

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA**

**“San Vicente Mártir”**

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA DE  
LOS RECURSOS  
Y GRUPOS DE APOYO DIRIGIDOS AL CUIDADOR  
PRINCIPAL DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD  
DE ALZHEIMER**

**TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE**

**“GRADO EN ENFERMERÍA”**

Presentado por:

D. David Mocholí Beleña

Tutora:

Dra. Vanessa Ibáñez del Valle

Valencia, a 6 de mayo de 2019



*“Mientras unos intentan olvidar,  
otros luchan por recordar”*

*Anónimo*

*A todas las familias que tienen un enfermo  
de Alzheimer en casa.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi enorme agradecimiento para mi familia, pues sin su ayuda, este sueño no habría sido posible. Por educarme en los valores del amor y el respeto y hacer de mí una mejor persona.

A mis compañeros y amigos de la carrera, por compartir conmigo este camino. Destacar a María y Andrea, por ser un pilar fundamental, en mis estudios y en mi vida.

A todos los profesores y profesionales que me han enseñado lo bonito de esta profesión, la humanidad que debe caracterizar a un enfermero y por hacer de mí un excelente profesional.

Como no, este proyecto no hubiera sido posible sin la inmensa ayuda de mi tutora, Vanessa Ibáñez, que ha estado a mi lado en todo momento. Gracias por tu apoyo y confianza.

Y por último, a las dos personas que fueron la inspiración de este trabajo. Mi pequeño homenaje a vosotros, abuelos.

## RESUMEN

La incidencia de la Enfermedad de Alzheimer (EA) aumenta con la edad, siendo su prevalencia en nuestro país de alrededor del 6% en el grupo de mayores de 70 años y representando el 70% de las demencias (1). Constituye una enfermedad crónica de curso inexorable en la que las personas que la padecen precisan de una atención continua que es prestada habitualmente por sus familiares. El cuidador informal es la persona encargada de realizar el cuidado no profesional, viéndose expuesto a lo que se denomina “*síndrome de sobrecarga del cuidador*”. Los profesionales de enfermería pueden aportar apoyo y cuidado, además de realizar intervenciones psicoeducativas como las realizadas en grupos de apoyo destinadas a mejorar el abordaje de la persona con demencia, evitando los cuadros de agitación y disminuyendo el estrés del cuidador informal.

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica exhaustiva en diferentes bases de datos científicas y literatura relacionada con la finalidad de analizar los beneficios que aportan los grupos de apoyo dirigidos a los cuidadores principales de personas con Alzheimer en los diferentes recursos asistenciales. Se analizan 10 artículos elegidos por considerarse los más relevantes y tratarse de trabajos publicados en revistas indexadas.

## ABSTRACT

The incidence of Alzheimer's disease (AD) increases with age, with prevalence in our country of around 6% in the group over 70 years of age and representing 70% of dementias (1). It is a chronic disease of inexorable course in which people who suffer from it require continuous care that is usually provided by their families. The informal caregiver is the person in charge of performing the non-professional care, being exposed to what is called "*caregiver overload syndrome*". Nursing professionals can provide support and care, in addition to performing psychoeducational interventions such as those carried out in support groups aimed at improving the approach of the person with dementia, avoiding the symptoms of agitation and reducing the stress of the informal caregiver.

In this work an exhaustive bibliographical review is made in different scientific databases and literature related to the purpose of analyzing the benefits provided by the support groups directed to the main caregivers of people with Alzheimer's in the different asitential resources. We analyze 10 articles chosen because they are considered the most relevant and they are works published in indexed journals.

## **PALABRAS CLAVE**

- Enfermedad de Alzheimer
- Cuidador informal
- Síndrome de sobrecarga del cuidador
- Enfermería
- Grupos de apoyo

# TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
PALABRAS CLAVE .....	8
TABLA DE CONTENIDOS .....	9
LISTADO DE TABLAS.....	11
LISTADO DE FIGURAS .....	12
LISTADO DE ACRÓNIMOS.....	13
<b>CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1. Justificación .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. ¿Qué es la demencia? .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3. Enfermedad de Alzheimer .....</b>	<b>17</b>
1.3.1. ¿Qué es el Alzheimer?.....	17
1.3.2. Fases y manifestaciones del Alzheimer .....	18
1.3.3. Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer .....	20
1.3.4. Tratamiento del Alzheimer .....	21
1.3.4.1. Tratamiento farmacológico .....	21
1.3.4.2. Tratamiento no farmacológico.....	22
<b>1.4.- El cuidador principal.....</b>	<b>24</b>
<b>1.5. La sobrecarga del cuidador de personas con Alzheimer .....</b>	<b>25</b>
1.5.1. El apoyo social y los grupos de apoyo .....	27
<b>1.6.- La figura del profesional de Enfermería ante la sobrecarga del cuidador.....</b>	<b>29</b>



CAPÍTULO 2 OBJETIVOS.....	31
<b>2.1. Definición de objetivos.....</b>	<b>31</b>
Objetivos generales.....	31
Objetivos específicos.....	31
 CAPÍTULO 3 MÉTODO .....	 32
<b>3.1. Estrategia y búsqueda bibliográfica.....</b>	<b>32</b>
3.1.1. Tipología del estudio realizado.....	32
3.1.2. Bases de datos científicas .....	32
3.1.3. Búsqueda .....	33
<b>3.2. Resultados de la búsqueda bibliográfica .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3.- Análisis de la literatura seleccionada .....</b>	<b>35</b>
 CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL.....	 36
 CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES .....	 48
 BIBLIOGRAFÍA.....	 49
 ANEXOS.....	 55

