

El Alzheimer, la enfermedad de los dos pacientes. Revisión de intervenciones para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer

Alzheimer, the disease of the two patients. Revision of interventions for caregivers of Alzheimer's patients

Raquel Santos Santos

Graduada en Psicología por la Universidad de Alcalá de Henares

El presente trabajo es una revisión para profundizar en las diferentes intervenciones que existen actualmente para trabajar con cuidadores de personas con Alzheimer. Esta enfermedad precisa de gran asistencia y cuidado por parte de sus familiares, y como consecuencia de ello, estos pueden llegar a experimentar síntomas como estrés, etc. conocido como el Síndrome de Carga del Cuidador. Así, esta situación no solo repercute en bienestar del cuidador, sino que también afecta al curso de la enfermedad del paciente. Por ello, en este trabajo se han descrito las diversas intervenciones existentes para este tipo de población, y además, los recursos con los que pueden contar los cuidadores. A su vez, y siguiendo los criterios de inclusión del estudio, se realizan búsquedas exhaustivas utilizando las bases de datos electrónicas, y se seleccionaron de todas ellas 18 estudios. De acuerdo con los hallazgos anteriores, se identifican cinco categorías de intervención psicológica: psicoeducativa, las basadas en la tecnología, multicomponente, psicoterapia/asesoramiento y por último, las basadas en la meditación. Los cuatro primeros fueron los que obtuvieron los mejores resultados respecto a su eficacia. Los estudios futuros deben continuar ampliando las muestras e investigando y desarrollando otros tipos de programas e intervenciones para contribuir a este problema.

Palabras clave: Alzheimer, Carga del cuidador, cuidadores, psicoterapia, meditación.

This work is a review that delves into the different interventions that currently exist to work with caregivers of people with Alzheimer's. This disease requires a lot of assistance and care from their relatives and as a consequence they may experience symptoms such as sadness, stress, etc. known as Caregiver Burden Syndrome. This situation not only affects the caregiver's well-being but also affects the course of the patient's illness. For this reason, this work has described the existing interventions for this type of population and the resources that caregivers have. Following the study inclusion criteria, exhaustive searches were conducted using the electronic databases and 18 studies were selected. Consistent with the above findings, five categories of psychological intervention were identified: psychoeducational, technology-based, multi-component, psychotherapy / counselling, and meditation-based. The first four were the more effective ones. Future studies should continue to explore this in bigger samples and investigate other types of programs and interventions to contribute to this problem.

Keywords: Alzheimer Disease, Caregiver Burden, Caregivers, Psychotherapy, Meditation.

Presentación

A través de este trabajo pretendo estudiar un tema fundamental que afecta a los cuidadores de pacientes con Alzheimer. De este modo, analizo los tipos de intervención psicológica propias de dicho colectivo.

Es evidente que, a lo largo del siglo XX, la esperanza de vida al nacer se ha duplicado. Muchas y variadas son las circunstancias que intervienen en este factor demográfico. Pero sin duda, los avances tanto científicos como técnicos, así como las mejoras en la sociedad de aspectos como la alimentación, higiene, medicina, etc. reafirman este cambio biológico. A pesar de ello, el fenómeno tiene consecuencias negativas importantes (Parra-Anguita & Pancorbo-Hidalgo, 2013).

De este modo, el envejecimiento de la población, asociado a la elevada esperanza de vida actual hace que aumente el número de casos de deterioro cognitivo o demencia. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), hay 47,5 millones de personas en el mundo que sufren este tipo de trastornos, y cada año se suma a la cifra 7,7 millones de nuevos enfermos (Martínez-Lage et al., 2018).

En este contexto, el trastorno de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia y, además, está ligada al envejecimiento. Según estiman Martínez-Lage et al. (2018) en España hay 800.000 personas con demencia de los que el 60-80% son personas con esta dolencia de Alzheimer. Si a estos enfermos, se suman los familiares y cuidadores, la EA afecta, de forma directa o indirecta a más de 3,5 millones de personas en este país.

Es necesario destacar que, además de ser la principal causa de demencia en todo el mundo, también es la que mayor discapacidad genera en personas mayores. Esto es debido a la pérdida de autonomía en el curso de las actividades de la vida diaria, y a los síntomas psicológicos y conductuales, que hacen que sea una de las enfermedades que más precisa asistencia o cuidado por parte de sus familiares y de los profesionales. Así, los que les asisten suelen ser del entorno cercanos del paciente que con el tiempo presentan síntomas como tristeza, estrés, etc., algo conocido técnicamente como el Síndrome de Carga del Cuidador. Esta situación no solo es significativa para el bienestar del cuidador, sino que repercute en el curso de la enfermedad del paciente con demencia afectando a su deterioro funcional físico (Cadena-Sanabria & Zabala-Gualtero, 2018).

Como consecuencia de lo expuesto, la importancia de investigar el estado actual de las intervenciones psicológicas destinadas a los cuidadores de personas con Alzheimer radica en el hecho de que cada vez hay mayor número de individuos que se encuentran en esta situación. Y sin duda, con el aumento de las demencias previstas en un futuro, la cifra sigue creciendo paulatinamente.

Por todo ello, estos sujetos deben disponer de intervenciones psicológica acorde con esta nueva actividad cotidiana, y que además sean eficaces, para sobrellevar la situación compleja que viven de una forma que no altere su bienestar o lo haga en el menor grado posible y, en definitiva, para que su estado no afecte a los cuidados que proporciona el familiar (Francke et al., 2010).

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es describir las intervenciones actuales para los cuidadores de personas con Alzheimer.

Los objetivos específicos son conocer la situación de los cuidadores informales, entender los motivos de sobrecarga del cuidador familiar, exponer las características de las intervenciones para los cuidadores de personas con demencia, y, por último, enumerar y describir los recursos actuales de los que disponen los familiares de los enfermos de Alzheimer.

Investigación teórica

Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia y afecta al 20% de personas mayor de 80 años. Es un trastorno neurodegenerativo que tiene un curso progresivo y, hasta el día de hoy, crónico. La repercusión sobre la persona afectada es un deterioro cognitivo y funcional grave. De este modo, los cambios en la sociedad, el aumento de la esperanza de vida y como consecuencia el número de personas mayores, hace que los datos de prevalencia de la EA aumenten de forma considerable. Por ello, esta dolencia, tanto por el gasto económico que conlleva, como por las personas a las que afecta directa o indirectamente, constituye un problema social y sanitario de gran dimensión (Martín-Carrasco, 2009).

Según la OMS (2012), la EA se desarrolla en tres fases. La temprana (primer o segundo año), la media (del segundo al cuarto o quinto año) y la avanzada (del quinto año en adelante). Estas etapas son una estimación y pueden variar de una persona a otra. En cada una de ellas hay síntomas determinados, aunque no todos los pacientes los presentan en su totalidad, ni la EA afecta de la misma manera a todos los individuos que la sufren. La tabla 1 resume los principales síntomas característicos de cada fase.

Tabla 1. Principales síntomas característicos de las tres fases de la EA.

Fase temprana	Fase media	Fase avanzada
-Memoria: dificultades para seguir una conversación, olvidos de nombres de personas, citas, llamadas telefónicas...	-Memoria: Olvida los sucesos recientes y no puede comprender los hechos nuevos. Recuerda algunos hechos lejanos, aunque los situé mal cronológicamente.	-Memoria: no hay ubicación espaciotemporal, no reconoce a familiares amigos y objetos conocidos. Conserva la memoria emocional.
-Comportamiento: cambios repentinos de humor. Más inactivo, desinterés general. Ocasionalmente se puede mostrar agresivo o muy irritado.	-Comportamiento: agresión y agitación no verbal. Comportamiento inapropiado.	-Comportamiento: no reacciona de forma coherente ante las diferentes situaciones. Humor imprevisible.
-Lenguaje y comprensión: frases más cortas, confusión de ideas	-Lenguaje y comprensión: menos vocabulario, repetición de palabras, frases cortas, habla lenta.	-Lenguaje y comprensión: no comprende lo que sucede a su alrededor.
-Actividades cotidianas: comienzan las dificultades en algunas tareas del hogar y en el control del dinero.	-Movimiento: pierde motricidad fina y equilibrio. Caídas frecuentes, movilidad enteltecida.	-Movimiento: imposibilidad de caminar, con la enfermedad muy avanzada pueden estar siempre en la cama o en una silla de ruedas. No controla esfínteres.
	-Actividades cotidianas: precisa de ayuda para comer y para el autocuidado.	-Actividades cotidianas: precisa ayuda para cualquier actividad. Tiene dificultades a la hora de tragar.

Fuente. Elaboración propia.

Es de sobra conocido que la prevalencia de la demencia tiene una tendencia creciente a nivel mundial. Se estima que para el año 2050, el número de personas que sufren este trastorno aumente hasta alcanzar la cifra de 115,4 millones. Esto genera a su vez un aumento en el número de cuidadores informales que se hacen cargo de sus familiares enfermos (Dauphinot, Krolak-Salmon, Mouchoux, y Novais, 2017).

Sin duda, otro aspecto importante a reseñar es el gasto económico, donde el impacto de la demencia es enorme. A nivel global, el desembolso para las personas con demencia suma más del 1% del producto interior bruto (PIB). Pero la conservación del bienestar de los cuidadores, mediante los diferentes tipos de intervención, es indispensable para el ahorro económico, pues retrasa la institucionalización de los enfermos (Verhey y Vugt, 2013).

