. Rev Enferm. 1999-Jan;22(1):27-31.
12. Sánchez Herrera Beatriz. Cómo cuidar un enfermo en casa. Aquichán [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2016 Jan 04]; 5 (1): 150-155. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100015&lng=en.
13. Jofré A., Viviane, & Mendoza P., Sara. TOMA DE DECISIONES EN SALUD EN MUJERES CUIDADORAS INFORMALES. Ciencia y enfermería. 2005;11(1), 37-49. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000100005>.
14. Rey Casado, F., y Mazarrasa Alvear L. Cuidados informales. Rev Enferm.1995; 18(202): 61-65.
15. Córdoba AMC., Poches DKP. Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. Psychologia. Avanc. de la Disciplina. 2014;8(2):73-81.
16. Aparicio M, Sánchez M, Díaz J, Cuellar I, Castellanos B, Fernández M, et al. La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. Madrid: Imsero 2008.
17. Latorre FJG, Mariño AMB, Córdoba AMC. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psychologia. Avanc. de la Disciplina, enero-junio, 2012, vol. 6,

núm. 1, pp. 35-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770002>.
Fecha de consulta: 12 de abril de 2016.

18. Vargas-Escobar Lina María. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. Aquichán [Internet]. 2012 Apr [cited 2016 Jan 04] ; 12(1): 62-76. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000100007&lng=en.

19. Wright K. The economics of informal care of the elderly. New York: Centre for health economics, University of York. 1987; núm. 23. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%2023.pdf>.

20. Gil MJL, Moreno FJA, Sánchez RO, Gómez-Caro S, de la Morena JC, Oropesa AS. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2009, vol. 2, núm. 7, pp. 332-339. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614509004>. Fecha de consulta: 12 de julio de 2016.

21. Martínez JR. Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. Rev Adm Sanit. 2003; 1(2):275-88.

22. Del Pino Casado, Rafael. Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes (Tesis Doctoral). Repositorio de la Universidad de Jaén. 366 p. ISBN 978-84-8439-717-5. Disponible en: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/453/1/9788484397175.pdf>.

23. Crespo M, López J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Madrid: Pirámide; 2007.

24. Pinquart M, Sorensen S. Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: a meta-analysis. Gerontologist. 2005; 45(1):90-106

25. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. IMSERSO; 2005.

26. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. Psychol Aging. 2003; (18):250-67.

27. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

28. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud* 2015;26(1):9-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v26n1/v26n1a02.pdf>
29. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011 VANCOUVER: Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010. Catálogo CISNE.
30. Pedregosa, GT.(2009). Apoyo social en el cansancio del Rol del Cuidador. *Evidencia*; 6 (25).
31. López MC, Martínez JL. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. IMSERSO; 2007. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
32. Zarit SH, Reever KE y Bach-Peterson, J. Relatives of the impaired elderly. Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 2010; 20, 649-654. Disponible en: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/20/6/649.full.pdf+html>.
33. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. La sobrecarga de las cuidadoras de pacientes dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial. Valencia: Tirant lo Blanc; 2006.
34. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experiencia of subjective burden. *Family Relations*.1985;34:19-26
35. Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 1998 Jul;51(1 Suppl 1):S53-60; discussion S65-7. http://dx.doi.org/10.1212/WNL.51.1_Suppl_1.S53
36. Robinson, BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*, 1983; May;38(3):344-348.
37. Martínez, ÁM, Fernández, FC, Martín, AB, Pérez-Fuentes, M., Jurado, MM., Linares,JG. Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar de personas con demencia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 2015;5(2). Disponible en: <http://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/119doi>
<http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.119>