## LISTADO DE TABLAS

<b>TABLA 1.- CAUSAS DE DEMENCIA.....</b>	<b>15</b>
<b>TABLA 2.- ESTADIOS ESCALA GDS .....</b>	<b>15</b>
<b>TABLA 3.- ETIOLOGÍA TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>TABLA 4.- DIFERENCIAS SIGNOS ALZHEIMER Y CAMBIOS RELACIONADOS CON LA EDAD.....</b>	<b>17</b>
<b>TABLA 5.- ALTERACIONES ENFERMEDAD ALZHEIMER .....</b>	<b>18</b>
<b>TABLA 6.- SINTOMATOLOGÍA ETAPA TEMPRANA ALZHEIMER .....</b>	<b>19</b>
<b>TABLA 7.- SINTOMATOLOGÍA ETAPA MEDIA ALZHEIMER .....</b>	<b>19</b>
<b>TABLA 8.- SINTOMATOLOGÍA ETAPA FINAL ALZHEIMER.....</b>	<b>20</b>
<b>TABLA 9.- FÁRMACOS APROBADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER .....</b>	<b>21</b>
<b>TABLA 10.- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL ALZHEIMER.....</b>	<b>23</b>
<b>TABLA 11.- CARACTERÍSTICAS CUIDADOR PRINCIPAL.....</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 12.- FACTORES DE RIESGO SOBRECARGA DEL CUIDADOR .....</b>	<b>25</b>
<b>TABLA 13.- SINTOMATOLOGÍA SOBRECARGA DEL CUIDADOR.....</b>	<b>26</b>
<b>TABLA 14.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS GRUPOS DE APOYO .....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 15.- DIAGNÓSTICOS NANDA MÁS FRECUENTES EN CUIDADORES INFORMALES .....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 16. TÉRMINOS DECS Y MESH (DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD).....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 17. ECUACIÓN DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 18. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 19.- EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LOS ESTUDIOS ANALIZADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>TABLA 20.- ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT.....</b>	<b>55</b>
<b>TABLA 21.- PUNTUACIÓN ESCALA DE ZARIT.....</b>	<b>56</b>

## LISTADO DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.-</b> <i>DIAGRAMA DE FLUJO DE LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LAS DIFERENTES FASES DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA [ADAPTACIÓN PRISMA: PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META-ANALYSES]</i> .....	34
<b>FIGURA 2.-</b> <i>ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR BASE DE DATOS</i> .....	35

## LISTADO DE ACRÓNIMOS

**ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**AIVD:** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

**EA:** Enfermedad de Alzheimer

**FDA:** Food and Drug Administration (Administración de alimentos y medicamentos)

**GAM:** Grupos de Ayuda Mutua

**GDS:** Global Deterioration Scale (Escala de Deterioro Global)

**JCR:** Journal Citation Reports

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association

**NIC:** Nursing Interventions Classification

**NMDA:** N-metil-D-aspartato

**NOC:** Nursing Outcomes Classification

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**PAE:** Proceso de Atención de Enfermería

**PICO:** Población, Intervención ó Exposición, Comparación y Resultados

**PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

**RM:** Resonancia Magnética

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**TC:** Tomografía Computarizada

**TEP:** Tomografía de Emisión de Positrones

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

**WOS:** Web of Science

# CAPÍTULO 1

## MARCO TEÓRICO

### *1.1. Justificación*

La vejez conforma el periodo que transcurre desde los 65 años hasta la muerte de una persona. Hoy en día, en España nos encontramos además de con unas bajas tasas de natalidad con un aumento de la esperanza de vida, siendo 80,39 años para el hombre y 85,73 para las mujeres. En los próximos años, de mantenerse las tendencias demográficas actuales, se prevé un intenso proceso de envejecimiento. Según los estudios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el año 2050 España será uno de los países más envejecidos del mundo, siendo el 40% de su población mayor de 65 años. Todo esto, junto al avance de la medicina, provoca una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, con la situación de dependencia física y psíquica que ello conlleva.

Entre las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud crónicos asociados a la edad, se incluyen la detección y tratamiento de los denominados síndromes geriátricos ya que constituyen una causa frecuente de incapacidad funcional o social. Los síndromes geriátricos fueron descritos por Kane en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* (2) como problemas geriátricos y entre ellos se encuentra la demencia.

La primera causa de demencia y la que más dependencia genera es la enfermedad de Alzheimer. Dicha dependencia, provoca que por lo general sea la familia la principal encargada de los cuidados de la persona afectada, repercutiendo en su vida social y laboral y experimentando estrés y sobrecarga considerables. Es por ello, que cada vez existen más recursos de carácter social para reducir la situación de sobrecarga y estrés de los cuidadores principales. Además, resulta necesario que éstos cuidadores de personas con demencia se beneficien de tratamientos psicoterapéuticos tradicionales y de intervenciones educativas de soporte dirigidas por profesionales de enfermería.

### *1.2. ¿Qué es la demencia?*

La demencia es una patología de afectación cerebral que altera, de forma grave, las actividades diarias de quienes la padecen. Se trata de una pérdida de las funciones cerebrales causada por varias enfermedades, afectando, sobre todo, a la memoria y al pensamiento (3).

Por normal general, es una enfermedad que suele ocurrir a una edad avanzada y de forma irreversible, aumentando el riesgo conforme se envejece.

Hoy en día, la enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común de demencia que se conoce, aunque también es común la demencia vascular, causada, como su nombre indica, por un accidente cerebrovascular en el que llega una cantidad insuficiente de sangre al cerebro. Por otra parte, la demencia por cuerpos de Lewy se produce cuando se encuentran diferentes proteínas, anormales, en distintas zonas cerebrales (4).

**Tabla 1.-** Causas de demencia

<b>CAUSAS DE DEMENCIA</b>	
<b>CAUSAS IRREVERSIBLES</b>	<b>CAUSAS REVERSIBLES</b>
Enfermedad de Huntington	Tumores cerebrales
Esclerosis múltiple	Enolismo crónico
VIH/SIDA, sífilis y/o Enfermedad de Lyme	Origen metabólico (cambio niveles de glucosa, calcio y sodio sanguíneos)
Enfermedad de Pick	Deficiencia vitamina B12
Parálisis supranuclear progresiva	Hidrocefalia
Lesión cerebral	Uso de medicamentos para disminuir niveles de colesterol en sangre o la cimetidina (antagonista receptores H <sub>2</sub> de histamina de células parietales del estómago).

Fuente: adaptación de Campellone J. Demencia (4).

Para detectar el grado de deterioro se utiliza la escala GDS (Global Deterioration Scale) de Reisberg, clasificándolo en 7 estadios:

**Tabla 2.-** Estadios escala GDS

<b>GDS 1</b>	No existe deterioro
<b>GDS 2</b>	Quejas sobre pérdidas de memoria, pero no se observa alteración en la entrevista
<b>GDS 3</b>	Alteración en AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) complejas

<b>GDS 4</b>	Precisa supervisión para realizar AIVD. Olvidos constantes
<b>GDS 5</b>	Ayuda en vestido y/o aseo. Desorientación severa.
<b>GDS 6</b>	Dependencia para las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), aunque retiene información del pasado
<b>GDS 7</b>	Síndrome Afaso-apraxo-agnósico-amnésico grave

Fuente: adaptación Zambrano A, de la Vega R. Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg (5).

