

Manuel Martín-Carrasco^{1,2,3}
Javier Ballesteros-Rodríguez^{1,4,5}
Ana I. Domínguez-Panchón^{1,6}
Paula Muñoz-Hermoso^{1,2}
Eduardo González-Fraile^{1,4}

Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia

¹Instituto de Investigaciones Psiquiátricas
Fundación M^a Josefa Recio, Bilbao, España
²Clínica Psiquiátrica Padre Menni, Pamplona, España
³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
(CIBERSAM), G10

⁴Universidad del País Vasco
Departamento de Neurociencias de Medicina, Lejona, España
⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
(CIBERSAM), G16
⁶Hospital Aita Menni, Arrasate-Mondragón, España

Introducción. El envejecimiento de la población trae aparejado un aumento del número de personas afectadas de demencia. La mayoría de estas personas son atendidas en el domicilio. Sus cuidadores se ven expuestos a toda una serie de factores estresantes, de los que se deriva la aparición de sobrecarga, depresión y ansiedad. Se han desarrollado diversos programas o intervenciones estructuradas destinadas a prevenir o reducir estas consecuencias negativas. La eficacia de estas intervenciones es objeto de discusión, debido principalmente a las diferencias metodológicas entre estudios. Los trabajos de revisión realizados hasta ahora también presentan importantes diferencias entre sí, lo que contribuye a perpetuar la falta de claridad en este importante problema asistencial geriátrico. Se revisan de manera precisa y rigurosa la eficacia de las intervenciones destinadas a prevenir o reducir la sobrecarga del cuidador, y/o la sintomatología ansiosa y depresiva del cuidador informal.

Metodología. Revisión sistemática de estudios controlados y aleatorizados que valoran la eficacia de las intervenciones en cuidadores informales de pacientes con demencia en las variables de sobrecarga, depresión y ansiedad.

Resultados. La búsqueda bibliográfica obtuvo 997 trabajos, de los que 35 cumplían con los criterios de selección. El 51,4% de los trabajos presentaron resultados estadísticamente favorables a la intervención. Existe una gran variabilidad en la metodología empleada.

Conclusiones. En conjunto, la evidencia disponible favorece la aplicación de programas estructurados de intervención, si bien existe una amplia heterogeneidad de resultados. Las intervenciones psicoeducativas ofrecen mejores

resultados, y se adaptan mejor a las necesidades de los cuidadores.

Palabras clave: Cuidador, Sobrecarga, Demencia, Alzheimer, Intervención

Actas Esp Psiquiatr 2014;42(6):300-14

Interventions for caregivers of patients with dementia

Introduction. With the aging of the population, an increasing number of people have dementia, most of whom are receiving home care. Caregivers are exposed to a variety of stressors, which may lead to feeling burdened, or to depression and anxiety. Various programs or structured interventions have been developed to prevent or lessen these negative consequences. The efficacy of these interventions is debated, mainly due to methodological differences between studies. Review studies so far have presented important discrepancies, thus perpetuating a lack of clarity regarding this important geriatric care problem. The effectiveness of interventions designed to prevent or reduce the burden and/or symptoms of anxiety and depression in informal caregivers are reviewed precisely and rigorously.

Methods. A systematic review of randomized controlled studies assessing the efficacy of structured interventions on the variables of burden, depression and anxiety in informal caregivers of patients with dementia.

Results. The literature search yielded 997 references, of which 35 met the screening criteria. Of these studies, 51.4% had results that were statistically favorable to intervention. The methodology used varied widely between studies.

Conclusions. Overall, the available evidence favors the implementation of structured intervention programs, although the results are heterogeneous. Psychoeducational interventions yield better results and can be better adapted to the needs of caregivers.

Keywords: Caregiver, Burden, Dementia, Alzheimer, Intervention

Correspondencia:
Dr. Manuel Martín Carrasco
Director
Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (IIP) / Fundación M^a Josefa Recio
C/ Egaña, 10
48010 Bilbao
Tel.: 94 443 49 27
Fax: 94 443 71 31
Correo electrónico: mmartin@clinicapadremenni.org

INTRODUCCIÓN

Según el último informe de la Asociación Internacional de la Enfermedad del Alzheimer de 2012, se calcula que 36 millones de personas en todo el mundo padecen algún tipo de demencia. Se prevé que esta cifra pueda duplicarse cada 20 años hasta alcanzar los 66 millones en el 2030¹.

En España, el informe del Ministerio de Asuntos Sociales del 2008, arroja datos de una población actual de 7,4 millones de personas mayores de 65 años, de las cuales el 31,9% mostraban algún tipo de dependencia. Se estima que más de medio millón de casos están relacionados con la demencia². En base a estos datos, se puede considerar al conjunto de las demencias como una de las grandes prioridades en la atención sociosanitaria presente y futura.

A pesar de que existen diferentes tipos de dispositivos orientados a la atención del enfermo, éstos resultan escasos y en muchas ocasiones la familia y los propios enfermos se muestran reticentes a hacer uso de ellos³. De esta manera, la familia se constituye en el principal proveedor de los cuidados. Diversos informes confirman que aproximadamente el 85% de los enfermos con demencia son atendidos exclusivamente por sus familiares en el propio hogar^{2,4}. En la mayoría de los casos, el perfil del cuidador es el de una mujer con edad comprendida entre los 45-70 años de edad, que dedica una media de 12 horas diarias al cuidado del enfermo^{5,6} y en la mayoría de las ocasiones no cuenta con la suficiente información sobre la enfermedad o carece de experiencia previa en el cuidado de un enfermo de este tipo.

Aunque estos cuidadores pueden experimentar un refuerzo intrínseco positivo y elaborar estrategias de afrontamiento favorables que les ayuden a sobrellevar la tarea de cuidar^{7,8}, también es frecuente que padezcan ciertas consecuencias negativas asociadas al cuidado: desgaste físico⁹, económico¹⁰, aislamiento social¹¹ o alteraciones emocionales^{12,13}. Estas últimas han sido estudiadas con detalle en diversos trabajos de revisión que indican que entre un 25% y un 30% de los cuidadores presentan ansiedad, el 15-20% sintomatología depresiva^{12,13} y cerca del 73% desgaste emocional o sobrecarga¹⁴.

La aparición de este tipo de alteraciones psiquiátricas y el desgaste emocional del cuidador pueden repercutir sobre el propio enfermo, acelerando el proceso de institucionalización entre otras consecuencias negativas (Ej. Abusos, sujeción mecánica, etc.)¹⁵.

Con el fin de prevenir y reducir estas consecuencias negativas, se han desarrollado diferentes programas e intervenciones estructurados con los objetivos específicos de incrementar el conocimiento acerca de la enfermedad, las habilidades de cuidado, la búsqueda de apoyo y el propio auto-cuidado del cuidador¹⁶.