38. Egea, MT., Pérez, EB., Castillo, PDS.. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos. 2008;19(1):9-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n1/rincon1.pdf>. DOI: [10.4321/S1134-928X2008000100002](https://doi.org/10.4321/S1134-928X2008000100002)
39. Losada, A., Montorio, I., Izal, M. y Márquez, M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. 1ª ed. Madrid: IMSERSO. 2006. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estudiomalestarpsuidadores.pdf>.
40. Rabinowitz YG, Mausbach BT, Coon DW, Depp C, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. The Moderating Effect of Self-Efficacy on Intervention Response in Women Family Caregivers of Older Adults With Dementia. Am J Geriatr Psychiatry, 2006 8; 14(8):642-649. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.JGP.0000192496.73673.e5>.
41. Sánchez-Pascual P, Mouronte-Liz P, Olazarán-Rodríguez J. Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. Revista de Neurología,2001; 33(5):422-424. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13918/beneficios_de_un_programa_formacion_cuidador.pdf.
42. Gitlin LN, Winter L, Vause Earland T, Adel Herge E, Chernett NL, Piersol CV, et al. The Tailored Activity Program to Reduce Behavioral Symptoms in Individuals With Dementia: Feasibility, Acceptability, and Replication Potential. The Gerontologist, 2009; June 01;49(3):428-439. Disponible en: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/49/3/428.full.pdf+html>. DOI [10.1093/geront/gnp087](https://doi.org/10.1093/geront/gnp087).
43. Orozco Gómez, Á.M., Eustache Rodríguez, V., Grosso Torres, L.M. Programa de intervención cognoscitivo conductual en la calidad de sueño de cuidadores familiares. Revista Colombiana de Enfermería, ISSN-e 1909-1621, Vol.7, Nº 7, 2012, págs: 75-85. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4066516>.
44. Bimbela Pedrola J. Cuidando al cuidador, Counseling para profesionales de la salud. 4ª ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2001
45. Pérez Perdomo M, Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2008; vol. 7, núm. 3. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418872009>. Fecha de consulta: 12 de julio de 2016.

46. Castilla J, Losada A, Izial M, Montorio I. La ayuda a los familiares de pacientes con demencia: diversas técnicas de intervención con cuidadores. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia, 2004; 51-60. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=cLQB4bk3YDIC&pg=PA51&lpg=PA51&dq=La+ayuda+a+los+familiares+de+pacientes+con+demencia:+diversas+t%C3%A9cnicas+de+intervenci%C3%B3n+con+cuidadores.+Aspectos+familiares+y+sociales+del+paciente+con+demencia&source=bl&ots=aeFo6deayb&sig=hFd4qN-tUB8xpkMCxy5lkt0lIdo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjovtfrl8nNAhXI2hoKHe02BJgQ6AEIHDAA#v=onepage&q=La%20ayuda%20a%20los%20familiares%20de%20pacientes%20con%20demencia%3A%20diversas%20t%C3%A9cnicas%20de%20intervenci%C3%B3n%20con%20cuidadores.%20Aspectos%20familiares%20y%20sociales%20del%20paciente%20con%20demencia&f=false>
47. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*, 2009; 151(4), 264–269.
48. Urrutía, G., Bonfill, X. Declaración Prisma: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*, 2010; 135 (11): 507-511. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310001454>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>.
49. Maher CG, Sherrington, RD Herbert, AM Moseley, M. Elkins. La fiabilidad de la escala PEDro para la evaluación de calidad de los ensayos controlados aleatorios. *Phys Ther*. 2003; 83 (8):713-721. Disponible en: <http://ptjournal.apta.org/content/83/8/713.long>.
50. Belle SH, Burgio L, Burns R, et al. Enhancing the Quality of Life of Dementia Caregivers from Different Ethnic or Racial Groups: A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:727-738. doi:10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00005 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585490/>.
51. Blom, MM., Bosmans, JE., Cuijpers, P., Zarit, SH., Pot, AM. Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013,13:17. DOI:10.1186/1471-244X-13-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557221/>.
52. Blom, MM., Zarit, SH., Groot Zwaafink, RB. M., Cuijpers, P., & Pot, AM. Effectiveness of an Internet Intervention for Family Caregivers of People with Dementia:

Results of a Randomized Controlled Trial. PLoS One. 2015 Feb 13;10(2), e0116622. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0116622>
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116622>.