Si bien las manifestaciones clínicas de la demencia son variables, es imprescindible que al menos dos de las siguientes funciones mentales se vean dañadas para que pueda considerarse como demencia:

- Memoria
- Comunicación y lenguaje
- Concentración y atención
- Razonamiento y juicio
- Percepción visual

Cabe decir que en la nueva edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el DSM-5, el término *Demencia* ha pasado a denominarse *Trastornos Neurocognitivos*, el cual clasifica, a su vez, a los términos *Trastornos Neurocognitivos Mayor* o *Trastorno Neurocognitivo Leve*, con sus correspondientes etiologías. Este nuevo concepto hace referencia a las condiciones en que las carencias primarias radican en la cognición y representa una disminución desde un nivel de funcionamiento intelectual ya alcanzado (6).

Tanto en el Trastorno Neurocognitivo Mayor como el Leve, se cumplen los siguientes criterios:

- Deterioro Cognitivo (significativo en el episodio mayor y moderado en el leve).
- Interferencias en la autonomía personal.
- Los acontecimientos no se dan en un cuadro confusional de forma exclusiva.
- Los trastornos no se explican mejor por otro trastorno mental.

**Tabla 3.-** Etiología Trastornos Neurocognitivos

<b>ETIOLOGÍA TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS</b>
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad de Alzheimer
Trastorno neurocognitivo mayor o menor frontotemporal
Trastorno neurocognitivo mayor o menor con cuerpos de Lewy
Trastorno neurocognitivo mayor o menor vascular
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a traumatismo cerebral
Trastorno neurocognitivo mayor o menor inducido por sustancias/medicación
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a infección por VIH
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad priónica
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad de Parkinson
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a enfermedad de Huntington
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a otra condición médica
Trastorno neurocognitivo mayor o menor debido a etiologías múltiples
Trastorno neurocognitivo no especificado

Fuente: Fuentes P. DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales (6).

### ***1.3. Enfermedad de Alzheimer***

#### ***1.3.1. ¿Qué es el Alzheimer?***

La enfermedad de Alzheimer conforma una patología de evolución lenta provocando la pérdida de células del sistema nervioso del cerebro, causando problemas de memoria, reflexión, capacidad de toma de decisiones, orientación, concentración y lenguaje. Además, la EA afecta a la realización de las tareas cotidianas de la persona afecta, así como provocarle cambios en el comportamiento y el estado de ánimo. Cabe decir que a pesar de afectar a la persona, esta enfermedad interfiere con las actividades sociales, familiares y laborales consideradas normales, tanto para paciente como para cuidadores. A pesar de ser irreversible, hoy en día existen fármacos que ayudan a que dicha enfermedad avance lentamente.

**Tabla 4.-** Diferencias signos Alzheimer y cambios relacionados con la edad

<b>SIGNOS DE ALZHEIMER Y DEMENCIA</b>	<b>CAMBIOS TÍPICOS RELACIONADOS CON LA EDAD</b>
Tomar decisiones erróneas	Toma de decisiones erróneas ocasionalmente



Pérdida noción del tiempo	Olvida realizar pago mensual
	Fallo sobre la fecha actual, recordándolo en otro momento
Dificultad para conversar	Olvidar uso de palabras
Ubicar objetos en sitios erróneos y no saber dónde los ha colocado	Pérdida de objetos materiales

Fuente: adaptación Alzheimer's Association. Las 10 señales (7).

De media, una persona con Alzheimer vive entre cuatro y ocho años tras ser diagnosticada, aunque, dependiendo de diversos factores individuales, se puede vivir hasta 20 años.

Además, cabe decir que en la Enfermedad de Alzheimer se producen alteraciones cognitivas, alteraciones no cognitivas y signos neurológicos clásicos.

**Tabla 5.-** Alteraciones enfermedad Alzheimer

<b>ALTERACIONES COGNITIVAS</b>	<b>ALTERACIONES NO COGNITIVAS</b>	<b>SIGNOS NEUROLÓGICOS CLÁSICOS</b>
Memoria (episódica)	Alteraciones depresivas (distimia, apatía)	Alteraciones de la marcha
Funciones de la corteza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lenguaje (afasia)</li> <li>• Escritura (apraxia)</li> <li>• Conocimiento (agnosia)</li> </ul>	Alteraciones psicóticas (delirios, alucinaciones)	Signos extrapiramidales (rigidez, temblor, bradicinesias)
	Ansiedad	Mioclonías y crisis epilépticas
	Alteraciones de la actividad (agresividad verbal o agitación)	Signos de liberación (hociqueo, chupeteo)
	Alteraciones de la alimentación, del sueño, esfínteres	

Fuente: adaptación Alzheimer's Association. ¿Qué es el Alzheimer? (8).

### **1.3.2. Fases y manifestaciones del Alzheimer**

Previo al diagnóstico, los cambios en el cerebro comienzan varios años antes, conociéndose como Alzheimer preclínico. Las etapas que le siguen nos orientan sobre cómo cambia la sintomatología y se separan en tres etapas (temprana, media y final) (9).

- *Etapas temprana:* la persona afecta puede notar episodios de pérdida de memoria, tales como palabras familiares o ubicación de distintos objetos. Aún así, puede des-

envolverse de manera independiente, ya sea conducir, participar en distintas actividades sociales e incluso trabajar.

**Tabla 6.-** Sintomatología etapa temprana Alzheimer

<b>SINTOMATOLOGÍA EN LA ETAPA TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</b>
Problemas con respecto a la confusión de palabras (no encuentra la palabra correcta)
Dificultad para retener nueva información (nombres, información leída)
Dificultar para realizar tareas laborales o sociales
Pérdida de objetos valiosos
Problemas en la organización o planificación

Fuente: Alzheimer's Association. Etapas del Alzheimer (9).

- *Etapa media:* la fase más prolongada, con varios años de duración. Es posible que la persona con Alzheimer confunda palabras, se enoje o actúe de forma inesperada, ya que el daño cerebral puede acarrear dificultades en la toma de decisiones o la realización de tareas cotidianas. Los síntomas que incluye esta fase son los siguientes:

**Tabla 7.-** Sintomatología etapa media Alzheimer

<b>SINTOMATOLOGÍA EN LA ETAPA MEDIA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</b>
Olvido de eventos o información personal
Sentirse retraído en situaciones mentalmente exigentes
Confusión sobre ubicaciones y fechas actuales
Falta de control de esfínteres
Cambios en ciclo vigilia-sueño, lo que conlleva la alteración de los ritmos circadianos
Riesgo de desorientarse
Cambios en personalidad y comportamiento, como el delirio

Fuente: adaptación Alzheimer's Association. Etapas del Alzheimer (9).

- *Etapa final:* en esta etapa, la persona pierde, de manera progresiva, la capacidad de mantener una conversación, provocando una difícil comunicación o el control de

los movimientos. Además, es posible que requieran de mucha ayuda de su entorno para realizar tareas básicas de la vida diaria.