Diversos trabajos de revisión han intentado categorizar y evaluar el efecto de estas intervenciones¹⁷⁻²². Sin embargo, se observa que estas revisiones parten de diseños metodológicos sensiblemente distintos - por ejemplo, en cuanto a criterios de selección de las referencias, muestras utilizadas, categorización de las intervenciones, definición de modelos de intervención, elección de variables de resultado, etc. -, lo cual supone un obstáculo a la hora de interpretar y comparar los resultados de manera fiable. Lo mismo cabe decir de los estudios de metaanálisis^{21,23}. Por ejemplo, Knight²⁴ combina diferentes tipos de intervenciones y variables de resultado. Sorensen²⁵ y Zabalegui²² utilizan muestras de personas mayores con patologías sensiblemente diferentes, en las que las condiciones y demandas de cuidado pueden ser distintas. Brodaty²⁶ mezcla variables de resultado bajo la denominación global de "morbilidad psicológica". En muchos de estos trabajos metaanalíticos^{6,22,26,27} se incluyen estudios con metodologías no experimentales que pueden acarrear importantes sesgos²⁸.

Nuestro trabajo de revisión pretende revisar y actualizar la evidencia disponible acerca de la eficacia de las intervenciones desarrolladas con la finalidad de reducir y/o prevenir los efectos psicológicos adversos (depresión, sobrecarga y ansiedad) que presenta el cuidador informal del paciente con demencia^{21,22} mediante unos criterios metodológicos más precisos y fiables.

OBJETIVO, MATERIAL Y MÉTODOS

Con el presente trabajo se pretende realizar una revisión sistemática de la eficacia de los programas de intervención (PIs) aplicados a cuidadores informales de pacientes con demencia no institucionalizados.

Para ello, consideramos únicamente la evidencia disponible de mayor calidad (nivel 1)²⁹. Esto es, estudios controlados y aleatorizados, con datos cuantitativos de eficacia de las intervenciones medidos en variables de resultado ampliamente utilizadas, validadas en la práctica clínica y referidas al malestar psicológico del cuidador (ansiedad, depresión y sobrecarga). Para identificar los posibles estudios rastreamos de manera sistemática las siguientes bases de datos: Medline, Embase, Psycinfo, Psycarticles y Cochrane Central. Como términos de búsqueda, se utilizó la conjunción de los siguientes descriptores: [(caregiver OR care giver OR spouse OR family) AND (dementia OR alzheimer OR cognitive impairment) AND (intervention OR program OR therapy OR treatment OR psychoeducation OR information OR education OR counseling OR support)]. Las búsquedas se limitaron a estudios con la metodología descrita anteriormente (controlados y aleatorizados) publicados hasta el 31 mayo de 2013.

Los estudios incluidos en la revisión debían de cumplir los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- estudios controlados y aleatorizados
- muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia residentes en la comunidad
- descripción suficientemente detallada de un programa de intervención estandarizado (contenido de las sesiones, número de encuentros, duración, formato,..., etc.)
- evaluación de los efectos de la intervención mediante escalas cuantitativas validadas que midan alguno de los siguientes constructos psicológicos: depresión, ansiedad o sobrecarga.

Criterios de exclusión:

- trabajos cuyos análisis se realicen con datos de muestras ya publicadas en anteriores estudios y que no aporten más evidencia a la ya encontrada
- trabajos que utilicen como elemento fundamental de la intervención el aumento de los apoyos formales
- estudios cuyo objetivo principal sea formar al profesional de la salud y medir los efectos derivados en el cuidador.

El proceso de selección de los textos se realizó mediante una revisión por pares independientes. En caso de una falta de consenso entre los investigadores, se acudió a un tercer revisor.

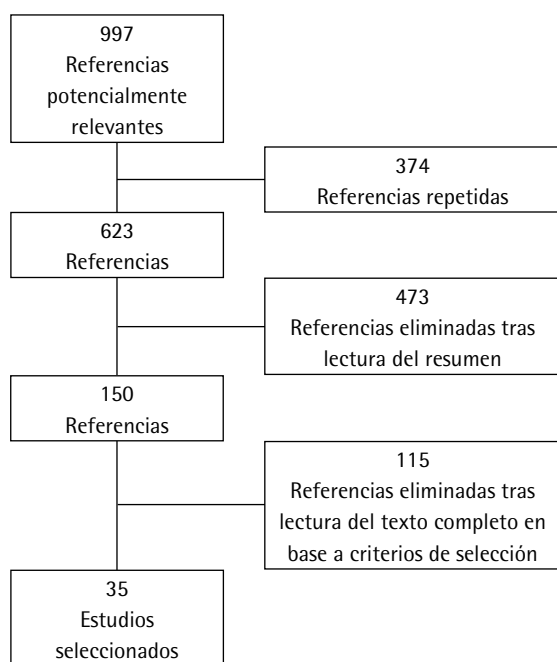


Figura 1

Diagrama de Flujo de selección de referencias

RESULTADOS

Tras lanzar las búsquedas, se identificaron 997 textos susceptibles de ser incluidos, de los cuales 374 eran referencias repetidas, 473 textos fueron descartados en base a la lectura del resumen por no responder a los objetivos planteados en la revisión. Tras la lectura a texto completo de las referencias restantes, se identificaron 38 artículos que cumplieran con los criterios de selección.

Tres referencias fueron eliminadas por tratarse de estudios que analizaban datos ya presentados en otras publicaciones³⁰⁻³². Finalmente se seleccionaron 35 estudios. (Figura 1).

Los evaluadores, independientes, presentaron un nivel de concordancia muy bueno (índice de Kappa 0,96).

Con base a los contenidos descritos en las intervenciones, los estudios seleccionados se agruparon en las siguientes categorías:

- Apoyo no profesional o grupos de apoyo: se trata de intervenciones grupales, compuestas por cuidadores informales, cuyo objetivo principal es compartir experiencias acerca del cuidado, problemática común y ofrecerse apoyo mutuo³³.
- Counseling: consiste en una intervención de apoyo profesional hacia el cuidador y la familia cuyo objetivo es ayudar a entender el proceso de la enfermedad -síntomas, consecuencias, reacciones del cuidador²⁷- y ofrecer posibles soluciones a los problemas específicos detectados⁶.
- 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.).

Con el objetivo de facilitar la lectura y comprensión de los resultados, estos se presentan de dos formas: a) resúmenes de acuerdo a la variable de resultado (Tabla 1) y b) de manera más extensa (describiendo las características de cada estudio), según la categoría de intervención (Tabla 2).

Depresión

24 estudios recogen datos concernientes a la variable de resultado "depresión". La mayoría de los estudios (62,5%) utilizan la escala *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*³⁴ para medir sus resultados.