En otro orden de cosas, el progreso de la demencia es impredecible y conlleva muchos cambios comportamentales, por lo que los cuidadores se enfrentan de manera constante a nuevos retos y necesidades. Esto es debido a que ésta es una enfermedad neurodegenerativa, que comienza con unos síntomas leves, para evolucionar hasta tener graves complicaciones para realizar cualquier actividad. A medida que el Alzheimer alcanza fases más elevadas, la labor del cuidador cambia, volviéndose comprometida y aumentando la carga (Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

A menudo, son necesarios varios años de cuidados exhaustivos adaptándose a una situación en continuo cambio y muy exigente. Todo ello, requiere una amplia gama de habilidades, tales como la supervisión de todas las tareas diarias, la gestión de los cambios de humor y de comportamiento, la adaptación a la nueva situación social, etc. Por ello, se puede considerar el papel de este tipo de cuidador progresivo y dinámico (Verhey y Vugt, 2013).

Es por ello que, el impacto negativo de este cuidado puede derivar en los siguientes problemas: estrés crónico, riesgo mayor de depresión, afectación del funcionamiento cognitivo, mayor probabilidad de demencia, problemas físicos, etc. (Verhey y Vugt, 2013).

De este modo, las intervenciones para cuidadores de personas con demencia son necesarias e importantes. Estas, deben girar en reducir el impacto negativo a largo plazo, aportar desarrollo del bienestar de los cuidadores y disminuir en el estrés y la carga. Estas ayudas pueden dividirse en psicoterapia (cognitivo-conductual), grupos de autoayuda, psicoeducación, y apoyo formal o cuidado de relevo (Verhey y Vugt, 2013).

Como afirman algunos especialistas:

la demencia tipo Alzheimer es una enfermedad que incluye síntomas cognitivos y psicológico-conductuales que son lo suficientemente agudos para producir alteraciones en la funcionalidad de quien la padece (Carretero y Menzdoz, 2002, p.16).

Sin duda, la pérdida de funcionalidad aumenta progresivamente, por ello, los cuidados que el familiar destina al enfermo son muy exhaustivos y cada vez mayores. Desde que comienza el problema, la persona necesita ayuda para realizar diversas actividades. Álvarez, Castiello y Rodríguez (2005) agrupan estas en tres tipos; las tareas domésticas (hacer la comida, limpiar etc.), las actividades cotidianas (ir al médico, hacer las compras etc.) y los cuidados personales (asearse, comer, etc.). Los datos que aporta el

estudio inciden en que las ayudas que más prestan los cuidadores corresponden con las actividades cotidianas relacionadas con el exterior, seguidas por las tareas domésticas y los cuidados personales. Además, informa de que la intensidad de la ayuda es elevada, pues, habitualmente, los cuidadores abarcan los tres tipos de prestaciones.

Existen cuatro tipos de cuidadores, definidos en dos grupos. En el primero están los informales y los formales. Según Chiao, Wu y Hsiao (2015) los primeros suelen ser familiares o amigos, y no tienen conocimientos previos sobre la enfermedad, es decir, no son profesionales. Atienden al enfermo la mayor parte del tiempo. Asimismo, asumen las tareas de supervisión de las necesidades del paciente, satisfaciéndolas y estando pendiente de ellas. En ocasiones tienen que ocuparse también de los trabajos del hogar. A su vez, los cuidadores formales son personas que no están en el núcleo familiar y que reciben un salario a cambio del cuidado del mismo. Estos pueden tener formación específica o carecer de la misma (Cerquera y Galvis, 2013). En el segundo grupo están los cuidadores principales y los secundarios. Los primeros son aquellas personas que asumen el cuidado al completo, y los segundos son aquellos que ayudan o colaboran con el cuidador principal a la hora de satisfacer las necesidades del enfermo (García Cueto y García Martínez, 2017).

Con respecto al perfil del cuidador la mayoría son mujeres. De este modo, encontramos que la mayoría de las mismas guardan parentesco con el enfermo: esposa, hija, etc. El perfil socio-profesional es el de ama de casa, de mediana edad, desde los 40 años hasta los 60 o 65 años. Además, tienen, en su gran mayoría, un nivel de estudios bajo y un trabajo por el que no reciben remuneración. Es importante destacar también que cada vez hay más personas mayores cuidando de personas de su misma edad o superior. Esto genera que, a la gran carga que de por sí presenta el cuidado, se le suman los problemas de salud propios de la persona de edad avanzada que ejerce esta función (Cerquera y Galvis, 2013).

En la literatura científica se evidencia que las familias adquieren una gran carga tras conocer el diagnóstico de Alzheimer de uno de sus miembros, teniendo que tomar diferentes decisiones. Se plantean cuestiones trascendentales, ¿quién se va a hacer cargo del enfermo como cuidador principal? Y ¿qué me ofrece la administración para poder atender eficazmente al enfermo? Por último, ¿qué cantidad de recursos tanto económicos como humanos se van a destinar a su cuidado? De este modo, la prestación de cuidados continuada genera en su entorno más cercano una fuente de estrés crónico que acarrea graves consecuencias (Cerquera y Galvis, 2013).

Ahora bien, aunque hay algunas repercusiones positivas derivadas del cuidado (ver Tabla 2), fundamentalmente se describen consecuencias negativas alcanzando, además del ámbito psicológico, el social, el físico, el emocional y por último el económico. A nivel físico son habituales los dolores de cabeza, insomnio, cansancio y fatiga (García Cueto y García Martínez, 2017). En el plano social, la dependencia del enfermo hacia el cuidador que genera el Alzheimer hace que este último se entregue completamente, olvidando su independencia, y deja su vida de lado. Los cuidadores principales abandonan cualquier otra actividad que realizaban antes en su tiempo libre, centrándose, únicamente, en el cuidado general del enfermo (Buitrago, Cerquera y Granados, 2012). Las consecuencias a nivel emocional son el estrés, apatía, depresión, sentimientos de culpa, frustración, y bajo estado de

ánimo. También pueden llegar a desarrollar el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador (Rogeró, 2010).

Asimismo, se producen unos gastos extra durante la vida de enfermo y el cuidador, que son destinados a suplir las necesidades causadas por la enfermedad de Alzheimer o por el cuidado del mismo. Así, la inversión de dinero, habitualmente, es para productor de tareas o servicios destinados al paciente o al cuidador, entre los que están los servicios de apoyo, pago de centros de día, personal de limpieza etc. (Rogeró, 2010). Otras situaciones que afectan al ámbito económico son la pérdida de trabajo, la reducción de la jornada laboral para ocuparse del cuidado, con la consiguiente disminución del salario y la cotización a la futura pensión que tendrá en un futuro (García Cueto y García Martínez, 2017).

Tabla 2. Principales consecuencias derivadas del cuidado de una persona con demencia.

	Positivas	Negativas
Nivel físico	Mayor actividad de la cuidadora	Cansancio Alteraciones del sueño Fatiga Cefalea
Nivel emocional	Empatía	Apatía
Nivel económico	Directos: prestación económica de la persona dependiente. Indirectos: herencia futura.	A corto plazo: pérdida del trabajo remunerado, reducción de la jornada laboral. A largo plazo: menor contribución y/o pensión en el futuro.
Relaciones sociales	Reconocimiento familiar Reconocimiento extra-familiar (social)	Aislamiento social

Fuente. García Cueto y García Martínez (2017).

Todas estas consecuencias se relacionan con un fenómeno denominado sobrecarga del cuidador, que se describe a continuación.

La sobrecarga del cuidador se produce por un alto nivel de carga física, psicológica, emocional, conductual y económica que experimentan ellos como resultado del cuidado de su familiar (Chiao, Wu & Hsiao, 2015).

Por lo mismo, se trata de un estado psicológico que se produce según cómo perciben los cuidadores las tareas que realizan, y cómo estas afectan a su satisfacción personal. Así, las cargas que experimentan pueden ser objetivas o subjetivas. Las primeras aluden al tiempo que utiliza la persona en realizar las diferentes tareas de cuidado del enfermo, la satisfacción de sus necesidades y peticiones. Las segundas, corresponden a las emociones y pensamientos negativos generados por la labor de cuidador que desempeña (Buitrago, Cerquera y Granados, 2012).

Asimismo, el entorno familiar también es un factor importante. Si la misma aporta soluciones, y se encargan de repartirse las tareas sus miembros del cuidado, de la limpieza del hogar, de los traslados a médicos etc., el peso del cuidado se distribuye, y la sobrecarga disminuye. En cambio, si es el cuidador principal es el que tiene responsabilidad absoluta, está expuesto a una sobrecarga física y emocional constante (Buitrago, Cerquera y Granados, 2012).

Sin lugar a dudas, el exceso de trabajo tiene un impacto muy relevante en la salud física y psicológica del cuidador, viéndose afectada su calidad de vida y su bienestar. A su

vez, afecta de forma negativa a los cuidados que realiza del enfermo, a la situación de institucionalización, y a los costes globales de salud (Blanco et al., 2019).