**Tabla 8.-** Sintomatología etapa final Alzheimer

<b>SINTOMATOLOGÍA EN LA ETAPA FINAL DEL AZHEIMER</b>
Necesidad de total asistencia en las actividades diarias y el cuidado personal
Fallos de memoria en experiencias recientes y hechos que le rodean
Pérdida de capacidades físicas, como sentarse, hablar e incluso tragar
Alta dificultad de comunicación
Vulnerabilidad a ciertas infecciones, es especial la neumonía.

Fuente: adaptación Alzheimer's Association. Etapas del Alzheimer (9).

### ***1.3.3. Diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer***

Para poder diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, el médico revisará la historia clínica, antecedentes farmacológicos y las manifestaciones clínicas, además de solicitar varias pruebas. Con todo esto, el médico valorará si existe deterioro de las habilidades cognitivas, cambios de conducta, cambios en la memoria o razonamiento y la causa de toda esta sintomatología. Todo esto se realiza con el fin de descartar otras patologías, como depresión, Parkinson o accidentes cerebrovasculares anteriores (10).

A pesar de esto, el diagnóstico no siempre es claro, por lo que el facultativo podrá solicitar, en adición, análisis de laboratorio o pruebas de diagnóstico por imagen del cerebro. En cuanto a la primera, se solicita para descartar otras enfermedades que provocan manifestaciones similares a los de la demencia, como un trastorno de la tiroides o la falta de vitamina B-12. Por otro lado, las pruebas de diagnóstico por imagen ayudarán a descartar hemorragias, tumores cerebrales o incluso otros tipos de patologías degenerativas. Las pruebas de imágenes más frecuentes son:

- *Imágenes por resonancia magnética (RM)*: usada para obtener una visión del cerebro con todo detalle.
- *Tomografía computarizada (TC)*: rayos X para imágenes transversales cerebrales.
- *Tomografía por emisión de positrones (TEP)*: uso de sustancia radioactiva para detectar sustancias en nuestro organismo. La más usada es la fluorodesoxiglucosa, ya que localiza porciones del cerebro con disminución de la glucosa metabolizada. Por

otra parte, detecta la proteína Tau, distintiva de la demencia de Alzheimer. Además, actualmente se encuentra en uso un tipo de TEP que detecta proteínas amiloides (placas), relacionadas con la enfermedad de Alzheimer, aunque se usa con fines investigadores (10).

### **1.3.4. Tratamiento del Alzheimer**

#### **1.3.4.1. Tratamiento farmacológico**

A pesar de no existir una cura, los fármacos usados en el Alzheimer ralentizarán el avance sintomático, por lo que mejoran la calidad de vida tanto de enfermos como de cuidadores.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos aprobó una lista de fármacos para tratar las manifestaciones del Alzheimer:

**Tabla 9.-** Fármacos aprobados para el tratamiento del Alzheimer

<b>NOMBRE DEL FÁRMACO</b>	<b>MARCA</b>	<b>APROBADO PARA (SEGÚN ETAPA)</b>	<b>APROBADO POR LA FDA (AÑO)</b>
Donepezilo	Aricept®	Todas las etapas	1996
Galantamina	Razadyne®	Leve a moderado	2001
Memantina	Namenda®	Moderado a grave	2003
Rivastigmina	Exelon®	Todas las etapas	2000
Donepezilo y Memantina	Namzaric®	Moderado a grave	2014

Fuente: Alzheimer's Association. Tratamiento para Alzheimer (11).

Para poder entender con total certeza cómo actúan los fármacos descritos para el Alzheimer, se debe, en primer lugar, comprender la red de comunicación cerebral. El cerebro está formado por millones de células nerviosas llamadas neuronas, que se conectan con otras para formar las redes de comunicación mediante la sinapsis, donde unas biomoléculas, los neurotransmisores, trasladan información intercelular. En el Alzheimer, dicha patología se encarga de detener la sinapsis y destruir las neuronas, dañando así la comunicación cerebral.

Los fármacos aprobados por la FDA son compatibles con dicha comunicación mediante dos diferentes mecanismos:

- Inhibidores de colinesterasa (Donepezilo, Galantamina y Rivastigmina): ralentizan el proceso de descomposición de neurotransmisores.
- Por otro lado, la Memantina es un antagonista de receptores del NMDA (N-metil-D-aspartato), el cuál regula la actividad del glutamato, neurotransmisor clave en el proceso de aprendizaje y memoria. La adhesión de dicha molécula a los receptores de NMDA provoca que el calcio pase a la célula. En cambio, en la enfermedad de Alzheimer, las células dañadas liberarán demasiado glutamato, provocando una exposición del calcio por encima de la normalidad, acelerando de este modo el daño celular. Con todo esto, la Memantina evita este proceso destructivo bloqueando parcialmente los receptores de NMDA (11).

A pesar de existir los mecanismos antes descritos, se siguen buscando nuevas alternativas para tratar el Alzheimer, ya que los fármacos actuales solamente ayudan a encubrir los síntomas, de manera que no tratan la enfermedad en sí. De esta forma, los medicamentos innovadores deberían tratar la enfermedad en sí o detener el daño cerebral.

#### 1.3.4.2. Tratamiento no farmacológico

Olazarán et al. (12) describieron en 2010 el tratamiento no farmacológico como:

*“una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”.*

Teniendo en cuenta esta definición, las intervenciones o tratamientos no farmacológicos se caracterizan por no utilizar productos químicos y por proporcionar bienestar personal, emocional y social. El objetivo del tratamiento no farmacológico es compensar los déficits que se están produciendo y mantener, mientras se pueda, las habilidades cognitivas y funcionales. De esta forma, se mejorará la calidad de vida tanto de las personas mayores afectadas como de las familias.

Estos tratamientos tienen que estar basados en la evidencia científica y realizarse por profesionales que supervisen el buen desarrollo de las intervenciones.

Dado que la enfermedad de Alzheimer es una patología crónica y que no tiene cura, existen, de forma complementaria a los tratamientos farmacológicos, medidas y terapias no farmacológicas y carentes de efectos secundarios, con el fin de minimizar la progresión de los síntomas y aumentar la calidad de vida del enfermo (13).

Gran parte de las terapias no farmacológicas aplicadas al Alzheimer y otras demencias se basan en la estimulación de las funciones cognitivas, siendo la intervención cognitiva o psicoestimulación una de las modalidades de terapia no farmacológica más conocida. La estimulación cognitiva hace referencia a las actividades que tienen como objetivo estimular distintas funciones cognitivas como la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, entre otras, teniendo como consecuencias el mantenimiento de las capacidades preservadas, la prevención de la pérdida de la autonomía y la mejora del bienestar personal y social (14).