Dos estudios presentan resultados de intervenciones de apoyo^{35,36}. En el estudio de Mahoney³⁵ se ofrece un servicio de teleasistencia donde el cuidador participa en un grupo

Tabla 1		Resumen de resultados de los estudios que valoran la eficacia de intervenciones en cuidadores de pacientes con demencia		
Estudio	Depresión	Sobrecarga	Ansiedad	
Apoyo				
Winter & Gitlin, 2006 ⁽³⁶⁾	-			
Mahoney et al., 2003 ⁽³⁵⁾	-		-	
Counseling				
Zarit et al., 1987 ⁽⁶⁶⁾		-		
Gaugler et al., 2008 ⁽³⁷⁾	+	+		
Mittelman et al., 2008 ⁽³⁸⁾	+			
Dias et al., 2008 ⁽⁶⁹⁾		-		
Gavrilova et al., 2009 ⁽⁶⁷⁾		+		
Fortinsky et al., 2009 ⁽³⁹⁾	-	-		
Guerra et al., 2011 ⁽⁶⁸⁾		+		
Joling et al., 2012 ⁽⁴⁰⁾	-	-	-	
Waldorff et al. 2012 ⁽⁴¹⁾	-			
Psicoeducación				
Hébert et al., 1994 ⁽⁴²⁾	-	-	-	
Gendron et al., 1996 ⁽⁴³⁾	-	-	-	
Ostwald et al., 1999 ⁽⁴⁴⁾	-	+		
Marriot et al., 2000 ⁽⁴⁵⁾	+			
Coon et al., 2003 ⁽⁴⁷⁾	-			
Burns et al., 2003 ⁽⁴⁶⁾	+			
Gallagher-Thompson et al. 2003 ⁽⁴⁸⁾	+			
Hebert et al., 2003 ⁽⁷⁰⁾		-	-	
Martin-Cook et al., 2003 ⁽⁴⁹⁾	-			
Davis et al., 2004 ⁽⁵⁰⁾	-	+		
Akkerman & Ostwald, 2004 ⁽⁷³⁾			+	
Losada-Baltar et al., 2004 ⁽⁵¹⁾	-			
Gonyea et al., 2006 ⁽⁶⁰⁾		-		
Gallagher-Thompson et al., 2007 ⁽⁵³⁾	+			
Finkel et al., 2007 ⁽⁵²⁾	+			
Márquez-González et al., 2007 ⁽⁵⁸⁾	+			
Chien & Lee, 2008 ⁽⁶⁴⁾		+		
Martin-Carrasco et al., 2009 ⁽⁵⁾		+		
Gallagher-Thompson et al., 2010 ⁽⁵⁴⁾	-			
Gitlin et al., 2010 ⁽⁵⁵⁾	+	+		
Kurz et al., 2010 ⁽⁵⁶⁾	-			
Chien & Lee, 2011 ⁽⁶³⁾		+		
De Rotrou et al., 2011 ⁽⁷²⁾		-		
Losada et al., 2011 ⁽⁵⁷⁾	+			

+: resultados estadísticamente significativos. -: Resultados estadísticamente no significativos.

Tabla 2 Estudios experimentales que evalúan los efectos de las intervenciones en cuidadores informales de pacientes con demencia

Estudio	Muestra inicial (N:G.I./G.C.)	Intervenciones	Escalas	Resultados
Apoyo				
Winter Et Gitlin, 2006 ⁽³⁶⁾	103: 58/45	G.I.: grupo de apoyo vía telefónica (1 hora semanal) G.C.: tratamiento habitual	Depresión: 20-CESD	Sin cambios significativos a los 6 meses
Mahoney et al., 2003 ⁽³⁵⁾	100: 49/51	G.I.: sistema de apoyo telefónico donde se ofrece apoyo emocional e información a los cuidadores acerca de aspectos relacionados con la enfermedad y aspectos conductuales del paciente durante 12 meses. Los cuidadores usaron el servicio una media de 55 minutos G.C.: tratamiento habitual	Ansiedad: STAI Depresión: 20-CESD	No se observan cambios significativos en ninguna de las variables de resultado, a excepción de los participantes que al inicio del estudio mostraban peores puntuaciones
Counseling				
Zarit et al., 1987 ⁽⁶⁶⁾	119: 36/44/39	G.I.: programa de counseling individual de 8 semanas con información de la enfermedad, técnicas de resolución de problemas y búsqueda de servicios y apoyo. En una de las sesiones se incluyó un familiar del cuidador G.C.: intervención similar en formato grupal y más abierto denominada de apoyo G.C.: lista de espera	Sobrecarga: 22-ZBI	No se observan cambios significativos ni en la visita post-tratamiento ni en el seguimiento a un año
Gaugler et al., 2008 ⁽³⁷⁾	387: 191/194	G.I.: counseling individual-familiar y apoyo grupal durante 4 meses (6 sesiones). G.C.: tratamiento habitual	Sobrecarga: 15-ZBI Depresión: 30-GDS	Mejorías significativas en las variables de depresión y sobrecarga a lo largo de un periodo de 9,5 años
Mittelman et al., 2008 ⁽³⁸⁾	158: 79/79	G.I.: 5 sesiones de counseling: 2 individuales, 3 familiares, counseling a demanda durante 3 meses G.C.: tratamiento habitual	Depresión: BDI	Mejoría a los 24 meses frente al grupo control
Dias et al., 2008 ⁽⁶⁹⁾	81: 41/40	G.I.: intervención personalizada con información de la enfermedad, educación en manejo conductual del paciente, apoyo grupal y personal, seguimiento médico G.C.: lista de espera	Sobrecarga: 22-ZBI	Reducción no significativa a los 3 y 6 meses de la intervención
Gavrilova et al., 2009 ⁽⁶⁷⁾	60: 30/30	G.I.: intervención personalizada de 3 módulos (valoración, educación básica, entrenamiento en manejo conductual) durante 5 sesiones semanales de 1,5 horas G.C.: tratamiento habitual	Sobrecarga: 22-ZBI	Mejorías significativas ($p=0.01$) en el grupo experimental sobre el control a los 6 meses

Tabla 2		Continuación		
Estudio	Muestra inicial (N:G.I./G.C.)	Intervenciones	Escalas	Resultados
Fortinsky et al., 2009 ⁽³⁹⁾	84:54/30	G.I.: contacto individualizado mensual con un terapeuta durante 12 meses (plan de acción, información de la enfermedad, servicios disponibles...) G.C.: información acerca de la enfermedad y servicios disponibles	Sobrecarga: 22-ZBI Depresión: 20-CESD	A los 12 meses, mejoras no significativas en las variables de depresión ($p=0.41$) y sobrecarga ($p=0.73$)
Guerra et al., 2011 ⁽⁶⁸⁾	56: 27/29	G.I.: intervención personalizada de 3 módulos (valoración, educación básica, entrenamiento en manejo conductual) durante 5 sesiones semanales de 30 minutos G.C.: tratamiento habitual	Sobrecarga: 22-ZBI	Se observan cambios significativos en la variable de sobrecarga ($p<0.001$)
Joling et al., 2012 ⁽⁴⁰⁾	192: 96/96	G.I.: 6 sesiones familiares de counseling donde se les ofertaba información acerca de técnicas de resolución de problemas, redes familiares, y apoyo emocional e instrumental G.C.: tratamiento habitual	Depresión: 20-CESD Ansiedad: HADS-A Sobrecarga: CRA	No se observa un descenso del riesgo de padecer ansiedad, depresión o sobrecarga en los participantes del grupo de intervención
Waldorff et al. 2012 ⁽⁴¹⁾	330:167/163	G.I.: 7 o más sesiones de counseling, complementadas con más de 3 sesiones de información y un seguimiento telefónico con hasta 8 llamadas G.C.: grupo de apoyo	Depresión: 30-GDS	Se observa mejoría significativa en la variable de depresión a los 6 meses, pero esta se disipa en la medición de seguimiento a los 12 meses
Psicoeducación				
Hébert et al., 1994 ⁽⁴²⁾	41:23/18	G.I.: 8 sesiones grupales de 3 horas con información de la enfermedad, resolución de problemas, role-playing, y técnicas de relajación G.C.: opción de participar en reuniones mensuales de la Sociedad de Alzheimer local	Sobrecarga: 22-ZBI Depresión: BSI Ansiedad: BSI	No hay cambios significativos a los 8 meses en ninguna de las variables
Gendron et al., 1996 ⁽⁴³⁾	35:17/18	G.I.: 8 sesiones de intervención cognitivo conductual enfocadas a mejorar sus estrategias de afrontamiento, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y pensamientos disfuncionales G.C.: grupo de información y apoyo donde se tratan temas como la edad, la salud, servicios disponibles...	Ansiedad: HSC Depresión: HSC Sobrecarga:22-ZBI	Sin cambios significativos a los 6 meses de la intervención
Ostwald et al., 1999 ⁽⁴⁴⁾	117:72/45	G.I.: intervención en formato multimedia de 7 semanas de duración (2 horas por sesión) en las que se les ofrecía información sobre la enfermedad, manejo del enfermo, mejora de auto-eficacia, mejora de comunicación y manejo de problemas G.C.: lista de espera	Sobrecarga: 22-ZBI Depresión: 20-CESD	Se observan cambios significativos en la variable de sobrecarga a los 3 y 5 meses. La variable de depresión no indica cambios significativos