Según dicho autor, existen factores de riesgo de los cuidadores respecto a padecer sobrecarga, pero la literatura científica no es muy prolífica en este aspecto y tampoco dedica mucho espacio al tema. Así, las variables que más afectan son tener menor edad, ser mujer, estar casado, que el enfermo sea esposo/a o hijo/a, edad mayor de la persona que sufre la enfermedad, y un elevado número de horas dedicadas al cuidado. Por lo que respecta a los factores de la personalidad del cuidador, los extrovertidos se benefician de emociones más positivas, y los que puntúan más alto en neuroticismo tienen experiencias más negativas. Por último, la autoestima se considera un factor protector puesto que ayuda a enfrentarse con el estrés de la situación y a afrontarla de modo más racional.

Cuando la persona que experimenta esta sobrecarga, aparece en unas variables que afectan directamente a su estado físico y mental. Respecto al primero, comienzan a notarse signos de cansancio por el esfuerzo ejercido y el descanso menor. Respecto a la parte mental, aparecen las emociones y pensamientos negativos citados anteriormente, así como estrés (Buitrago, Cerquera y Granados, 2012).

Por todo ello, el cuidador necesita servicios y propuestas que resuelvan sus necesidades y ayuden en su sobrecarga. Entre los recursos disponibles para los cuidadores, destacan las ayudas técnicas o productos de apoyo y, sobre todo la Ley de Promoción de Autonomía Personal y la Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006).

Para el primer recurso, los productos de apoyo ayudan a la persona a realizar acciones o tareas que de forma individual no pueden llegar a efectuar correctamente o es muy difícil. Las mismas están destinadas a suplir una parte del cuerpo que se encuentra en malas condiciones o que no funciona. Este tipo se encuentran en el mercado o se fabrican por encargo. Su función es para tareas simples como cubiertos adaptados, y más complejas como grúas para transferencias (Cruz Roja Española, 2010).

Con respecto a la Ley de Dependencia, engloba unos servicios y prestaciones que se ofrecen a las familias en función del grado de dependencia que obtenga el enfermo. Para ello, es necesario que se realice una valoración de la persona, de su situación económica, sanitaria y social, y poder concretar sus necesidades. Cuando el solicitante cumple los requisitos básicos para la adquisición de estas ayudas, se organizan los servicios y prestaciones que este va a obtener y se ajusta la regularidad y la cantidad que va a recibir (García Cueto y García Martínez, 2017).

Además, para las personas cuidadores, existen algunas intervenciones dirigidas a aliviar la carga que pueden soportar, así como las mencionadas consecuencias. Entre las existentes destacan los grupos de apoyo mutuo, TCC y las intervenciones psicoeducativas.

Si tenemos en cuenta a los grupos de apoyo, la sobrecarga derivada de cuidar a una persona con Alzheimer genera, aparte de molestias físicas, malestar emocional. El poder expresar estos sentimientos, pensamientos, etc. con personas que están pasando por una situación similar, en un ámbito de confianza y seguridad es algo importante en el autocuidado. Además, es una ayuda también en el aspecto social, pues se pueden crear nuevas relaciones de complicidad y empatía, muy satisfactorias. Estos

hacen posible que el aprendizaje de experiencias ajenas, el apoyo de otros cuidadores, la expresión emocional y las relaciones sociales sean positivas. Así, están formados por personas que tiene un problema común, en este caso, cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer u otras demencias. Las sesiones son regulares y pueden estar formadas únicamente por los cuidadores o guiadas por un profesional (Cruz Roja Española, 2010).

En relación con las intervenciones basadas en el modelo cognitivo-conductual actúan sobre aspectos como la asertividad, los pensamientos desadaptativos, la percepción de autoeficacia, el duelo y otras muchas áreas. Este tipo de intervenciones originan cambios en el estado emocional, pero no ayudan de la misma manera al nivel socioeconómico (Cerquera y Pabón, 2014).

Por último, las intervenciones psicoeducativas son de soporte a los cuidadores, basándose en programas con una orientación psicoeducativa. En la revisión de Elvish et al. (2013) afirman que los proyectos educativos afectan positivamente a la depresión, el bienestar emocional, la calidad de vida, los pensamientos sobre el cuidado y la ansiedad.

Así pues, el objetivo establecido para este trabajo es describir las intervenciones actuales para los cuidadores de personas con Alzheimer y conocer su eficacia. Al ser una problemática en auge, y que va a continuar creciendo durante los próximos años, es de importancia el hecho de intervenir con los cuidadores para así mejorar su carga percibida, sus síntomas derivados de este cuidado etc. Además, también es relevante el hecho de que estas intervenciones sean eficaces para conseguir el objetivo de aumentar el bienestar de la persona, y, sobre todo, para no perder recursos materiales y temporales sin conseguir ningún beneficio. Se han descrito los diferentes tipos de intervenciones y recursos existentes para los cuidadores, pero también es importante seguir investigando sobre este tema, pues hay que diseñar programas más eficaces y con menos costes para los cuidadores. Además, es un ámbito que está en continuo cambio, ya que el problema de la demencia es creciente a nivel mundial, y los tratamientos cada vez se adaptan más a las nuevas técnicas en auge y las diferentes situaciones que pueden derivarse del hecho de cuidar.

Objetivos

El objetivo general de la revisión es conocer la eficacia de las intervenciones existentes en la actualidad para los cuidadores de personas con Alzheimer.

Dentro de los objetivos específicos escogidos para la misma son, analizar la eficacia de las diferentes intervenciones, comparar entre los estudios disponibles las características y conclusiones de cada uno, y valorar, según sus resultados, que intervenciones son más eficaces para aplicar en cuidadores de personas con demencia.

Método

Se realiza una revisión bibliográfica de diversos artículos de revista y libros sobre el Alzheimer y los cuidadores de pacientes con la enfermedad, con el objetivo de encontrar aquellos que tratan sobre intervenciones para cuidadores. La búsqueda se realiza en las bases de datos electrónicas Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, MEDLINE,

PsycINFO, PubMed, SciELOy Web of Science. Se accede a las mismas través de la biblioteca de la Universidad de Alcalá de Henares, utilizando el programa Forticlient.

Para la búsqueda, las palabras clave utilizadas han sido: Alzheimer, cuidadores, sobrecarga del cuidador, grupos de autoayuda, ayuda formal, intervenciones, caregivers, selfhelp, overload, formal support, psychoeducational, psychoterapeutic.

Como criterios de inclusión para los estudios son los tipos de participantes que sean cuidadores informales de personas con demencia y diadas compuestas por cuidador y familiar, los estudios publicados entre 2010 y 2020 y escritos en castellano o inglés.

Así, esta selección realizada se ha llevado a cabo utilizando las palabras clave del estudio. De este modo, aparecen más de 50 artículos para ser revisados por su relevancia. Se leyeron los resúmenes de estos artículos y se evaluaron siguiendo los criterios de inclusión del estudio. Después del proceso, los textos completos que se consideran potencialmente relevantes son 28 estudios y se examinaron en profundidad. De este modo, y tras una lectura exhaustiva de los mismos se seleccionaron los que se adherían a los criterios de inclusión.

Por todo ello, se han incluido 18 estudios en la revisión. En el anexo se puede encontrar un resumen que contiene el año y autor, diseño, tamaño de la muestra y tipo de participantes, país donde se ha realizado el estudio, tipo de intervención aplicada y resultados obtenidos. A continuación, se presentan las conclusiones extraídas del estudio de dichos estudios.

Resultados

De este modo, los 18 trabajos o bloques de intervenciones son: psicoeducativa, basada en la tecnología, de meditación, psicoterapia-asesoramiento y multicomponente.

Cabe destacar que estas investigaciones abarcan un amplio número de países a nivel mundial, entre los que se encuentran EEUU, Australia, Reino Unido, Países Bajos, China y España.

En cuanto a las intervenciones basadas en programas de meditación, encontramos tres estudios: el de Hoppes, Bryce, Hellman&Finlay (2012), el de Innes, Selfe, Brown, Rose & Thompson-Heisterman (2012) y el de Lavretsky et al. (2013). Dentro de esta área, cada estudio utiliza un tipo de técnica diferente. Hoppes et al. (2012) llevan a cabo un programa de reducción del estrés basado en la atención plena, mientras que Innes et al. (2012) y Lavretsky et al. (2013) se centran en programas de meditación y meditación yóguica respectivamente.

Siguiendo el estudio de Hoppes et al. (2012) de reducción del estrés, utiliza métodos mixtos, integrando estrategias cuantitativas y cualitativas en un modelo paralelo, todo ello sin hacer suposiciones sobre las relaciones lineales entre datos o resultados cuantitativos y cualitativos. Así, centra la investigación para reducción del estrés basándose en la atención plena (MBSR), que se trata de un programa de capacitación formal que ha sido ampliamente investigado. Este se desarrolló para el dolor crónico y los trastornos relacionados con el estrés. En este contexto, adaptaron el modelo a las características del estudio, diseñando un protocolo más abreviado de cuatro sesiones de una hora, todo ello en semanas consecutivas. Las sesiones se dividían en diversos temas, ejercicios de

toma de contacto, de visualización de un puerto seguro e interno y de meditación caminando. Este estudio fue el de más corta duración de todas las intervenciones basadas en la meditación. Contaron con 11 participantes, cuidadores de familiares con demencia, siendo una muestra pequeña pues se trata de un estudio piloto. En relación a las variables estudiadas, estas las dividieron en cuantitativas y cualitativas. Dentro de las cuantitativas, principalmente se centraron en la carga del cuidador, aunque también analizaron el optimismo y la esperanza. En los resultados cualitativos realizados a través de entrevistas, registraron cuatro temas recurrentes, la aceptación de sí mismos y de la enfermedad de los miembros de la familia, la paz percibida por el cuidador, la reactividad al interactuar con el familiar y la presencia, el sentir que estas en el momento presente.