**Tabla 10.-** Tratamiento no farmacológico del Alzheimer

<b>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL ALZHEIMER</b>		
<b>Programas sistematizados de rehabilitación cognitiva</b>	<b>Técnicas no sistemáticas de rehabilitación cognitiva</b>	<b>Técnicas para el tratamiento no farmacológico de los síntomas no cognitivos de la demencia</b>
Taller de memoria y de actividades instrumentales de la vida diaria	Entrenamiento mnemotécnico	Técnicas de modificación de conducta
Taller de psicoestimulación cognitiva	Terapia de reminiscencia	Abordajes estructurados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en la realidad</li> <li>• Validación afectiva</li> <li>• Reminiscencia</li> <li>• Psicomotricidad</li> </ul>
Taller de psicoexpresión	Modificación de conducta	
Taller ocupacional	Terapia de Orientación a la Realidad (TOR)	
Programa “Gradior”	Modificación ambiental	

Fuente: adaptación de Ibáñez V. Tratamiento no farmacológico de las demencias (13).

Además de la estimulación cognitiva existen otros tipos de intervención no farmacológica para personas diagnosticadas de demencia como son el Método Montessori, la terapia asistida con animales, la musicoterapia o la arteterapia.

Por otro lado, resulta interesante complementar los tratamientos no farmacológicos con intervenciones enfermeras de abordaje familiar destinadas a realizar modificaciones ambientales para evitar o disminuir la agitación en la demencia y modificar algunas de las conductas disruptivas a través de actuaciones ambientales, relacionales y comportamentales.

#### **1.4.- El cuidador principal**

El cuidador informal es la persona encargada de realizar una tarea de cuidado hacia personas que, por su condición de discapacidad, enfermedad o envejecimiento, no tienen la autonomía suficiente como para cuidarse por sí solos, ya sea en aseo, alimentación o movilidad. Hablamos de cuidador familiar cuando es un miembro de la familia el que se encarga del cuidado de otros sin ser profesional externo o cuidador principal (15).

Basándonos en esta definición, el cuidador principal informal es aquél que, sin recibir remuneración ninguna, asume las necesidades básicas e instrumentales de la persona enferma.

Las diferentes demencias, y en este caso, la enfermedad de Alzheimer, resulta un inconveniente donde la familia se ve desbordada, pues conforma el primer recurso encargado del cuidado de los ancianos, con más de un 80% de tasas de atención.

Por otra parte, debemos identificar al cuidador principal, que suele tener vínculos afectivos de parentesco, reside en el mismo hogar y es sobre el que recae todo el proceso de atención al enfermo (16).

**Tabla 11.-** Características cuidador principal

<b>EL CUIDADOR PRINCIPAL</b>	
<b>Relación con el enfermo</b>	87% son familiares
<b>Sexo</b>	Relación hombre-mujer: 20%-80%
<b>Coste</b>	70% de los cuidadores no pueden llevar una vida “normal”
<b>Ingreso en residencias</b>	79%, no; 12%, si
<b>Ayudas externas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clase alta y media: tendencia búsqueda recursos</li><li>• Clase media-baja y baja: asumen cuidados del enfermo</li></ul>

Fuente: Conde-Sala JL. Demencias y familiares cuidadores: deterioro, sobrecarga y apoyo social (16).

Con respecto al sexo, se observa que el 80% corresponde al sexo femenino, siendo éstas en su mayoría esposas o hijas. Por el contrario, los hombres, con un 20% y creciendo dichos porcentajes hoy en día, corresponden a los cónyuges de las mujeres con demencia.

En cuanto al lugar de cuidado, la gran mayoría opta por residir en el domicilio del enfermo, ya que el ingreso en una residencia suele producirse en casos de enfermedad muy avanzada y cuando los cuidados de enfermería cobran un papel muy importante en su día a día. Por otro lado, el factor económico suele ser decisivo a la hora de solicitar y utilizar ayudas externas, aunque cabe decir que factores culturales y morales también cobran importancia. Dicho esto, las familias de clase baja tienen que asumir los cuidados de la persona, desatendiendo, por causas económicas, los beneficios que ofrece la institucionalización en centros de día.

### ***1.5. La sobrecarga del cuidador de personas con Alzheimer***

La situación de cuidar a una persona diagnosticada de Alzheimer, o una demencia en general, obliga a una atención global durante las 24 horas, por lo que provoca un estrés que se agrava en determinadas circunstancias:

**Tabla 12.-** Factores de riesgo sobrecarga del cuidador

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	
<b>Soledad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hija soltera que atiende a su madre</li> <li>• Marido/Esposa, sin hijos, que atiende a su cónyuge</li> </ul>
<b>Atención plurigeneracional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hija con niños pequeños que atiende a uno de sus padres</li> </ul>
<b>Dificultades económicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disponer de medios para contratar un servicio de ayuda.</li> </ul>

Fuente: Conde-Sala JL. Demencias y familiares cuidadores: deterioro, sobrecarga y apoyo social (16).

De todos los factores de riesgo expuestos, podríamos decir que el más relevante es la soledad, donde el cuidador se siente desprotegido ante la demanda de cuidados del enfermo, impidiéndole plantearlos de distinta manera. Este hecho se cumpliría sobre todo en la situación de hijas solteras que cuidan a sus progenitores o los esposos que atienden a su cónyuge. Además, las mujeres con hijos pequeños se sienten desbordadas al atender a sus padres enfermos, con sentimiento de culpa en el instante que solicitan alguna ayuda externa (17).



Los cuidadores de personas con Alzheimer están expuestos a lo que se conoce como el síndrome de sobrecarga del cuidador. Este síndrome puede manifestarse con un estado de agotamiento emocional y cansancio permanente, apatía e irritabilidad, y puede derivar en cuadros de ansiedad, depresión o en la aparición de dolores o molestias que no parecen responder a ningún problema de salud físico.

En cuanto a la sobrecarga por estrés del familiar cuidador, George y Gwyther, en un estudio sobre personas que cuidaban a familiares con demencia, demostraron que los ámbitos emocionales y sociales eran los más afectados, presentando el triple de síntomas de estrés, estado de ánimo más bajo y realizaban menos actividades de tiempo libre y/u ocio, además de utilizar tranquilizantes (18).