Tabla 2		Continuación		
Estudio	Muestra inicial (N:G.I./G.C.)	Intervenciones	Escalas	Resultados
Marriot et al, 2000 ⁽⁴⁵⁾	42:14/14/14	G.I.: 14 sesiones bisemanales con 3 sesiones de educación en la enfermedad, 6 de entrenamiento en técnicas de manejo del estrés y 5 sesiones de afrontamiento de situaciones con el paciente G.C: Entrevista semiestructurada G.C.: sin intervención	Depresión: BDI	Se observan cambios significativos en el grupo intervención a los 9 y 12 meses de iniciar el estudio
Coon et al. 2003 ⁽⁴⁷⁾	169: 53/64/52	G.I.a: 6 sesiones semanales de 2 horas en grupo de manejo de la ira y la frustración con contenidos cognitivo-conductuales, manejo de pensamientos negativos y entrenamiento en habilidades de relajación G.I.b: manejo de la depresión centrándose en la relación entre estado de ánimo y eventos agradables G.C.: Lista de espera	Depresión: subescala de MAACL	No se obtienen cambios significativos con respecto al grupo control a los 4 meses
Burns et al., 2003 ⁽⁴⁶⁾	76: 37/39	G.I.a: 25 folletos sobre aspectos conductuales del enfermo G.I.b: 25 folletos sobre aspectos conductuales del enfermo + 12 de manejo y reducción del estrés y la angustia del cuidador	Depresión: 20-CESD	Menor riesgo de depresión a los 24 meses en el grupo que incorporaba información acerca de aspectos relacionados con el cuidador
Gallagher-Thompson et al. 2003 ⁽⁴⁸⁾	213:108/105	G.I.: 10 sesiones semanales de 2 horas con manejo cognitivo conductual centrado en el control de emociones negativas, mejora de la comunicación, técnicas de relajación y creación de actividades agradables G.C.: grupo de apoyo semanal	Depresión: 20-CES-D	Los participantes en el grupo intervención redujeron de manera significativa sus niveles de depresión frente a los controles
Hébert et al., 2003 ⁽⁷⁰⁾	116: 60/56	G.I.: 15 sesiones semanales con contenidos enfocados a aspectos cognitivos del cuidador y de estrategias de afrontamiento G.C.: apoyo grupal	Sobrecarga: 22-ZBI Ansiedad: STAI	Sin cambios significativos con respecto al grupo control a los 4 meses
Martin-Cook et al., 2003 ⁽⁴⁹⁾	37: 19/18	G.I.: 4 sesiones grupales semanales de 2 horas de duración acerca de aspectos básicos de la enfermedad, manejo conductual, mejora ambiental del entorno, manejo de emociones y capacidad de afrontamiento G.C.: lista de espera	Depresión: 20-CESD	Sin cambios estadísticamente significativos entre grupos a las 6 y 14 semanas
Davis et al., 2004 ⁽⁵⁰⁾	34:18/10/16	G.I.: intervención en el domicilio de 12 sesiones semanales donde se enseñaban técnicas de manejo conductual del paciente, resolución de problemas y manejo de emociones y técnicas de relajación G.I.: misma intervención, pero mediante vía telefónica. G.C.: Contacto periódico de atención	Sobrecarga: SCB-A Depresión: GDRS	Se observan mejoras significativas en los grupos de intervención en la variable de sobrecarga. No hay cambios en la variable de depresión
Akkerman & Ostwald, 2004 ⁽⁷³⁾	35: 18/17	G.I.: 9 sesiones grupales de 2 horas con contenidos acerca de técnicas de control de la ansiedad (cognitivo, conductual, físico) G.C.: lista de espera	Ansiedad: BAI / HAMA	Se encuentran cambios significativos a la finalización de la intervención (10 semanas) en ambas escalas ($p < 0.01$)

Tabla 2		Continuación		
Estudio	Muestra inicial (N:G.I./G.C.)	Intervenciones	Escalas	Resultados
Losada-Baltar et al., 2004 ⁽⁵¹⁾	31: 12/15/4	G.I.a: programa cognitivo-conductual para la modificación de pensamientos disfuncionales de 8 sesiones semanales de 2 horas cada una G.I.b.: programa de estrategias de solución de problemas G.C.: sin intervención	Depresión: 20-CESD.	No se observan cambios significativos en la variable de depresión
Gonyea et al., 2006 ⁽⁶⁰⁾	80:40/40	G.I.: intervención de 5 sesiones semanales de 90 minutos en las que se les ofrecía información acerca de la enfermedad, mejora de la comunicación, creación de eventos agradables, manejo conductual y preparación a futuros eventos. Todas las sesiones incluían un ejercicio de relajación G.C.: información básica	Sobrecarga: 12-ZBI	Cambios no significativos con respecto al grupo control a las 6 semanas
Gallagher-Thompson et al., 2007 ⁽⁵³⁾	45: 22/23	G.I.: 6 sesiones individuales de 90 minutos con información de la enfermedad, manejo conductual del paciente, control de pensamientos negativos, aspectos relacionados con la comunicación, final de la vida, y promoción de momentos agradables G.C.: apoyo telefónico	Depresión: 20-CESD	Reducción significativa ($p=0.017$) en los niveles de depresión del grupo intervención frente al control
Finkel et al., 2007 ⁽⁵²⁾	36: 17/19	G.I.: intervención telefónica durante 6 meses con información acerca de recursos, estrategias, mejora de comunicación, autocuidado, manejo conductual del paciente. La intervención incluía sesiones de apoyo grupal y entrenamiento en habilidades G.C.: información básica	Depresión: 10-CESD	Descenso significativo a los 6 meses en los niveles de depresión ($p=0.009$), más marcado en aquellos sujetos con altos niveles de depresión al inicio del estudio
Márquez-González et al., 2007 ⁽⁵⁸⁾	74:34/40	G.I.: intervención de 8 sesiones grupales semanales de 2 horas de duración que incluía un módulo de detección y modificación de pensamientos disfuncionales y otro de entrenamiento en habilidades de afrontamiento orientadas a mejorar la capacidad de atención al enfermo (búsqueda de apoyo, relajación, actividades agradables) G.C.: lista de espera	Depresión: 20 CES-D	Resultados estadísticamente favorables al grupo de intervención
Chien & Lee, 2008 ⁽⁶⁴⁾	88: 44/44	G.I.: 12 sesiones bi-semanales de horas: orientación e información acerca de la demencia, role-playing familiar y manejo de fortalezas y uso de recursos comunitarios G.C.: tratamiento habitual	Sobrecarga: FCBI	Mejorías significativas ($p<0.001$) en el grupo con intervención a los 12 meses