53. Carbonneau, H., Caron, CD. Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Jul-Aug;53(1):31-9. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2053/science/article/pii/S0167494310001743>. doi: [10.1016/j.archger.2010.06.009](https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.06.009).

54. Chiatti, C., Masera, F., Rimland, J.M., Cherubini, A., Scarpino, O., Spazzafumo, L. 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; 14, 155. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748825/>. doi: [10.1186/1745-6215-14-155](https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-155).

55. Czaja, S. J., Loewenstein, D., Schulz, R., Nair, S. N., & Perdomo, D. (2013). A videophone psychosocial intervention for dementia caregivers. Am J Geriatr Psychiatry. 2013 Nov;21(11):1071-81. doi: [10.1016/j.jagp.2013.02.019](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.02.019).

56. Czaja SJ, Gitlin LN, Schulz R, Zhang, S., Burgio, LD., Stevens, AB., et al. (2009). Development of the Risk Appraisal Measure (RAM): A Brief Screen to Identify Risk Areas and Guide Interventions for Dementia Caregivers. J Am Soc Geriatr. 2009 Jun; 57 (6): 1064-1072. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722069/>. doi: [10.1111/j.1532-5415.2009.02260.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02260.x)

57. 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;58(1):30-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819276/>. doi: [10.1111/j.1532-5415.2009.02631.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02631.x)

58. Finkel, S., Czaja, SJ., Schulz, R., Martinovich, Z., Harris, C., Pezzuto, D. E-care: a telecommunications technology intervention for family caregivers of dementia patients. Am J Geriatr Psychiatry. 2007; May; 15 (5):443-8. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2053/science/article/pii/S1064748112604722>. doi: [10.1097/JGP.0b013e3180437d87](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180437d87)

59. Gaugler J, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Modeling Trajectories and Transitions: Results from the New York University Caregiver Intervention. Nurs Res. 2011 May-Jun;60(3 Suppl):S28-S37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131213/>. doi: [10.1097/NNR.0b013e318216007d](https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318216007d).

60. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care--the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Apr;24(4):347-54. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2066/doi/10.1002/gps.2126/epdf>. doi: [10.1002/gps.2126](https://doi.org/10.1002/gps.2126).
61. Gitlin LN, Burgio LD, Mahoney D, Burns R, Zhang C, Schulz R, et al. (2003). Effect of Multicomponent Interventions on Caregiver Burden and Depression: The REACH Multisite Initiative at 6-Month Follow-Up. *Psychol and Aging*. 2003;18(3):361-74. PMID: 14518800. [PMC free article] [PubMed] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2583061/>. doi : [10.1037/0882-7974.18.3.361](https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.3.361)
62. Hirano, A., Suzuki, Y., Kuzuya, M., Onishi, J., Ban, N., & Umegaki, H. Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients: A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Sep-Oct; 53(2):e158-63. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2053/science/article/pii/S0167494310002141>. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.08.004>.
63. Kurz, A., Wagenpfeil, S., Hallauer, J., Schneider-Schelte, H., Jansen, S., & AENEAS Study Grp. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Aug;25(8):861-9 Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2066/enhanced/doi/10.1002/gps.2428>. doi:[10.1002/gps.2428](https://doi.org/10.1002/gps.2428).
64. Kwok T, Wong B, Ip I, Chui K, Young D, Ho F. Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1191-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24072965> doi: [10.2147/CIA.S48264](https://doi.org/10.2147/CIA.S48264)
65. Lins, S., Hayder-Beichel, D., Rucker, G., Motschall, E., Antes, G., Meyer, G. et al. Efficacy and experiences of telephone counselling for informal carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 1;(9):CD009126. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2066/doi/10.1002/14651858.CD009126.pub2/full>. doi:[10.1002/14651858.CD009126.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009126.pub2).
66. Martín-Carrasco, M., Ballesteros-Rodríguez, J., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., & González-Fraile, E. Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Esp Psiquiatr* 2014; 42(6), 300-14. Disponible en:

http://ws003.juntadeandalucia.es:2081/sp-3.20.0b/ovidweb.cgi?&S=BLJCFPPCECDDIIPJNCIKFGGCEKNAAA00&Link+Set=S.sh.43.44.48.52%7c12%7csl_11443731. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.002>.