**Tabla 13.-** Sintomatología sobrecarga del cuidador

<b>SÍNTOMAS DEL CUIDADOR</b>	
<b>Estrés</b>	Cansancio, insomnio, irritabilidad, frustración
<b>Fármacos</b>	Tranquilizantes y/o antidepresivos
<b>Estado de ánimo</b>	Depresivo, sentimientos de culpa, pesar
<b>Actividades</b>	Menor nivel de actividad y relaciones externas
<b>Salud física</b>	Frecuentes somatizaciones del malestar

Fuente: Conde-Sala JL. Demencias y familiares cuidadores: deterioro, sobrecarga y apoyo social (16).

El fracaso y la culpabilidad también son causa del malestar en el cuidador. Cabe decir que son más frecuentes en mujeres con respecto a los hombres, y además, se agravarán estos efectos cuanto más joven sea el cuidador. Por otro lado, existen investigaciones que confirman que el estrés en el cuidador reduce la función celular inmune, beneficiando “la somatización del malestar” (19).

Además, la escala de Zarit de “la sobrecarga del cuidador” es una de las más conocidas y que cuenta con una adaptación al castellano (20) (Anexo 1).

Viendo los ítems y la puntuación de la escala, se asume que la máxima puntuación será de 88 puntos, considerándose “no sobrecarga” una puntuación por debajo de 46, “sobrecarga leve” hasta los 56 y “sobrecarga intensa” a partir de ese punto de corte.

El comienzo de la enfermedad es la etapa más difícil para la familia, ya sea por desconocimiento de ciertas conductas, o los momentos de sensatez que el paciente con demencia puede presentar. Esta incomprensión por parte de la familia provocará, sobre el

enfermo sentimientos y/o reacciones de ira, disgusto, agresividad o hasta fugas. Es por ello que se debe guiar a la familia para aceptar, en la manera de lo posible, esta nueva enfermedad. Para ello, existen manuales de orientación práctica para familiares, como “Cuando el día tiene 36 horas”, de Mace y Rabins (21), considerado el primer y más extenso manual específico para cuidadores informales.

### ***1.5.1. El apoyo social y los grupos de apoyo***

Hoy en día, existen estudios acerca de los beneficios que aporta el apoyo social a las personas implicadas, ya sea en salud física o psicológica. Albarracín y Goldestein (22) destacan las destinadas a cuidadores de personas con demencia, afirmando que los cuidadores de mayor edad de personas con Alzheimer necesitan mayor apoyo.

Según Clark y Rakowski (23) los programas de ayuda a cuidadores intentan conseguir dos objetivos: proveer a los familiares un espacio donde conversar sobre sus problemas, proporcionándoles apoyo mediante un grupo, menguando la sensación de abandono; y auxiliar en la complicada situación y enfrentar los sentimientos que conlleva cuidar a una persona que presenta demencia. Es por todo esto, que los últimos estudios sobre estas experiencias, han confirmado los beneficios de estos grupos.

A continuación, se puede ver, de forma clara y concisa, las distintas funciones que los grupos de apoyo a las familias ofrecen:

- Aportar información sobre la enfermedad y los cuidados hacia el enfermo.
- Organizar las labores de atención y cuidado al enfermo resaltando la importancia de ampararse en recursos externos existentes.
- Facilitar la expresión de sentimientos acerca de la relación y las pérdidas del anciano con demencia.
- Normalizar la relación afectiva con la persona enferma, de modo que se proyecte la pérdida y la separación.
- Inducir el restablecimiento de la vida del cuidador en ámbito personal, laboral y relacional.

El primer deber del grupo de apoyo consiste en aportar la información sobre la enfermedad y los cuidados necesarios para que la familia comprenda todo lo que esta patología conlleva. Tras haber informado a la familia, se favorecerá a la expresión de los sentimien-

tos provocados sin producir rechazo. Esto llevará a la confirmación de la pérdida de capacidades del enfermo y de la relación afectiva que previamente existía.

Tras este proceso de toma de contacto, se organizarán las tareas de cuidado y atención, al igual que la relación ente el cuidador y el enfermo. A pesar de resultar una buena opción que sea la familia quien atiende al enfermo, estos cuidados deben realizarse con apoyo de los recursos externos que existen, de manera que los cuidadores no abandonen su vida, para que así puedan realizar alguna actividad externa, pues les servirá como método de evasión. Cabe decir que no se debe hablar únicamente de las tareas a realizar, pues únicamente se sobrecarga más al cuidador (24).

Entre los objetivos específicos de los grupos de apoyo, cabe destacar los educativos y los emocionales, predominando los primeros en el principio de la enfermedad, en la situación de diagnóstico. En estos casos, se proponen entre 8 y 10 sesiones en la que están presentes distintos profesionales sanitarios, como médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. En dichas sesiones se introducen los cuidados que son necesarios para el paciente y las óptimas actitudes que la familia debe presentar. Todo esto provoca una reducción en la sensación de angustia, ya que a la vez que son informados, se favorece un sentimiento de apoyo por parte del equipo profesional.

Por otra parte, los aspectos emocionales conllevan más tiempo de elaboración y cuyo trabajo se centra, sobre todo, en el cuidador, sin planificación previa para la correcta expresión de los sentimientos y con proyectos más dinámicos temporalmente hablando.

**Tabla 14.-** Objetivos específicos de los grupos de apoyo

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS GRUPOS DE APOYO</b>	
<b>Aspectos educativos: conocimiento y aprendizaje</b>	<b>Aspectos emocionales: comprensión y elaboración</b>
Enfermedad: diagnóstico, etiología, tipología, evolución y fases, tratamientos	Superar el impacto del diagnóstico
Atención de enfermería: curas, movilizaciones, higiene y nutrición	Comprensión al enfermo
Estimulación cognitiva: fundamentos y actividades	Individuación del cuidador y el enfermo
Recursos económicos: ayudas y recursos socio-sanitarios	Evitar el duelo patológico
Aspectos legales: tutelas, incapacitaciones, derechos del enfermo y del cuidador	Vida propia del cuidador y la ayuda de los demás

Fuente: Conde-Sala JL. Demencias y familiares cuidadores: deterioro, sobrecarga y apoyo social (16).

### ***1.6.- La figura del profesional de Enfermería ante la sobrecarga del cuidador***

Tal y como se detalla en la literatura localizada, la enfermedad de Alzheimer se trata del principal trastorno neurocognitivo crónico y progresivo que causa discapacidad y dependencia en las personas que la padecen. Por lo tanto, la tarea de atención se encuentra, normalmente, a cargo de sus familiares. Es posible que el cuidador principal de la persona con demencia desarrolle ciertas alteraciones que afecten negativamente a su calidad de vida, como la ansiedad, el estrés o el aislamiento social, de forma que todas estas consecuencias se agrupan bajo el término “síndrome del cuidador”. De esta forma, el profesional de enfermería tendrá como objetivo proporcionar los cuidados para la salud según las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del cuidador (25).