Tabla 2		Continuación		
Estudio	Muestra inicial (N:G.I./G.C.)	Intervenciones	Escalas	Resultados
Martín-Carrasco et al., 2009 ⁽⁵⁾	105: 55/60	G.I.: intervención estructurada de 8 sesiones de 90 minutos durante 4 meses en los que se incluía información de la enfermedad, manejo conductual del paciente, manejo de pensamientos negativos, mejora de habilidades de comunicación y actividades agradables G.C.: lista de espera	Sobrecarga: 22-ZBI	Se observan mejoras significativas en el grupo de tratamiento a los 10 meses del inicio del estudio ($p<0.01$)
Gallagher-Thompson et al., 2010 ⁽⁵⁴⁾	70: 36/34	G.I.: DVD informativo de 2,5 horas de duración con información sobre la enfermedad y del estrés del cuidador, manejo conductual del paciente, comunicación efectiva, uso de recursos y aspectos legales relacionados con el final de la vida G.C.: DVD con información básica de la enfermedad	Depresión: 20-CESD	Sin cambios significativos en el grupo intervención
Gitlin et al., 2010 ⁽⁵⁵⁾	120: 114/106	G.I.: intervención aguda de la intervención con 16 sesiones semanales con un terapeuta ocupacional que elabora un plan de acción personalizado (reducción de estrés, autocuidado, mejora de habilidades del cuidado) y una fase de mantenimiento (16-24 semanas) mediante contactos telefónicos G.C.: sin intervención	Depresión: 10-CESD Sobrecarga: 12-ZBI	Reducción significativa en las variables de resultado a las 16 y 24 semanas ($p<0.05$)
Kurz et al., 2010 ⁽⁵⁶⁾	121: 115/106	G.I.: 7 sesiones de 90 minutos con información de la enfermedad en sus diferentes fases (temprana, media, final) completada con 6 sesiones de recuerdo G.C.: una sesión de counseling	Depresión: MADRS	Sin cambios significativos en la variable de depresión a los 15 meses
Chien & Lee, 2011 ⁽⁶³⁾	92: 46/46	G.I.: 10 visitas bi-semanales al domicilio de 2 horas en las que se aportaba información, apoyo psicológico, social y estrategias de resolución de problemas G.C.: Tratamiento habitual	Sobrecarga: FCBI	Mejorías significativas ($p<0.001$) en el grupo con intervención a los 18 meses
De Rotrou et al., 2011 ⁽⁷²⁾	115: 57/58	G.I.: 12 sesiones semanales de 2 horas con información de la enfermedad, entrenamiento en resolución de problemas, estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, manejo de la conducta del enfermo, mejora de la comunicación, manejo de situaciones difíciles y recursos disponibles G.C.: lista de espera	Sobrecarga: 22-ZBI	Sin cambios significativos a los 3 y 6 meses

Tabla 2		Continuación		
Estudio	Muestra inicial (N:G.I./G.C.)	Intervenciones	Escalas	Resultados
Losada et al., 2011 ⁽⁵⁷⁾	167:88/79	G.I.: 12 sesiones grupales semanales de 2 horas similar a la intervención descrita en Márquez-González et al., 2007 ⁽⁵⁸⁾ prestando mayor atención a identificar las barreras que les imposibilitaban realizar las actividades agradables G.C.: lista de espera	Depresión: 20 CES-D	Resultados estadísticamente favorables al grupo de intervención

BAI: Beck Anxiety Inventory. BDI: Beck Depression Inventory. BSI: Brief Symptom Inventory. CRA: Caregiver Reaction Assessment. CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. FCBI: Family Caregiving Burden Inventory. G.C.: Grupo Control. GDS: Geriatric Depression Scale. GDRS: Geriatric Depression Rating Scale. G.I.: Grupo Intervención. HADS-A: Hospital Anxiety And Depression Scale Anxiety. HAD-S: Hospital Anxiety And Depression Scale. HAMA: Hamilton Anxiety Scale. HSC: Hopkins Symptom Checklist. MAACL: Multiple Affect Adjective Checklist. MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. SCB-A: Screen for Caregiver Burden. STAI: State-Trait Anxiety Inventory. ZBI: Zarit Burden Interview.

de apoyo, recibe ayuda profesional e información acerca de la enfermedad. En términos generales, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. En el estudio de Winter³⁶ tampoco se obtienen resultados estadísticamente significativos a los 6 meses de aplicar la intervención de apoyo, a excepción de aquellas participantes con edades superiores a los 65 años.

Dentro de los estudios que valoran la eficacia de intervenciones de tipo "counseling" en depresión³⁷⁻⁴¹, sólo los estudios de Gaugler³⁷ y Mittelman³⁸, que combinan counseling familiar e individual durante 4 y 6 meses respectivamente, indican resultados estadísticamente significativos en la variable de depresión. Walldorf⁴¹, encuentra cambios significativos tras la intervención, pero estos se disipan a los 12 meses.

En los 17 estudios con intervenciones psicoeducativas que valoran eficacia en depresión⁴²⁻⁵⁶, 8 obtienen resultados estadísticamente significativos^{45,46,48,52,53,55,57,58}. Ostwald⁴⁴, mediante una intervención multimedia que combina información con técnicas de manejo del enfermo y autocuidado, obtiene resultados que aunque positivos, no son significativos. Gendron⁴³ apenas encuentra diferencias tras la intervención. Marriot⁴⁵ obtiene resultados significativamente positivos mediante una intervención centrada en la relajación y técnicas de afrontamiento. Burns⁴⁶ compara los resultados de dos intervenciones muy similares (*Behavior Care* y *Enhanced Care*) en un muestra de 76 cuidadores. En una de ellas los cuidadores reciben información acerca de los aspectos conductuales de la enfermedad mediante folletos informativos. En la otra intervención que incluye información acerca de la reducción del estrés y la angustia del cuidador, se obtiene una reducción significativa en el riesgo de desarrollar depresión a los 24 meses, así como una mejora en los niveles de bienestar. Martin-Cook⁴⁹ valora la eficacia