En el programa de meditación de Innes et al. (2012), los participantes recibieron 30-40 minutos de capacitación de meditación en persona, utilizando el Kirtan Kriya, una forma básica y fácil de aprender meditación, y recibieron un CD, y una hoja de instrucciones ilustrada para uso doméstico. Para este estudio el modelo es una versión en la que se realizaban 11 minutos de la práctica (repetiendo el mantra durante 2 minutos en voz alta, 2 minutos susurrando, 3 minutos en silencio, 2 minutos susurrando de nuevo y terminando con 2 minutos en voz alta). Los participantes reciben instrucciones de meditar durante 11 minutos dos veces al día, todos los días durante 8 semanas, dando un total de 112 sesiones, y registrar cada sesión de práctica diariamente. Estos deben meditar durante 11 minutos dos veces al día, todos los días durante ocho semanas. Contaron para la muestra de 12 personas formada por 6 díadas compuestas por un cuidador y una familiar con demencia. Al igual que en el estudio de Hoppes et al., (2012) la muestra es pequeña puesto que se trata también de un estudio piloto. En esta investigación, las variables que estudiaron son, por un lado, psicológicas, el estrés percibido por el cuidador y el estado de ánimo, y por otro lado físicas, el sueño y la presión arterial.

En el estudio Lavretsky et al. (2013) utiliza un programa basado en la meditación yóguica. Esta se compone de una breve práctica de 12 minutos que incluye una antigua meditación Kirtan Kriya, que se realiza todos los días a la misma hora del día durante un total de 8 semanas. Además, se les ofrece a los participantes un CD grabado con el protocolo utilizado. Esta meditación incluye a su vez movimientos repetitivos de los dedos, así como el canto del mantra. Podemos encontrar similitudes entre este estudio y el de Innes et al. (2012), por la temporalización y el modelo de meditación en el que se basan. Para ello, cuentan con una muestra de 39 participantes cuidadores de personas con demencia, bastante superior a la de los estudios anteriores, siendo, a pesar de ello una muestra pequeña. Las variables que manejaban a la hora de analizar los resultados de la meditación yóguica han sido los síntomas depresivos, la actividad de la telomerasa, y el funcionamiento mental y cognitivo.

Así, los resultados de este tipo de intervención son positivos. Es importante destacar que las áreas evaluadas difieren en cada uno de los estudios. En el primero, (Hoppes et al., 2012) menciona hallazgos cuantitativos y cualitativos. Dentro de los primeros se encuentran la carga del cuidador, que disminuye dentro de la intervención de cuatro semanas donde las diferencias de medias no son estadísticamente significativas. Con respecto a las conclusiones cualitativas se demuestra una mayor aceptación, más

presencia, paz, sentido de la esperanza y menor reactividad al interactuar con el familiar con demencia.

En los otros dos estudios, las conclusiones se centran más en el funcionamiento cognitivo, arrojando el de Innes et al. (2012) elementos que demuestran un mayor bienestar y función neuropsicológica, junto con un aumento del flujo sanguíneo tras la meditación. Los resultados de (Lavretsky et al., 2013) también sirven para afirmar que estas prácticas de meditación pueden conducir a un mejor funcionamiento mental y cognitivo, y a niveles más bajos de síntomas depresivos. De este modo, añaden que encuentran un aumento en la actividad de la telomerasa, lo que sugiere este aspecto es una mejora en el envejecimiento celular inducido por el estrés.

Asimismo, las conclusiones respecto a este tipo de intervenciones con cuidadores son esperanzadoras, pero también hay que tener en cuenta las limitaciones de los estudios. Por todo ello, al tratarse de trabajos pilotos, el tamaño de la muestra es pequeño, lo que limita la generalización y extrapolación. Además, el carecer de un grupo control con el que comparar, aumenta la posibilidad de que estos resultados puedan explicarse por el efecto placebo u otros motivos.

Otro de los tipos de intervenciones son las basadas en la tecnología. En el contexto social actual, con el escaso tiempo del que disponen los cuidadores, este tipo de programas que utilizan el teléfono o el internet como medio principal para intervenir está en auge. En esta sistemática revisión se han seleccionado cinco estudios de intervenciones basadas en la tecnología: Blom, Zarit, Zwaafink, Cuijpers, y Pot, (2015); Tremont et al. (2015); Czaja, Loewenstein, Schulz, Nair, y Perdomo, (2013), Kwok, Bel Wong, Chui, Youngy Ho, (2013) y Kajiyama et al., (2013). Dentro de este tipo de actuaciones, se pueden dividir los estudios en aquellos que utilizan internet (Blom et al., 2015, y Kajiyama et al., 2013) y los otros tres trabajos, que utilizan el teléfono. Asimismo, podemos clasificarlos por el tipo de intervención, al margen del medio por el que se impartan. De este modo, nos encontramos intervenciones multicomponentes como la de Blom et al. (2015) y por otro lado intervenciones psicosociales (Czaja et al., 2013); Kajiyama et al., 2013); Tremont et al., 2015) y psicoeducativas (Kwok et al., 2013). Los cinco son ensayos controlados aleatorizados, por lo que disponen de un grupo control.

En el estudio de Blom et al. (2015) se lleva a cabo un innovador curso guiado de autoayuda a través de internet, titulado "Dominio sobre la demencia" y diseñado con el fin de reducir los síntomas de depresión y ansiedad en los cuidadores. Este programa contiene una combinación de técnicas de psicoeducación con participación activa del cuidador, manejo de problemas de conducta, enseñanza de estrategias de afrontamiento, terapia cognitivo-conductual y aumento del apoyo social. Este consta de 8 lecciones y una sesión de refuerzo. Cada clase tiene la misma estructura e información, con una evaluación al comienzo y al final de cada sesión. Destaca este estudio por el tamaño de la muestra, contando con 251 participantes, siendo bastante amplia y que supera a las de los demás trabajos de este bloque. En coherencia con el objetivo del programa, las variables que estudian son los síntomas depresivos y los de ansiedad en los cuidadores participantes.

En la investigación de Kajiyama et al. (2013) utiliza el programa ICare que es una adaptación del programa psicosocial "Enfrentando el cuidado". Este tiene como objetivos enseñar un conjunto de habilidades básicas de

afrontamiento para el manejo del estrés. Incluye: entrenamiento en relajación, aprender a aumentar las actividades agradables cotidianas, reestructuración cognitiva y mejores habilidades de comunicación. El programa ICare Stress Management es un programa de entrenamiento electrónico, que aplica el programa psicosocial en el que está basado, pero de manera digital, a través de internet. Este tiene una duración de siete meses, al igual que las demás intervenciones basadas en internet, que tienen la misma temporalización. Para ello, el estudio ha contado con una muestra de 150 participantes, algo menor que la de la investigación anterior. Las variables utilizadas para medir los resultados son, principalmente, el estrés general del cuidador, teniendo en cuenta también en un segundo plano la molestia que generan los comportamientos problemáticos del familiar, los síntomas depresivos y la calidad de vida.

El estudio de Czaja et al. (2013) se fundamenta en una intervención psicosocial con videoteléfono. Consta de seis sesiones mensuales de una hora de duración, dos de ellas en el hogar y las otras cuatro impartidas a través de videoteléfono. Éstas se componen de breves conferencias de expertos sobre temas relevantes para el cuidado, como por ejemplo actualizaciones sobre la enfermedad de Alzheimer, la depresión del cuidado etc. Para realizar la investigación cuenta con una muestra de 110 cuidadores de personas con demencia, bastante parecida en número a la de Kajiyama et al. (2013), aunque menos amplia que la de Blom et al. (2015). Las variables que manejan a la hora de analizar los resultados son la carga del cuidador y la satisfacción respecto al apoyo social.

Asimismo, en el trabajo de Kwok et al. (2013) los cuidadores reciben psicoeducación de un trabajador social por teléfono. A los participantes se les ofrece información y consejos sobre temas relacionados con el cuidado de la demencia, incluidas nociones básicas sobre esta enfermedad, habilidades de comunicación con el paciente, manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de la dolencia. Esta información es impartida por trabajadores sociales. El programa se lleva a cabo durante 12 sesiones de aproximadamente 30 minutos por sesión, una por semana (un promedio de seis horas), y respecto a la duración total de la intervención, 6 meses que tiene semejanzas con los otros estudios. Una limitación señalada en el estudio con respecto a los resultados es la importancia de la mejora observada que puede deberse al tamaño de la muestra. Además, la efectividad para lograr los objetivos del tratamiento se asocia tanto con el método de intervención como con la duración de la misma, es decir, que un periodo más largo puede producir un resultado más significativo en este aspecto. Al igual que en el estudio anterior, el constructo que se tuvo en cuenta respecto a la evaluación de los cuidadores es la carga de estos. También registraron otras áreas como la autoeficacia a la hora de obtener un respiro por parte de los cuidadores.

Por último, en el estudio de Tremont et al. (2015) se llevan a cabo intervenciones psicosociales (método FITT) a través de contactos telefónicos de unos 60 minutos.