El proceso de atención de enfermería (PAE) permite a los profesionales de enfermería poder aplicar el método científico en la práctica diaria asistencial y prestar de este modo, los cuidados que demanda paciente, familia y comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Consta de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Dentro de los diagnósticos enfermeros relacionados con la sobrecarga al cuidador descritos por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) en su clasificación 2018-2020 destacan los siguientes:

**Tabla 15.-** Diagnósticos NANDA más frecuentes en cuidadores informales

<b>DIAGNÓSTICOS NANDA FRECUENTES EN CUIDADORES INFORMALES DE ALZHEIMER</b>
Insomnio (00095): Dominio 4 (Actividad/Reposo) – Clase 1 (Sueño/Reposo)
Fatiga (00093): Dominio 4 (Actividad/Reposo) – Clase 3 (Equilibrio de la energía)
Desesperanza (00124): Dominio 6 (Autopercepción) – Clase 1 (Autoconcepto)
Riesgo de soledad (00054): Dominio 6 (Autopercepción) – Clase 1 (Autoconcepto)
Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062): Dominio 7 (Rol/Relaciones) – Clase 1 (Roles de cuidador)
Ansiedad (00146): Dominio 9 (Afrontamiento/Tolerancia al estrés) – Clase 2 (Respuestas de afrontamiento)
Estrés por sobrecarga (00177): Dominio 9 (Afrontamiento/Tolerancia al estrés) – Clase 2

(Respuestas de afrontamiento)
-------------------------------

Aislamiento social (00053):Dominio 12 (Confort) – Clase 3 (Confort social)
--

Fuente: adaptación de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (26).

Una vez identificados los diagnósticos enfermeros NANDA y según las condiciones que presente la persona a la que se le está realizando el proceso de atención de enfermería, el enfermero selecciona para cada diagnóstico de enfermería los correspondientes criterios de resultado NOC (Nursing Outcomes Classification) con sus indicadores y las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) con sus actividades.

Dentro de la planificación de los cuidados enfermeros dirigidos al cuidador principal de la persona con Alzheimer se encuentra llevar a cabo intervenciones enfermeras consistentes en dar una información/formación exhaustiva y veraz de lo que es la enfermedad, de su evolución y acerca de los problemas y modo de abordarlos que suele presentar la persona que padece la demencia como son la negatividad, pasividad, trastornos de conducta, pérdida de memoria etc. También, resulta preciso informarles sobre la existencia de asociaciones de familiares donde encontrarán mucho apoyo, formación y otros servicios.

Es función de los profesionales de enfermería estar atentos para detectar los síntomas de cansancio, depresión, enfado, pena y frustración que se producen en el cuidador principal cuando la demanda de atención del familiar enfermo aumenta.

## **CAPÍTULO 2**

### **OBJETIVOS**

#### ***2.1. Definición de objetivos***

##### ***Objetivos generales***

- O1. Describir la red de recursos externos existentes como apoyo a las familias de personas con demencia.
- O2. Analizar los beneficios que aportan los grupos de apoyo a los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer.

##### ***Objetivos específicos***

- OE1. Hallar las bases sobre las que se sustentan los Grupos de Ayuda Mutua (GAM).
- OE2. Identificar la proporción hombre-mujer como cuidador de una persona con demencia.
- OE3. Listar los factores de riesgo que causan sobrecarga en los cuidadores informales de personas con Alzheimer.
- OE4. Observar cómo las diferencias económicas intervienen a la hora de buscar ayuda externa o asumir los cuidados en el hogar.
- OE5. Diferenciar los aspectos educativos y emocionales que caracterizan a los grupos de apoyo.
- OE6. Definir las funciones que caracterizan a los grupos de apoyo para familiares.

## CAPÍTULO 3

### MÉTODO

#### *3.1. Estrategia y búsqueda bibliográfica*

##### *3.1.1. Tipología del estudio realizado*

Para realizar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de estudios experimentales, transversales, meta-análisis y revisiones sistemáticas. Esta revisión estuvo enmarcada en la siguiente pregunta PICO: ¿Qué recursos de apoyo existen para los familiares de personas con Alzheimer y cuáles son los beneficios de las terapias de apoyo destinadas a este colectivo?

**Población:** Personas mayores de 18 años que ejercen de cuidadora principal de un familiar diagnosticado de enfermedad de Alzheimer.

**Intervención/Comparación:** Recursos de apoyo a los familiares de personas con Alzheimer y las intervenciones que en ellos se realizan.

**Resultados:** Beneficios de las intervenciones que se realizan en los recursos de apoyo a familiares cuidadores principales de personas con Alzheimer.

##### *3.1.2. Bases de datos científicas*

Las bases de datos utilizadas en la búsqueda bibliográfica en la cual consiste dicho trabajo han sido las siguientes:

- Medline
- Pubmed
- SciELO
- Web of Science
- JANE (Journal/Autor Name Estimator)
- Elsevier/ScienceDirect
- Cisne
- ÍndICES CSIC
- Teseo
- The Gerontologist (The Gerontological Society of America)
- NCBI (National Center for Biotechnology Information)
- ResearchGate

### 3.1.3. Búsqueda

La búsqueda electrónica se ha realizado entre los meses de noviembre del 2018 y marzo del 2019. Para conseguir una óptima búsqueda, se han empleado una serie de palabras clave junto con una ecuación de búsqueda para limitar los resultados.

**Tabla 16.** Términos DeCS y MeSH (Descriptores en Ciencias de la Salud)

PALABRAS CLAVE	
Términos DeCS	Términos MeSH
Demencia	Dementia
Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer disease
Cuidador informal	Caregiver
Grupos de apoyo	Self-help groups
Terapia grupal	Group therapy
Sobrecarga	Burnout

Fuente: propia

**Tabla 17.** Ecuación de búsqueda bibliográfica

FÓRMULA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA
(“terapia grupal” OR “group therapy” OR “self-help Groups”) AND (sobrecarga OR burnout OR “adjustmen disorders”) AND (“cuidador informal” OR “cuidador principal” OR caregiver) AND (Alzheimer OR “alzheimer disease”)

Fuente: propia

Tras la búsqueda, obtenemos como resultado un gran número de artículos encontrados en distintos idiomas, en el que predominan el castellano y el inglés. Dado este gran número de artículos, se plantean unos criterios de inclusión y exclusión:

**Tabla 18.-** Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estudios publicados en los últimos 15 años.	Estudios publicados hace más de 15 años.
Artículos localizados en las bases de datos mencionadas.	Publicaciones que carecen de base científica
Publicaciones encontradas en castellano e inglés.	Artículos encontrados en otros idiomas que no sean castellano ó inglés.