de una intervención de 4 sesiones semanales en la que no parecen existir diferencias estadísticamente significativas frente a una intervención informativa básica. Los trabajos de Gallagher-Thompson^{48,53,54} estudian los efectos de una intervención denominada *CWC* ("*Coping with Caregiving*"), que incluye una gran diversidad de contenidos (i.e. información de la enfermedad, manejo conductual del paciente, control de pensamientos negativos, aspectos relacionados con la comunicación, final de la vida, y promoción de momentos agradables) frente a intervenciones mínimas de apoyo^{48,53} e información⁵⁴. En los dos primeros estudios en los que la intervención era presencial, se obtienen buenos resultados. Sin embargo, en el último⁵⁴ se aplica la intervención mediante un formato multimedia (DVD), no encontrando una mejora evidente. En España, Losada-Baltar^{51,57,58} mediante una intervención similar a la de Gallagher-Thompson, centrada en los aspectos cognitivo-conductuales que rodean la experiencia del cuidado informal, encuentra resultados favorables en las variables de estrés, reducción de pensamientos disfuncionales y depresión. Por su parte, Finkel⁵² aplica una intervención psicoeducativa mediante el sistema de telecomunicación denominado *CTIS* ("*Computer-Telephone Integration System*"), en el que el cuidador recibe una intervención con diversos contenidos: información, uso de recursos, mejora de comunicación, manejo conductual y apoyo grupal. El programa de intervención y su novedoso sistema de implantación, parecen obtener resultados positivos a los 6 meses de tratamiento en comparación con la aplicación de materiales meramente informativos.

Gitlin⁵⁵ propone una intervención de 16 sesiones hallando mejorías significativas ($p < 0.05$) a los 16 y 24 semanas de iniciar el tratamiento en una muestra de 120 familiares. Finalmente, Kurz⁵⁶ aplica una intervención psicoeducativa de 7 sesiones en la que se centra en las diferentes fases de la

enfermedad (temprana, media y final) y sus dificultades, sin encontrar cambios significativos en la variable de depresión a los 15 meses de su aplicación.

Sobrecarga

La eficacia de las intervenciones sobre la variable de sobrecarga se refleja en 18 estudios. La escala de medición predominante es la de Zarit⁵⁹. Gonyea y Gitlin^{55,60} utilizan dos versiones reducidas de 12 ítems^{61,62}. Chien y Lee^{63,64} se decantan por la escala *Family Caregiver Burden Inventory*⁶⁵.

El trabajo de Zarit⁶⁶ es de los primeros estudios en valorar la eficacia de este tipo de intervenciones. Para ello, propone una intervención de counseling familiar que consigue reducir los niveles de sobrecarga del cuidador hasta niveles casi significativos estadísticamente. Gaugler³⁷ consigue unos resultados favorables mediante su intervención de counseling (*NYUCI – New York University Caregiver Intervention*) en la reducción de los niveles de sobrecarga, medidos a través de una versión modificada de la Zarit Burden Inventory, a los 9,5 años. Dentro de esta categoría, destacan los trabajos producidos por los grupos de investigación del proyecto "10/66" pertenecientes a la *Alzheimer Disease International* y liderados por Gavrilo⁶⁷ y Guerra⁶⁸. Ambos aplican una intervención personalizada que consta de una primera fase de valoración del caso, seguida de educación básica y entrenamiento en técnicas de manejo conductual. La intervención se muestra capaz de producir cambios significativos a los 6 meses en la variable de sobrecarga. Dias⁶⁹ propone una intervención personalizada similar, en la que los cuidadores cuentan con información de la enfermedad, apoyo grupal y seguimiento médico. Sus resultados, sin embargo, no reflejan cambios significativos en las visitas a los 3 y 6 meses del inicio de la intervención. Por su parte, los trabajos de Fortinsky y Joling^{39,40}, con intervenciones de counseling individual y familiar respectivamente, encuentran resultados más discretos sobre la variable de sobrecarga.

Las intervenciones psicoeducativas en su conjunto, indican mejores resultados sobre la sobrecarga. Ostwald⁴⁴ encuentra cambios significativos tras la aplicación de un programa psicoeducativo. Hébert⁷⁰ aplica una intervención centrada en los aspectos cognitivos y de afrontamiento del cuidador sin encontrar una reducción significativa en los niveles de sobrecarga a los 4 meses. Gonyea⁶⁰ y Martín-Carrasco⁵ utilizan la misma intervención diseñada en el primer proyecto REACH (*The Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health*)^{48,71} en la que se incluyen sesiones con información de la enfermedad, manejo conductual del paciente, mejora de la comunicación, creación de eventos agradables, planteamiento del final de la vida y ejercicios de relajación. Mientras que Gonyea⁶⁰ parece no obtener resultados estadísticamente significativos, la muestra de 105

cuidadores de Martín-Carrasco⁵ experimenta una mejoría significativa a los 10 meses del inicio del programa.

Chien y Lee^{63,64} proponen dos intervenciones psicoeducativas individualizadas en las que se aplican diversos contenidos. Al igual que en la variable de depresión, encuentran resultados favorables estadísticamente significativos frente a tratamiento habitual o counseling. Gitlin⁵⁵ plantea una intervención individualizada, en la que se establecen como objetivos la reducción de estrés y la mejora de habilidades de cuidado y autocuidado. Dicha intervención se ve reforzada por un plan de mantenimiento de 16 a 24 semanas mediante contactos telefónicos. Los resultados obtenidos indican cambios significativos en las variables de depresión y sobrecarga.

Finalmente, de Rotrou⁷² plantea un trabajo metodológicamente preciso, en el que se estudia el efecto de una intervención psicoeducativa altamente estructurada. Sus resultados en las visitas a los 3 y 6 meses, señalan una estabilización de los niveles de sobrecarga en la rama experimental frente a un incremento de sobrecarga en el grupo control.

Ansiedad

Sólo 6 de los 33 estudios seleccionados recogen información sobre la eficacia en la reducción o prevención de la ansiedad del cuidador informal. No existe un instrumento de medición predominante. En general, las intervenciones no modifican de manera significativa los niveles de ansiedad de los cuidadores.

Ni las intervenciones de apoyo telefónico de Mahoney³⁵, ni la intervención de counseling familiar diseñada por Joling⁴⁰ parecen producir cambios positivos significativos en los niveles de ansiedad de los cuidadores.

Dentro de las intervenciones psicoeducativas, los primeros trabajos realizados no encuentran diferencias sobre el grupo control. Las técnicas de modificación cognitivo-conductual propuestas por la intervención de Hébert⁷⁰ inciden de manera positiva sobre la variable de ansiedad frente al grupo control sin llegar a valores estadísticamente significativos ($p=0.09$).

Finalmente, Akkerman y Ostwald⁷³ valoraron la eficacia de una intervención grupal, cognitivo-conductual, que comprendía 9 sesiones de 2 horas de duración y en la que los asistentes recibían entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad en sus tres componentes principales (cognitivo, conductual y físico). Para medir los resultados de su intervención hicieron uso de las escalas *Beck Anxiety Inventory*⁷⁴ y *Hamilton Anxiety Scale*⁷⁵. Se obtuvieron cambios significativos ($p<0.01$) en ambas escalas a los 10 meses de la intervención.