67. 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;24(5):489-99. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2066/doi/10.1002/gps.2142/epdf>. DOI: [10.1002/gps.2142](http://dx.doi.org/10.1002/gps.2142)

68. Signe, A., Esmelth, R. Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Scand J Caring Sci*. 2008 Mar;22(1):98-109. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2066/enhanced/doi/10.1111/j.1471-6712.2007.00498.x>.

doi: [10.1111/j.1471-6712.2007.00498.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00498.x)

69. Tremont G, Davis JD, Bishop DS, Fortinsky RH. Telephone-Delivered Psychosocial Intervention Reduces Burden in Dementia Caregivers. *Dementia*. 2008;7(4):503-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2836858/pdf/nihms29629.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1177%2F1471301208096632>.

70. Xiao LD, De Bellis A, Kyriazopoulos H, Draper B, Ullah S. The Effect of a Personalized Dementia Care Intervention for Caregivers From Australian Minority Groups. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2016 Feb;31(1):57-67. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2368/content/31/1/57.full>. PMID: [25805891](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25805891/). DOI: [10.1177/1533317515578256](http://dx.doi.org/10.1177/1533317515578256).

71. Gallagher-Thompson D, Coon DW, Solano N, Ambler C, Rabinowitz Y, Thompson LW. Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: site-specific results from the REACH national collaborative study. *Gerontologist*. 2003;43(4):580-91.

72. Mahoney DF, Tarlow BJ, Jones RN. Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: findings from the REACH for TLC intervention study. *Gerontologist*. 2003;43(4):556-67.

73. Winter L, Gitlin LN. Evaluation of a telephone-based support group intervention for female caregivers of communitydwelling individuals with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2007;21(6):391-7

74. Gallagher-Thompson D, Wang PC, Liu W, Cheung V, Peng R, China D, et al. Effectiveness of a psychoeducational skill training DVD program to reduce stress in Chinese American dementia caregivers: results of a preliminary study. *Aging Ment Health*. 2010;14(3):263-73.

9. ANEXOS

ANEXO I. Zarit Caregiver Burden Interview (ZCBI)

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

ANEXO II. Caregiver Strain Index (CSI)

ANEXO 2

Índice de esfuerzo del cuidador

Test heteroadministrado

Instrucciones para el profesional:

Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que cuidan a enfermos mucho tiempo ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Tiene trastornos de sueño (por ejemplo, porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche) | Sí | No |
| 2. Es un inconveniente para usted (por ejemplo, porque la ayuda le consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar) | Sí | No |
| 3. Representa un esfuerzo físico para usted (por ejemplo, hay que sentarlo, levantarlo de una silla) | Sí | No |
| 4. Supone una restricción para usted (por ejemplo, porque ayudar le limita el tiempo libre o no puede hacer visitas) | Sí | No |
| 5. Ha habido modificaciones en la familia (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad) | Sí | No |
| 6. Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones) | Sí | No |
| 7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (por ejemplo, por parte de otros miembros de la familia) | Sí | No |
| 8. Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, causa de fuertes discusiones) | Sí | No |
| 9. Algunos comportamientos son molestos (por ejemplo, la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas) | Sí | No |
| 10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (por ejemplo es un persona diferente a la de antes) | Sí | No |
| 11. Ha habido modificaciones en el trabajo (por ejemplo, a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda) | Sí | No |
| 12. Es una carga económica | Sí | No |
| 13. Nos ha desbordado totalmente (por ejemplo, por la preocupación por la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento) | Sí | No |

PUNTUACIÓN TOTAL

Diagnóstico de sobrecarga > 6 puntos