En resumen, en el caso de las intervenciones telefónicas los estudios se asemejan, puesto que duran aproximadamente una hora, excepto en el de Kwok et al. (2013) que el tiempo es en torno a 30 minutos. Además, con respecto a la duración total de la intervención todas se parecen y están alrededor de los 6 meses. Otro aspecto a tener en cuenta es el tamaño de la muestra de los estudios de Blom et al. (2015) y Tremont et al. (2015) con 251 y 250

respectivamente que destacan por tener el número más alto de participantes de este bloque.

Con relación a los resultados, si tenemos en cuenta los de los estudios de Tremont et al. (2015) y de Blom et al. (2015), las conclusiones son similares. El primero, demuestra una mejora en síntomas depresivos de los cuidadores y en las reacciones a los comportamientos del mismo tipo de la persona enferma, de forma parecida. El segundo estudio también presenta datos donde se muestra que los síntomas de depresión se reducen significativamente. A su vez, añade una bajada moderada de los síntomas de ansiedad de los cuidadores.

En los estudios de Kwok et al. (2013) y Czaja et al. (2013), el constructo que se tiene en cuenta respecto a la evaluación de los cuidadores es la carga de estos. En ambos, los participantes receptores de la intervención experimentaron disminuciones en la percibida. Además, en cada uno de ellos se evaluaron otras áreas. De este modo, en el primero se logra mejorar la autoeficacia de los cuidadores para obtener un respiro, y en el segundo se nota un aumento en la apreciación de los aspectos positivos del cuidador y una mayor satisfacción con el apoyo social.

Para finalizar, el estudio de Kajiyama et al. (2013) centra su evaluación en el estrés y la reacción de los cuidadores ante comportamientos problemáticos. En esta experiencia, los participantes experimentan una mejora sustancial en el estrés general, y sobre todo en la molestia que genera en los cuidadores los comportamientos problemáticos. También se observaron tendencias de mejora en el nivel de síntomas depresivos y en la calidad de vida percibida, pero a diferencia de los otros estudios, los resultados no fueron significativos.

Para terminar, debo añadir que las conclusiones de estos estudios justifican un mayor desarrollo de intervenciones basadas en la tecnología para los cuidadores de personas con demencia, y que estas son prometedoras para mantener el apoyo de una manera accesible y asequible. Además, las aportaciones pueden ser aún más prometedoras en las generaciones futuras de cuidadores que están todavía más familiarizados con internet y las nuevas tecnologías. No obstante, según Blom et al. (2015), a pesar que las personas mayores de 65 años no pertenecen al mundo de la tecnología de internet, han sabido adaptarse a las mismas, y su participación en un curso de esta plataforma digital es factible para reducir los síntomas psicológicos.

También, es importante tener en cuenta que la alta tasa de participación del grupo revela la mayor aceptación de esta intervención, y la necesidad de los cuidadores que tienen problemas para participar de forma presencial (Kwok et al. 2013).

Con respecto a las intervenciones psicoeducativas, únicamente se encuentra el estudio de Guerra, Ferri, Fonseca, Banerjee y Prince (2011), puesto que muchas de las intervenciones educativas que aparecen a lo largo de la búsqueda, por las diferentes bases de datos, se hallan agrupadas en las prácticas basadas en la tecnología y que, aunque fuesen de tipo psicoeducativo, predominaba en ellas su carácter digital. Por ello, se va a analizar este estudio y a comparar sus resultados con las anteriores intervenciones psicoeducativas basadas en la tecnología. El objetivo fue proporcionar educación básica sobre la demencia y capacitación específica para el manejo de conductas problemáticas. Se desarrolla en cinco sesiones semanales de 30 minutos cada una. En comparación con otros estudios de intervenciones psicoeducativas, el periodo que

comprende esta no es muy extenso. La muestra cuenta con 58 cuidadores, muy por encima de algunos estudios pilotos encontrados en esta revisión. Los resultados generados por este estudio demuestran una reducción en la carga del cuidador, el estrés y la calidad de vida de los participantes, lo que hace de esta intervención un método eficaz para mejorar el bienestar de los cuidadores de personas con demencia.

Para finalizar en el estudio de Guerra et al. (2011), se destaca que una importante limitación de este estudio es que la intervención no se puede realizar por trabajadores de la salud, por no disponer de recursos para participar con ellos. Por ello, en futuras investigaciones deberán analizarse los resultados de este programa llevado a cabo por los profesionales que forman el sistema de salud de atención primaria, pues es ahí donde podría implantarse.

Si tenemos en cuenta las intervenciones de psicoterapia-asesoramiento, hemos seleccionado cinco estudios relevantes: Cheng, Chan y Lam (2019); Losada et al. (2015); Livingston et al. (2013); Liddle et al. (2012) y Moore et al. (2013). Dentro de este tipo de intervenciones hay más disparidad que en otros, pues dos estudios (Cheng et al., 2019; Losada et al., 2015) siguen la misma línea basándose en la terapia cognitivo conductual (TCC). También encontramos un programa que se centra en las estrategias de afrontamiento (Livingston et al., 2013), otro en la capacitación (Liddle et al., 2012) y, para finalizar, otro se centra en eventos agradables, basado en la terapia de activación conductual (Moore et al., 2013).

El proyecto desarrollado por Cheng et al. (2019), está basado en la TCC, se llama Benefit Finding Intervention (BFT) y se realiza de forma grupal. El autor asegura que las intervenciones basadas en la TCC han resultado ser especialmente efectivas para reducir la angustia del cuidador, por ello utilizaron el programa BFT. El objetivo de esta intervención es que los cuidadores realicen una reevaluación de situaciones desafiantes de una manera más positiva, y así, pueden descubrir los aspectos positivos del cuidado. De este modo, enfatiza mucho la positividad y el pensamiento alternativo. La duración de este estudio tiene un periodo de 8 sesiones semanales de 2 horas, muy similar a la temporalización del estudio de Losada et al. (2015). Para el mismo, contó con una muestra de 129 cuidadores. Las variables que se han utilizado para analizar los resultados son síntomas depresivos de los cuidadores, la carga del cuidador y el bienestar psicológico.

En el estudio de Losada et al. (2015) describen los efectos de la TCC y la terapia de aceptación y compromiso (TCA), y con ello compara su eficacia. Cabe destacar que es el único trabajo utilizado en esta revisión que se ha desarrollado en España. Ambas intervenciones consistieron en 8 sesiones individuales semanales (duración total de dos meses) de aproximadamente 90 minutos cada una. Los terapeutas que lo realizaron fueron seis psicólogos clínicos capacitados en estas técnicas. Además, guarda similitudes con el estudio anterior en la muestra obtenida, participando 135 cuidadores, y con las variables utilizadas ya que también evalúan los cambios en los síntomas depresivos de los cuidadores.

En Livingston et al. (2013) desarrollan un plan denominado STAR (StrategiesforRelatives), donde utilizan las estrategias de afrontamiento manual para paliar los síntomas depresivos de los cuidadores. Este programa se divide en de ocho sesiones y tiene el objetivo de reducir los síntomas de depresión y ansiedad en los cuidadores, al igual que en los otros dos estudios comentados. Con respecto a

la muestra, es el estudio más extenso de este tipo de intervención, contando con 260 participantes. Las variables estudiadas por Livingston et al., (2013) han sido los síntomas depresivos de los cuidadores.

En otro sentido, Liddle et al. (2012) usan un estudio de capacitación con estrategias de comunicación y memoria aplicado sobre díadas de familiar y cuidador. En esta intervención, como muestra se utilizaron díadas cuidador y familiar con demencia, algo que es muy común, por lo que hemos podido observar al buscar información sobre este tipo de estudios. Para la investigación tuvieron 29 díadas, siendo un total de 58 personas y únicamente 29 cuidadores. Esta es la muestra más pequeña encontrada en las intervenciones psicoterapéuticas o de asesoramiento, no así si lo comparamos con el resto de los estudios de la revisión, donde hay muestras más pequeñas de hasta 11 y 12 personas (Innes et al., 2012). Para su realización, se divide en diferentes sesiones que se dan a lo largo de 3 meses, no diferenciándose demasiado de la duración de los estudios anteriores. Al igual que en todos los trabajos de este bloque, encontramos que las variables que manejan son los síntomas depresivos del cuidador.

Por último, el trabajo de Moore et al. (2013) fundamenta su desarrollo en la terapia de activación conductual para realizar un programa de eventos agradables que mejorase los síntomas psicológicos y físicos. Según explican, es una intervención de activación conductual de 6 semanas diseñada para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y disminuir los síntomas depresivos en cuidadores. Este programa es el más breve de las intervenciones de psicoterapia o asesoramiento, pues se realiza en cuatro sesiones de 1 hora y 2 telefónicas de entre 15 minutos y 1 hora. Con respecto a los participantes, cuenta con una muestra de 100 participantes, algo más pequeña que en los estudios de Cheng et al. (2019) y Losada et al., (2015).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en cada uno de los estudios, los de Cheng et al. (2019), Losada et al. (2015), Livingston et al., (2013) y Liddle et al., (2012) evalúan los cambios en los síntomas depresivos de los cuidadores. De esta manera, se puede señalar que los resultados son similares y positivos en los tres primeros estudios, aportando datos que afirman una reducción de los síntomas depresivos tras el periodo de las intervenciones. El estudio de Cheng et al. (2019) añade más resultados relevantes, indicando una reducción a largo plazo de la carga del cuidador y un aumento a corto plazo del bienestar psicológico. El contraste a estos resultados está en los encontrados en el estudio de Liddle et al. (2012), donde no se observan cambios en los síntomas depresivos.