DISCUSIÓN

La atención al paciente con demencia en el domicilio puede ocasionar consecuencias negativas sobre el cuidador, especialmente en la esfera emocional⁷⁶. Las cifras actuales de prevalencia de la demencia y las previsiones a futuro nos alertan de la necesidad de intervenir de cara a mejorar la situación del enfermo y del cuidador informal. Las intervenciones dirigidas a reducir las consecuencias psicológicas negativas derivadas del cuidado de un familiar con demencia son muy variadas, tanto en forma, contenidos o en los resultados obtenidos. El objetivo del presente trabajo ha sido revisar y actualizar de manera rigurosa la evidencia disponible.

Dentro del proceso de revisión y selección se han descartado muchos estudios que no cumplían criterios desde el punto de vista metodológico. Por ejemplo, uso de instrumentos no validados, aplicación de intervenciones no estandarizadas, o intervenciones indirectas sobre el cuidador, etc. Igualmente, con el fin de evitar posibles sesgos, se han incluido únicamente estudios con un diseño experimental. Estas circunstancias han reducido considerablemente el número de estudios incluidos con respecto a otras revisiones^{6,21,23}.

Los 35 estudios seleccionados se han agrupado en tres categorías: apoyo grupal o no profesional, counseling y psicoeducación. 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, destacan las intervenciones psicoeducativas como las más eficaces, seguidas de las intervenciones de counseling. Nuestros resultados parecen coincidir con los hallados por otros autores^{6,22,23,26,27}. La tendencia favorable (aunque no estadísticamente significativa) de la mayoría de estudios y su limitado número (variable de ansiedad y de la categoría de grupos de apoyo), apuntan a la presencia de posibles sesgos de publicación que convendría estudiar con mayor detenimiento.

Debido a la alta heterogeneidad de formatos de aplicación y a la disparidad de resultados, resulta difícil identificar posibles factores moduladores de la eficacia. Con respecto al formato de intervención, el 45,71% de los estudios aplicaban intervenciones individuales, de las cuales, el 62,5% presentan resultados estadísticamente favorables^{37,50,55,63,67,68}. Este tipo de intervenciones que aplican contenidos personalizados, pueden ser más útiles para los cuidadores ya que se adaptan mejor a sus necesidades específicas. Sin embargo, se plantea el problema metodológico de poder definir correctamente la intervención, replicar los resultados o comparar la intervención con otros programas. En este sentido, nos parece interesante señalar la posibilidad de combinar una intervención grupal con una individual. Este doble formato

puede atender a las necesidades específicas de la familia a la vez que ofrece el apoyo de otros cuidadores.

En cuanto a la intensidad de las intervenciones, se ha señalado en varias ocasiones que una intervención con más contenidos o número de sesiones, no siempre resulta conveniente, ya que los cuidadores pueden verse desbordados por las exigencias de cumplimiento del programa^{25,48}. Estudios con intervenciones no presenciales o muy cortas han intentado superar este obstáculo, pero tampoco han encontrado resultados favorables e igualmente generan dudas acerca de si los participantes están autoaplicándose correctamente los programas^{35,36,54}. En nuestro caso, hemos intentado cuantificar la intensidad de las intervenciones. Hay que señalar que muchos estudios incluían en sus intervenciones componentes difíciles de objetivar (por ejemplo, contacto telefónico, seguimiento clínico, atención a demanda, etc.). Desde nuestra experiencia, consideramos importante intentar mantener un equilibrio razonable en el número e intensidad de las sesiones e igualmente flexibilizar los contenidos de los programas de tal manera que la pérdida o falta de asistencia a una sesión, no condicione el aprovechamiento del conjunto de la intervención. Muchas de las pérdidas muestrales que se dan en estos estudios se deben a cuidadores que no mantienen la continuidad de la intervención y deciden abandonar el programa.

No obstante, parece que la clave de la eficacia de estas intervenciones radica en la participación activa de los asistentes, favorecida a través de técnicas de role-playing, entrenamiento de habilidades, ejercicios centrados en el análisis de la situación, antecedentes y consecuencias, y en la repetición continuada de los ejercicios (ejercicios para casa y posterior corrección), hasta conseguir generar un hábito en su modo de actuar y pensar. A su vez, ofrecer un seguimiento de consulta más abierto y menos intensivo tras la intervención, puede ser beneficioso de cara a que el cuidador pueda plantear nuevas dudas que le vayan surgiendo^{41,55}. Cabe recordar que la mayoría de las demencias presentan un curso progresivo, en el que las nuevas etapas viene acompañadas de nuevos problemas y retos, a los que cuidador debe enfrentarse. En este sentido, varios autores^{19,54}, se han pronunciado sobre la necesidad de establecer unos criterios o indicadores (estado y gravedad de la enfermedad, situación o características del cuidador, etc.) que ayuden al clínico a decidir en qué casos es recomendable aplicar este tipo de intervenciones.

Con respecto a los estudios en los que a pesar de no obtener resultados estadísticamente significativos, han encontrado efectos positivos de su intervención sobre las variables de resultado estudiadas,^{36,51} caben dos posibles explicaciones. Primero, que los instrumentos de medida cuantitativos no sean suficientemente sensibles al cambio, y no reflejen parte de los efectos producidos por las intervenciones. Segundo, que en el caso de los cuidadores informales de pacientes

con demencia, los aspectos psicológicos como la depresión, la ansiedad y la sobrecarga, sean entidades "cristalizadas", relativamente estables y difíciles de modificar. Por ello, resultaría interesante incluir otros sistemas de valoración complementarios, más centrados en buscar significaciones clínicas⁷⁷ y que puedan medir posibles cambios desde otra perspectiva quizás más próxima a la realidad personal del cuidador y del enfermo.

Como conclusión, en nuestra opinión los programas de intervención resultan beneficiosos y recomendables a la hora de reducir y prevenir el malestar psicológico del cuidador informal del paciente con demencia. No obstante, hay que destacar que se trata de un área de estudio relativamente novedosa, y en la que existen todavía importantes lagunas de conocimiento. A pesar de que existe gran cantidad de trabajos que tratan el tema del malestar del cuidador informal y plantean posibles intervenciones, pocos responden a criterios metodológicos de calidad. Por ello, es necesario profundizar en el desarrollo de herramientas de intervención válidas y realizar estudios que nos ayuden a determinar de manera más precisa la eficacia de este tipo de intervenciones, así como los factores moduladores de la respuesta.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores declara ningún tipo de conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