En cuanto a las intervenciones de programas multicomponentes, hay cuatro estudios que entran en esta categoría: el de Joling et al. (2012), el de Black (2014), el de Cheung et al. (2014) y el de Nichols, Martindale-Adams, Burns, Graney y Zuber (2011). El diseño del trabajo de Joling et al. (2012) y de Nichols et al. (2011) consiste en un estudio controlado aleatorizado; en cambio, el estudio de Black (2014) y el Cheung et al. (2014) utilizan un diseño cuasi experimental sin grupo de control.

El estudio de Joling et al. (2012) se basa en la importancia del apoyo social. Por ello, los participantes de este programa realizaron seis sesiones de asesoramiento en persona, una sesión de preparación individual, seguida de cuatro reuniones estructuradas que incluyeron a sus familiares y/o amigos y una última de evaluación individual adicional. El objetivo es ofrecer educación psicopedagógica, enseñar técnicas de resolución de problemas y

movilizar las redes familiares existentes del paciente y cuidador. Estos encuentros se llevaron a cabo una vez cada 2 o 3 meses. La muestra que recoge el estudio es bastante amplia incluyendo a 192 cuidadores, siendo uno de los trabajos con más participantes de este tipo de intervenciones. Las variables que utilizaron para analizar los resultados fueron, el posible desarrollo de ansiedad, y trastornos depresivos, es decir, variables preventivas.

El programa CARES desarrollado por Black (2014) es un proceso integral desarrollado para cuidadores familiares de adultos con demencia. El mismo tiene como objetivo identificar las necesidades que son más importantes para el cuidador y la familia, de modo que los esfuerzos se centren en ayudar a satisfacer las mismas. Además, ayuda a desarrollar las habilidades y la confianza para creer que pueden manejar con éxito los problemas que enfrentan al cuidar a sus familiares. A su vez CARES también se fundamenta en desarrollar y fortalecer las redes de apoyo natural que pueden ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades. Un trabajador social es el que realiza el proceso, que se lleva a cabo en cuatro fases. La duración varía de entre 3 y 12 meses (más habitual los doce meses), según como el cuidador va cumpliendo los objetivos propuestos, siendo similar a la temporalización del estudio de Joling et al. (2012) y superior a la duración de Cheung et al. (2014) y Nichols et al. (2019) que duran seis meses. Las variables utilizadas alcanzaban algunos dominios que incluyen: salud, satisfacción con la vida, riesgo, carga, calidad de vida y bienestar.

El estudio de Cheung et al. (2014) utiliza una intervención multicomponente con el objetivo de mejorar el bienestar del cuidador de demencia y reducir los problemas de comportamiento entre los chinos de Hong Kong, basado en el programa de recursos para mejorar el Alzheimer, Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH II). Este es una intervención multicomponente basada en la atención individualizada, psicoeducativa y de capacitación que aborda múltiples dominios del cuidado. La versión que usan en la investigación tiene el mismo número de sesiones y duración, y abordaba los mismos dominios de cuidado que REACH II. Del mismo modo, la intervención se ha adaptado a las necesidades de cada participante. Para ello, los ámbitos que se trabajaron fueron la seguridad en el hogar, la salud del cuidador, los problemas de comportamiento, el cuidado del bienestar emocional y la educación sobre enfermedades. Las pautas se estructuran de la siguiente manera: un promedio de nueve sesiones de 1 hora en el hogar, y 3 de forma telefónica individual de 0,5 horas. Este estudio, junto con el de Nichols et al. (2011) está elaborado por díadas de familiar-cuidador. Sin lugar a dudas, son investigaciones con un alto número de participantes, siendo el que tiene mayor muestra el de Cheung et al. (2014), con 200 díadas y el de Nichols et al. (2011) 127 díadas. Las variables medidas se basaron en el bienestar general de los cuidadores.

Por último, el programa de Nichols et al. (2019) es el más reciente de este grupo de estudios y está basado en un proyecto de recursos para mejorar la salud de los cuidadores, Resources for Enhancing All Caregivers Health Program (REACH VA). El informe incluye educación, apoyo y capacitación en habilidades para abordar 5 áreas de riesgo para cuidadores: seguridad, apoyo social, conductas problemáticas, depresión y salud del cuidador. Esta intervención de seis meses incluye nueve sesiones individuales en el hogar de una hora, tres sesiones telefónicas individuales de 0,5 horas, y cinco sesiones grupales

mensuales de 1 hora. Esta se estructura a través de un protocolo que especifica las actividades que se realizan en cada sesión y se individualiza mediante una evaluación de riesgos. Se pueden observar varias similitudes entre este estudio y el anterior tanto en temporalización, y en método de intervención, puesto que los programas REACH II y REACH VA guardan un gran parecido. Las variables que se manejaron fueron la carga y la depresión del cuidador.

En este sentido, respecto a los resultados obtenidos de los trabajos, en primer lugar, destacan las conclusiones a las que llega el estudio de Joling et al. (2012). En esta investigación examinaron los efectos preventivos de una intervención para cuidadores y dedujeron que, esta no evita la aparición de depresión o trastornos de ansiedad, ni reduce los niveles de síntomas y la carga del cuidador. Por ello, la incidencia de los trastornos de depresión y ansiedad es igualmente sustancial en ambos grupos del estudio. Por todo esto es importante destacar que no coincida con los resultados obtenidos en los otros tres trabajos que son todos positivos respecto a sus objetivos. En el proyecto de Black (2014) encontraron una mejora en la salud autoevaluada, tanto en la satisfacción con la vida, como en los indicadores de depresión, en el riesgo del cuidador, en la carga, en el bienestar y en la calidad de vida. De igual modo, en el análisis de Cheung et al. (2014) aparece una mejora en el bienestar de los cuidadores y, en la misma línea, el estudio de Nichols et al. (2011) presenta una reducción en la carga y la depresión del cuidador.

A modo de conclusión, sobre este tipo de intervención, cabe destacar que su eficacia es superior a nivel de incidencia en los síntomas ya presentes que, a nivel preventivo, pues no se han encontrado evidencias de programas multicomponentes en los que se puedan prevenir los síntomas depresivos o los trastornos. Si aparecen varios estudios que avalan su eficacia para reducir los síntomas ya presentes en los cuidadores.

De todos los analizados, destacan de entre los 18 estudios, aquellos en los que la población de estudio no son solamente los cuidadores sino también los familiares. Se incluyen en el trabajo pues sus resultados son importantes, y únicamente se tuvieron en cuenta los hallazgos relacionados con los familiares que cuidan del enfermo. Estos estudios son el de Innes et al. 2011; Cheung et al. (2014) y Nichols et al. (2011). Aun con sus similitudes, hallamos en estas muestras una gran diferencia en torno al número de participantes, consiguiendo los estudios de Nichols et al. (2011) y Cheung et al. (2014) un amplio número de participantes, 127 y 200 díadas respectivamente. Este hecho ayuda a la hora de generalizar los resultados. En cambio, el estudio de Liddle et al. (2012) cuenta con 29 díadas y por último el estudio de Innes et al. (2012) únicamente con 6 díadas.

Para finalizar, se debe resaltar el hecho de que se consiguen encontrar trabajos adecuados para la revisión que contienen programas diferentes, excepto de los grupos de autoayuda que es una herramienta muy utilizada por los cuidadores y de la que apenas encontramos evidencia científica que los avalen. Por todo ello, es necesario seguir investigando al respecto.

Conclusiones

La prevalencia de la demencia tiene una tendencia

creciente a nivel mundial. Las cifras de personas que sufren este trastorno van a aumentar en los próximos años, generando a su vez un mayor número de cuidadores informales que se hacen cargo de sus enfermos. En este contexto, el impacto negativo de este cuidado puede derivar en diferentes problemas para el mismo. Las repercusiones pueden alcanzar el ámbito psicológico, social, físico y económico. Estas cuestiones pueden desembocar en el síndrome de la sobrecarga del cuidador, que se trata de un estado psicológico que se produce según como perciben los cuidadores las tareas que realizan, y como estas afectan a su satisfacción personal. Por todo ello, las investigaciones sobre intervenciones para cuidadores de personas con demencia son cada vez más relevantes y se debe seguir trabajando para aumentar su número, y que sean cada vez más asequibles y eficaces.

En concordancia con lo anterior, el objetivo general de esta revisión consiste en describir las intervenciones que se ofrecen en la actualidad para los cuidadores de personas con Alzheimer. De este modo, se busca encontrar las más eficaces y actualizadas que ayuden a mejorar la situación de los cuidadores de personas con demencia, mejorando su situación en áreas como la carga percibida, el bienestar, el autocuidado, el nivel de reactividad en la interacción con el enfermo, la calidad de vida y la esperanza.

Para el informe, se han elegido 18 estudios agrupados según el tipo de intervención en multicomponentes, psicoterapias/asesoramiento, basados en la tecnología, psicoeducativas y de meditación. Estos trabajos abarcan un amplio número de intervenciones muy recientes y con resultados relevantes. Además, la muestra recoge experiencias de bastantes países: EEUU, España, China, Australia y Reino Unido.

De todos ellos, los únicos estudios donde no se registra ningún tipo de mejora en las variables escogidas para la investigación, son en Liddle et al. (2012) y en Joling et al. (2012). Ambos, pertenecen a los programas de psicoterapia o asesoramiento y a los programas multicomponentes respectivamente. No obstante, cabe destacar que aunque los resultados de estos estudios no son significativos cuentan con mucha evidencia científica que les avalan.

Es necesario señalar como relevante de esta revisión que, el panorama actual de las intervenciones de cuidadores de personas con Alzheimer se ha encaminado a intervenciones a distancia a través de internet. El motivo, sin duda, es porque estas personas de por sí tienen suficiente carga diaria con el cuidado de los enfermos, y enormes gastos económicos que se derivan de esta situación, por ello evitan tener que desplazarse o invertir demasiado tiempo en estas intervenciones.

Por ello, una buena solución son las acciones que tienen como paradigma la tecnología pues, como se demuestra en los estudios citados anteriormente son eficaces, y los pacientes se adhieren bien a ellos por la facilidad de seguirlos desde el hogar. Como consecuencia, un gran número de estudios que utilizan esta metodología tiene como herramienta internet o el contacto telefónico. No está de más, y es muy oportuno, seguir investigando esta clase de formas de intervenir con muestras más grandes, facilitando que todos los cuidadores a pesar de su situación, puedan acceder a ellas. Además, los resultados encontrados en la revisión son positivos para este tipo de intervenciones. Es por ello que se demuestra una reducción de los síntomas de depresión muy significativa, y sobre todo disminuciones en la carga percibida.

Además de todo lo escrito, es de destacar las

intervenciones fundamentadas en la meditación, que siguen la estela de las basadas en la tecnología y están cada vez en auge. Así, se debe a que las técnicas de tercera generación como el *mindfulness*, que se basa en la meditación son muy populares y se están extendiendo. Por ello, se utilizan para diferentes estudios y problemáticas como pueden ser los síntomas psicológicos derivados del cuidado de familiares con Alzheimer. En este contexto, han sido varios los estudios encontrados que fundamentan su intervención en esta técnica, y es de suponer que en los años venideros siga creciendo, no obstante, es importante destacar que los únicos encontrados son estudios pilotos, por lo que es necesario que se realicen más investigaciones con una muestra más amplia y extrapolable. Por ello, aunque los resultados son muy prometedores no permiten asegurar que sea una técnica viable y eficaz para este tipo de población, y se destaca que debe primar el criterio científico antes que la popularidad de la técnica.

Aun así, los trabajos elegidos para cada temática presentan unos resultados muy positivos. Los basados en la meditación no se pueden avalar como intervención eficaz por lo comentado anteriormente, pero de los cuatro tipos restantes, cualquiera podría utilizarse para obtener resultados positivos en el bienestar del cuidador. No obstante, se pueden utilizar componentes diferentes de cada uno, pero en conjunto. Es decir, una intervención multicomponente, que incluya, técnicas de la TCC, sesiones psicoeducativas y todo ello basado en la tecnología, utilizando el teléfono o el internet para ahorrar tiempo y recursos a los cuidadores.

También se ha conseguido en este trabajo recabar información suficiente sobre todos ellos, conociendo la situación de los cuidadores informales, los motivos de la sobrecarga, las características de las intervenciones y los recursos actuales de los que disponen.

En otro orden de cosas, una de las dificultades encontradas al realizar la revisión ha sido el acceder a estudios de todos los tipos de intervenciones que encajen con los criterios de inclusión establecidos pues, unos predominan por encima de otros.

Con respecto a los grupos de autoayuda, como se ha comentado en los resultados, no se han encontrado estudios adecuados para la revisión. Es decir, aunque su uso este muy extendido no se puede recomendar estos programas como un recurso eficaz para los cuidadores, ya que no se tienen evidencia científica que los avalen. Por todo ello, es necesario seguir investigando en este punto para poder desarrollar el modelo.

Otra limitación ha sido la dificultad para analizar las publicaciones en los que la muestra estaba compuesta por diadas familiares. En este contexto, se elige añadir también estudios de este tipo porque hay muchos y con efectos interesantes. No obstante, debemos tener presente que los resultados que aportan al bienestar del cuidador, aparte que la intervención que se les aplica, pueda ser fruto de la mejora del familiar enfermo, o derivada también de la intervención que se realiza con ellos. Asimismo, y de igual modo, cabe destacar la importancia de continuar estas líneas de investigación pues los efectos positivos de unos y de otros se retroalimentan entre sí, pudiendo así mejorar la calidad de vida de ambos de forma más rápida.

Además, es necesario destacar el hecho de que muchos de los estudios encontrados son de 2012, pues el volumen de los publicados en esos años es mayor a los encontrados en los últimos tiempos, como los correspondientes a 2019

y 2018.

La revisión llevada a cabo presenta una serie de fortalezas, como son el amplio número de estudios encontrados que encajan con él, y la diversidad de los mismos. Además, recoge investigaciones que abarcan diversas áreas geográficas del mundo, no centrándose únicamente en los resultados encontrados en intervenciones realizadas en un único país. También encontramos en ella estudios escritos tanto en español como en inglés, ampliando así la variedad en el contenido.

Este artículo plasma de una forma integradora la realidad actual de las intervenciones para cuidadores de personas con Alzheimer, abarcando todos los tipos disponibles. Así pues, el valor de esta revisión se fundamenta en haber recogido el panorama de las últimas aportaciones biográficas describiendo y comparando la eficacia de cada una.

También, es relevante destacar el hecho de que el presente estudio ayuda a que los lectores aprecien la importancia tanto de intervenir con los cuidadores, como de seguir investigando sobre este tema, pues los efectos negativos derivados de esta situación son múltiples.

Por último, es importante tener claro que, aunque son varias las revisiones y estudios que hay sobre intervenciones para cuidadores de familiares con Alzheimer, es necesario seguir investigando sobre ello. A su vez, se prevé que en un futuro no muy lejano aumente el número de las personas que padecerán Alzheimer. En este sentido, y paralelo a la enfermedad los cuidadores aumentan exponencialmente, siendo necesario ofrecer alternativas acordes con las nuevas técnicas que mejoren esta actividad. Sin duda, es esencial aportar recursos y programas que ayuden a llevar la situación lo mejor posible, y que conserve su salud mental y física, retrasando la institucionalización del enfermo. Por ello, si se realizan unos cuidados positivos mejora sustancialmente la situación de este.

Bibliografía

- Álvarez, M., Castiello, M. S., y Rodríguez, P. R. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: INMSERSO.
- Alzheimer's Association. Alzheimer's impact is growing [Internet]. (2017). Disponible en: <https://www.alz.org/>.
- Black, K. (2014). Establishing empirically-informed practice with caregivers: findings from the CARES program. *Journal of gerontological social work*, 57(6-7), 585-601.
- Blanco, V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., López, L., y Lino, F. (2019). Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 19-26.
- Blom, M. M., Zarit, S. H., Zwaafink, R. B. G., Cuijpers, P., y Pot, A. M. (2015). Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. *PLoS one*, 10(2), e0116622.
- Buitrago, A. M., Cerquera, A. M. y Granados, F. J. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 35-45.
- Carretero, V.I. y Mendoza, C. (2012). Intervención desde el área de neuropsicología. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Fundación Reina Sofía, 14-31.
- Cerquera, A. M., y Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12(1), 149-167.
- Cheng, S. T., Chan, W. C., y Lam, L. C. (2019). Long-term outcomes of the benefit-finding group intervention for Alzheimer family caregivers: a cluster-randomized double-blind controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(9), 984-994.
- Cheung, K. S. L., Lau, B. H. P., Wong, P. W. C., Leung, A. Y. M., Lou, V. W., Chan, G. M. Y., y Schulz, R. (2015). Multicomponent intervention on enhancing dementia caregiver well-being and reducing behavioral problems among Hong Kong Chinese: A translational study based on REACH II. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(5), 460-469.
- Chiao C.-Y., Wu H.-S. y Hsiao C.Y. (2015) Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62, 340-350
- Córdoba, A. M. C., y Poches, D. K. P. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(2), 73-81.
- Córdoba, A. M., y Pabón, D. K. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33-46.
- Cruz Roja Española. (2010). *Guía Básica de recursos para cuidadoras y cuidadores familiares*. Madrid, España.
- Czaja, S. J., Loewenstein, D., Schulz, R., Nair, S. N., y Perdomo, D. (2013). A videophone psychosocial intervention for dementia caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1071-1081.
- Dauphinot, V., Krolak-Salmon, P., Mouchoux, C., y Novais, T. (2017). How to explore the needs of informal caregivers of individuals with cognitive impairment in Alzheimer's disease or related diseases? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *BMC geriatrics*, 17(1), 86.
- Elvish, R., Lever, S. J., Johnstone, J., Cawley, R., y Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(2), 106-125.
- Francke, A. I., Meerveld, J. H., Peeters, J. M., Spreeuwenberg, P. M., y Van Beek, A. P. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme. *BMC nursing*, 9(1), 9.
- García Cueto, B., y García Martínez, C. (2017). Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. RqR Enfermería Comunitaria. *Revista de SEAPA*, 5(3), 30-44.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Barcelona: Ministerio de Ciencias de la Innovación.
- Guerra, M., Ferri, C. P., Fonseca, M., Banerjee, S., y Prince, M. (2011). Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(1), 47-54.
- Hoppes, S., Bryce, H., Hellman, C., y Finlay, E. (2012). The effects of brief mindfulness training on caregivers' well-being. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(2), 147-166.
- Innes, K. E., Selfe, T. K., Brown, C. J., Rose, K. M., y Thompson-Heisterman, A. (2012). The effects of meditation on perceived stress and related indices of psychological status and