- Batsch NL, Mittelman M. Overcoming the stigma of dementia: Alzheimer's Disease International, 2012.
- Imsero. Las personas mayores en España: informe 2008. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2008.
- Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2007.
- Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: Factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(8):651-61.
- 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.
- Pinquart M, Sorensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*. 2006;18(4):577-95.
- Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(2):184-8.
- Fernandez-Lansac V, Crespo Lopez M, Caceres R, Rodriguez-Poyo M. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(3):7.
- Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129(6):946-72.
- Jonsson L, Wimo A. The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological considerations. *Pharmacoeconomics*. 2009;27(5):391-403.
- Lowery K, Mynt P, Aisbett J, Dixon T, O'Brien J, Ballard C. Depression in the carers of dementia sufferers: a comparison of the carers of patients suffering from dementia with Lewy bodies and the carers of patients with Alzheimer's disease. *J Affect Disord*. 2000;59(1):61-5.
- Cooper C, Balamurali TB, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2007;19(2):175-95.
- Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2005;9(4):325-30.
- Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Diaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004;33(2):61-6.
- Kurasawa S, Yoshimasu K, Washio M, Fukumoto J, Takemura S, Yokoi K, et al. Factors influencing caregivers' burden among family caregivers and institutionalization of in-home elderly people cared for by family caregivers. *Environmental health and preventive medicine*. 2012;17(6):474-83.
- Bourgeois MS, Schulz R, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: a review and analysis of content, process, and outcomes. *Int J Aging Hum Dev*. 1996;43(1):35-92.
- Cooper C, Balamurali TB, Selwood A, Livingston G. A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(3):181-8.
- Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*. 1998;51(1 Suppl 1):S53-60; discussion S5-7.
- Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and aging*. 2007;22(1):37-51.
- Llanque SM, Enriquez M. Interventions for Hispanic caregivers of patients with dementia: a review of the literature. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012;27(1):23-32.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. 2010;30(2):161-78.
- Zabalegui Yarnoz A, Navarro Diez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernandez-Puebla A, Bardallo Porras D, Rodríguez Higuera E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(3):157-66.
- Chien LY, Chu H, Guo JL, Liao YM, Chang LI, Chen CH, et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(10):1089-98.
- Knight BG, Lutzky SM, Macofsky-Urban F. A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: recommendations for future research. *Gerontologist*. 1993;33(2):240-8.
- Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. 2002;42(3):356-72.
- Brodsky H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am*

- Geriatr Soc. 2003;51(5):657-64.
27. Acton GJ, Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. *Res Nurs Health*. 2001;24(5):349-60.
 28. Higgins JPT, Green S, Collaboration C. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Wiley-Blackwell, 2008.
 29. OCEBM LoEWG. The Oxford 2011 Levels of Evidence 2011: Recuperado de: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
 30. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*. 2006;67(9):1592-9.
 31. Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2004;161(5):850-6.
 32. 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;14(8):642-9.
 33. Gonyea JG. Alzheimer's disease support groups: an analysis of their structure, format and perceived benefits. *Social work in health care*. 1989;14(1):61-72.
 34. Radloff L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1:16.
 35. 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.
 36. Winter L, Gitlin LN. Evaluation of a telephone-based support group intervention for female caregivers of community-dwelling individuals with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2007;21(6):391-7.
 37. Gaugler JE, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(3):421-8.
 38. Mittelman MS, Brodaty H, Wallen AS, Burns A. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(11):893-904.
 39. Fortinsky RH, Kuldorff M, Kleppinger A, Kenyon-Pesce L. Dementia care consultation for family caregivers: collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. *Aging Ment Health*. 2009;13(2):162-70.
 40. Joling KJ, van Marwijk HW, Smit F, van der Horst HE, Scheltens P, van de Ven PM, et al. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS One*. 2012;7(1):e30936.
 41. Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Rasmussen ML, Keiding N, Rishoj S, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ*. 2012;345:e4693.
 42. Hebert R, Leclerc G, Bravo G, Girouard D, Lefrancois R. Efficacy of a support group programme for care-givers of demented patients in the community: a randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*. 1994;18(1):1-14.
 43. Gendron C, Poitras L, Dastoor DP, Perodeau G. Cognitive-behavioral group intervention for spousal caregivers: Findings and clinical considerations. *Clinical Gerontologist*. 1996;17(1):3-19.
 44. Ostwald SK, Hepburn KW, Caron W, Burns T, Mantell R. Reducing caregiver burden: a randomized psychoeducational intervention for caregivers of persons with dementia. *Gerontologist*. 1999;39(3):299-309.
 45. Marriott A, Donaldson C, Tarrrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry*. 2000;176:557-62.
 46. Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, Graney MJ, Lummus A. Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study. *Gerontologist*. 2003;43(4):547-55.
 47. Coon DW, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D. Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist*. 2003;43(5):678-89.
 48. 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.
 49. Martin-Cook K, Remakel-Davis B, Svetlik D, Hynan LS, Weiner MF. Caregiver attribution and resentment in dementia care. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2003;18(6):366-74.
 50. Davis LL, Burgio LD, Buckwalter KC, Weaver M. A comparison of in-home and telephone-based skill training interventions with caregivers of persons with dementia. *Journal of Mental Health and Aging*. 2004;10(1):31-44.
 51. Losada Baltar A, Izal Fernandez de Troconiz M, Montorio Cerrato I, Marquez Gonzalez M, Perez Rojo G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol*. 2004;38(8):701-8.
 52. 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;15(5):443-8.
 53. Gallagher-Thompson D, Gray HL, Tang PC, Pu CY, Leung LY, Wang PC, et al. Impact of in-home behavioral management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese caregivers: results of a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(5):425-34.
 54. 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.
 55. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(8):1465-74.
 56. Kurz A, Wagenpfeil S, Hallauer J, Schneider-Schelte H, Jansen S. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: the AENEAS study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(8):861-9.
 57. Losada A, Marquez-Gonzalez M, Romero-Moreno R. Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:8.
 58. Marquez-Gonzalez M, Losada A, Izal M, Perez-Rojo G, Montorio I. Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an intervention programme. *Aging Ment Health*. 2007;11(6):616-25.

59. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
60. Gonyea JG, O'Connor MK, Boyle PA. Project CARE: a randomized controlled trial of a behavioral intervention group for Alzheimer's disease caregivers. *Gerontologist*. 2006;46(6):827-32.
61. Bedard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist*. 2001;41(5):652-7.
62. O'Rourke N, Tuokko HA. Psychometric properties of an abridged version of The Zarit Burden Interview within a representative Canadian caregiver sample. *Gerontologist*. 2003;43(1):121-7.
63. Chien WT, Lee IY. Randomized controlled trial of a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *J Adv Nurs*. 2011;67(4):774-87.
64. Chien WT, Lee YM. A disease management program for families of persons in Hong Kong with dementia. *Psychiatr Serv*. 2008;59(4):433-6.
65. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*. 1989;29(6):798-803.
66. Zarit SH, Anthony CR, Boutselis M. Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychology and aging*. 1987;2(3):225-32.
67. 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;24(4):347-54.
68. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(1):47-54.
69. Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PLoS One*. 2008;3(6):e2333.
70. Hebert R, Levesque L, Vezina J, Lavoie JP, Ducharme F, Gendron C, et al. Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: a randomized controlled trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(1):S58-67.
71. Wisniewski SR, Belle SH, Coon DW, Marcus SM, Ory MG, Burgio LD, et al. The Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH): project design and baseline characteristics. *Psychology and aging*. 2003;18(3):375-84.
72. de Rotrou J, Cantegreil I, Faucounau V, Wenisch E, Chausson C, Jegou D, et al. Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(8):833-42.
73. Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2004;19(2):117-23.
74. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7.
75. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5.
76. Mausbach BT, Chatillion EA, Roepke SK, Patterson TL, Grant I. Comparison of psychosocial outcomes in the elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(1):8.
77. Schulz R, O'Brien A, Czaja S, Ory M, Norris R, Martire LM, et al. Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *Gerontologist*. 2002;42(5):589-602.