- sympathetic activation in persons with Alzheimer's disease and their caregivers: a pilot study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 927509.
- Joling, K. J., van Marwijk, H. W., Smit, F., van der Horst, H. E., Scheltens, P., van de Ven, P. M., ... Y van Hout, H. P. (2012). Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS one*, 7(1), e30936.
- Kajiyama, B., Thompson, L. W., Eto-Iwase, T., Yamashita, M., Di Mario, J., Marian Tzuang, Y., y Gallagher-Thompson, D. (2013). Exploring the effectiveness of an internet-based program for reducing caregiver distress using the iCare Stress Management e-Training Program. *Aging & mental health*, 17(5), 544-554.
- Kwok, T., Bel Wong, I. I., Chui, K., Young, D., y Ho, F. (2013). Telephone-delivered psychoeducational intervention for Hong Kong Chinese dementia caregivers: a single-blinded randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*, 8, 1191-1197.
- Lavretsky, H., Epel, E. S., Siddarth, P., Nazarian, N., Cyr, N. S., Khalsa, D. S., ... E Irwin, M. R. (2013). A pilot study of yogic meditation for family dementia caregivers with depressive symptoms: effects on mental health, cognition, and telomerase activity. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(1), 57-65.
- Liddle, J., Smith-Conway, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Gallois, C., Copland, D. A., ... Y Chenery, H. J. (2012). Memory and communication support strategies in dementia: Effect of a training program for informal caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1927-1942.
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., ... Y Sampson, E. L. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for Relatives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomized controlled trial. *BMJ*, 347, 6276.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 760.
- Martín-Carrasco, M. (2009). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. *Psicogeriatría*, 1(2), 101-114.
- Martínez-Lage, P., Martín-Carrasco, M., Arrieta, E., Rodrigo, J., y Formiga, F. (2018). Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(1), 26-37.
- Moore, R. C., Chattillion, E. A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., Mills, P. J., ... Y Mausbach, B. T. (2013). A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behaviour research and therapy*, 51(10), 623-632.
- Nichols, L. O., Martindale-Adams, J., Burns, R., Graney, M. J., y Zuber, J. (2011). Translation of a dementia caregiver support program in a health care system—REACH VA. *Archives of Internal Medicine*, 171(4), 353-359.
- Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International. (2013) Demencia: una prioridad de salud pública. Washington DC, US: World Health Organization.
- Parra-Anguita, L., y Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2013). Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias: revisión de la literatura. *Gerokomos*, 24(4), 152-157.
- Rogero, J. (2010). Consecuencias del cuidador familiar: una evaluación compleja y necesaria. *Index de enfermería*, 19(1), 47-50.
- Ruiz-Robledillo, N., y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal, una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R. H., Gozalo, P., ... Y Bishop, D. S. (2015). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: a randomized, controlled trial. *Alzheimer's & Dementia*, 11(5), 541-548.
- Verhey, F. R. H., y Vugt, M. E. (2013). The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Progress in neurobiology*, 110, 54-62.
- World Health Organization. (2012). Dementia: a public health priority. World Health Organization.
- Zabala-Gualtero, J. M., y Cadena-Sanabria, M. O. (2018). Enfermedad de Alzheimer y Síndrome de Carga del Cuidador: la importancia de cuidar al cuidador. *Revista Médicas UIS*, 31(1), 9-13.

Fecha de recepción: 23 de septiembre de 2020
 Fecha de aceptación: 24 de noviembre de 2020

Tabla 3. Resumen de la revisión bibliográfica.

Autor/Año	Diseño	Muestra (n)	País	Intervención	Temporalización	Resultados
Black 2014	Diseño cuasiexperimental, pre-test/postest sin grupo de control	120 cuidadores principales	Reino Unido	Un modelo integral de atención, el programa CARES.	2 meses	Mejora en la salud autoevaluada, satisfacción con la vida, indicadores de depresión, riesgo del cuidador, carga, bienestar y calidad de vida.
Blom et al. 2015	ECA	251 cuidadores principales	Países Bajos	Intervención realizada a través de internet: «Dominio de la demencia»	5-6 meses	Reducción de los síntomas depresivos en cuidadores y una reducción más pequeña en los síntomas de ansiedad
Cheng et al. 2019	ECA doble ciego	129 cuidadores principales	China	Intervención terapéutica de beneficio de grupo (BFT)	8 sesiones semanales de 2 horas cada una (2 meses)	Reducción de los síntomas depresivos. A largo plazo reducción de la carga del cuidador y a corto plazo aumento del bienestar psicológico.
Cheung et al. 2014	Diseño de tratamiento pre-post cuasiexperimental sin grupo de control	200 díadas familiares (400 participantes) formadas por un cuidador principal y un familiar con demencia	China	Intervención multi-componente basado en REACH II	6 meses	Mejora en el bienestar de los cuidadores
Czaja et al. 2013	Ensayo de viabilidad y eficacia	110 cuidadores principales	EEUU	Intervención psicosocial multicomponente mediante videoteléfono	6 sesiones mensuales de una hora (6 meses)	Disminución en la carga del cuidado, un aumento en la apreciación de los aspectos positivos del cuidado y una mayor satisfacción con el apoyo social.
Guerra et al. 2011	ECA simple ciego de grupos paralelos controlados	58 cuidadores principales	Perú	Intervención psicoeducativa y de capacitación	5 semanales sesiones de 30 minutos cada una (1 mes y una semana)	Reducción en la carga del cuidador, el estrés y la calidad de vida de los participantes
Hoppes et al. 2012	Diseño previo y posterior no experimental para evaluar los efectos de una intervención sin grupo de control. Estudio piloto.	11 cuidadores principales	EEUU	Reducción del estrés basada en la atención plena	Cuatro sesiones de 1 hora (4 horas)	Resultados cualitativos: mayor aceptación de la enfermedad y de sí mismos, mayor presencia, mayor paz y mayor sentido de la esperanza. Menor reactividad al interactuar con el familiar con demencia. Resultados cuantitativos: el optimismo no dio resultados clínicamente significativos y la carga del cuidador disminuyó, pero aumentó con el paso del tiempo.
Innes et al. 2012	ECA	6 díadas familiares (12 participantes) formadas por un cuidador principal y un familiar enfermo de demencia	EEUU	Programa de meditación	8 semanas	Un mayor bienestar y función neuropsicológica, junto con un aumento del flujo sanguíneo tras la meditación.
Joling et al. 2012	ECA	192 cuidadores principales	Países Bajos	Programa multi-componente basado en las reuniones familiares	1 año	No evito la aparición de depresión o trastornos de ansiedad, ni redujo los niveles de síntomas y la carga del cuidador.
Kajiyama et al. 2013	ECA	150 cuidadores principales	Inglaterra	Programa de entrenamiento electrónico ICare Stress Management	7 meses	Mejora en el estrés general y en la molestia que generan en los cuidadores los comportamientos problemáticos del familiar enfermo
Kwok et al. 2013	ECA con ciego único	38 cuidadores principales	China	Intervención psicoeducativa por teléfono	12 sesiones (6 horas en total)	Disminución en la carga del cuidado
Laveretsky et al. 2012	Estudio piloto con asignación al azar mediante	39 cuidadores principales	EEUU	Meditación yóguica	12 minutos al día todos los días durante 8 semanas	Mejor funcionamiento mental y cognitivo y niveles más bajos de síntomas depresivos.

tabla de aleatorización						
Liddle et al. 2012	Ensayo controlado pretest/posttest	29 díadas familiares (58 participantes) formadas por un cuidador principales y un familiar enfermo de demencia	Australia	Estrategias de apoyo a la memoria y la comunicación	3 meses	No se observa reducción de los síntomas depresivos
Livingston et al. 2013	ECA	260 cuidadores principales	Reino Unido	Intervención de afrontamiento manual, programa START	8 sesiones	Reducción de síntomas depresivos
Losada et al. 2015	ECA	135 cuidadores principales	España	Eficacia diferencial de la TCA y la TCC	8 sesiones semanales de 90 minutos cada una (2 meses)	Reducción de los síntomas depresivos
Moore et al. 2013	ECA	100 cuidadores principales	EEUU	Programa de eventos agradables basado en la terapia de activación conductual	Cuatro sesiones de una hora y dos sesiones telefónicas de entre 15 minutos y 1 hora	Reducción de los síntomas depresivos
Nichols et al. 2011	ECA	127 díadas familiares (254 participantes) formadas por un cuidador principal y un familiar con demencia	EEUU	Programa multi-componente de apoyo	12 sesiones individuales y cinco grupales (6 meses)	Reducción en la carga y la depresión del cuidador
Tremont et al. 2015	ECA	250 cuidadores principales	EEUU	Intervención telefónica psicosocial	Sesiones de unos 60 minutos	Mejora en síntomas depresivos

Fuente. Elaboración propia.