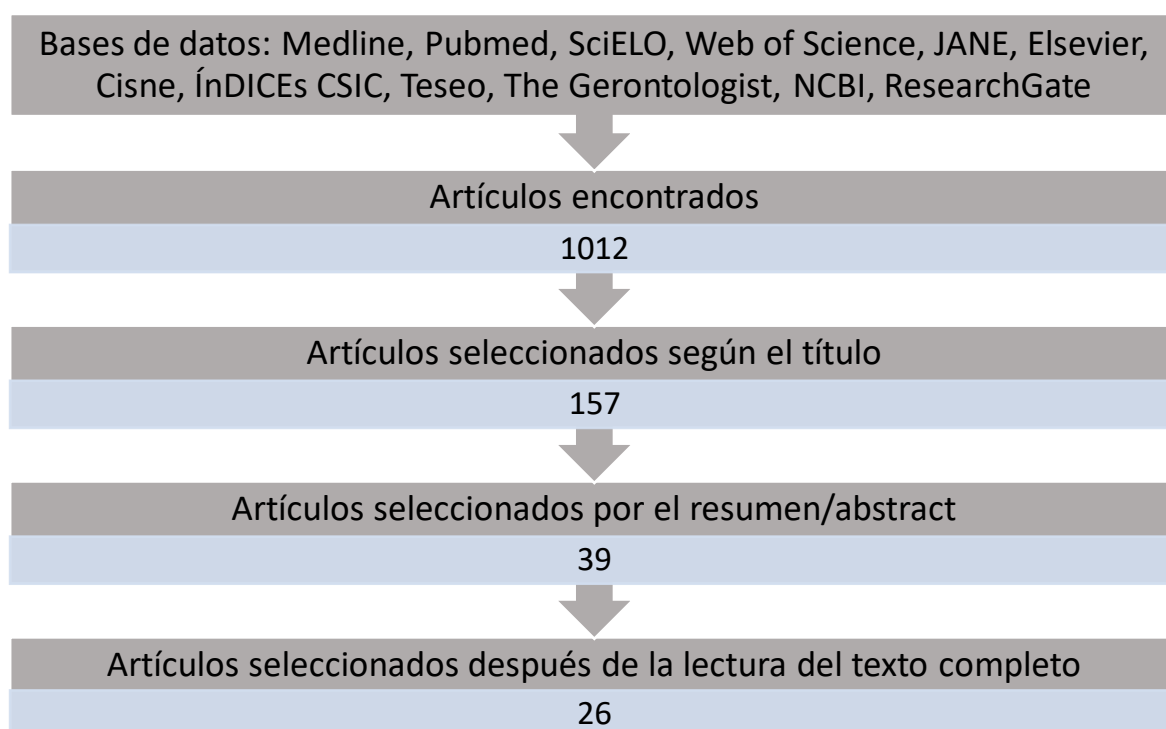


Textos completos.	Artículos en plataformas de pago.
-------------------	-----------------------------------

Fuente: propia

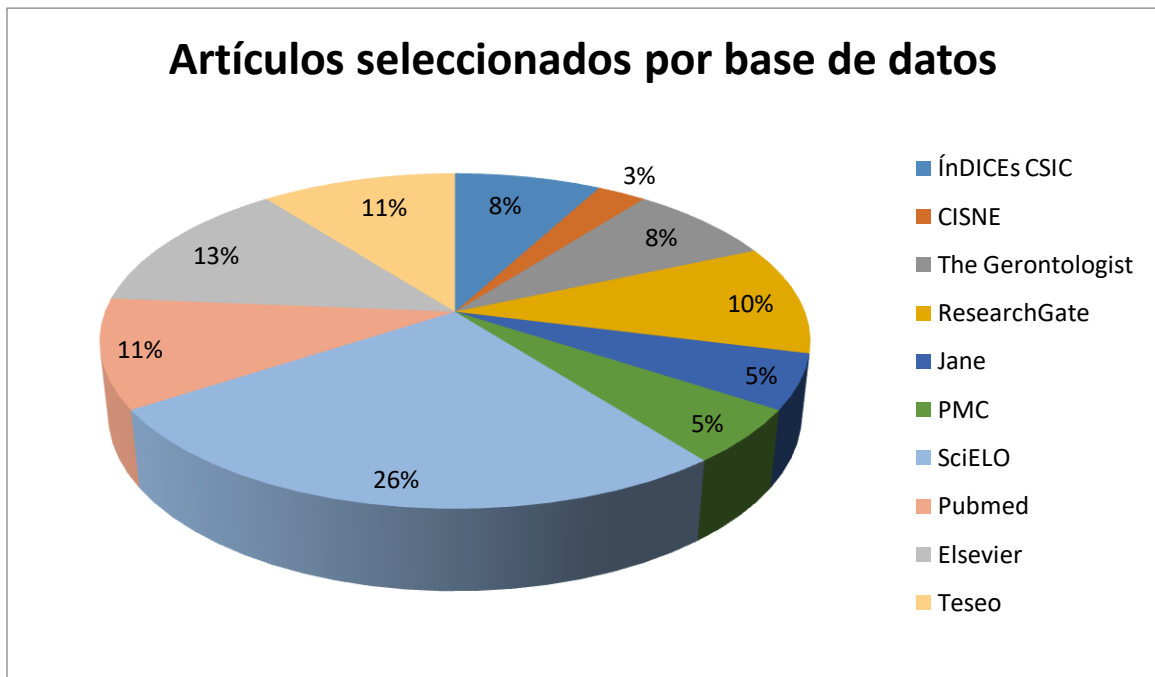
### 3.2. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión especificados, se ha realizado una valoración crítica de la literatura localizada. Se localizaron 1012 artículos siguiendo la ecuación de búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos, de los cuales 157 se seleccionaron por el título. De entre éstos, se seleccionan 39 artículos tras leer el resumen/abstract, siendo además texto completo. Finalmente, tras la lectura completa del texto, se seleccionan 26 artículos para su posterior análisis.



**Figura 1.-** Diagrama de flujo de la información a través de las diferentes fases de una revisión sistemática [Adaptación PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses].

La siguiente figura muestra el número de artículos seleccionados según la base de datos para su posterior análisis, exponiendo así las bases de datos que han aportado artículos que se ciñen a la ecuación de búsqueda.



**Figura 2.-** Artículos seleccionados por base de datos

### 3.3.- Análisis de la literatura seleccionada

De los 26 artículos seleccionados para su análisis, diez son valorados críticamente según las características PICO, que corresponde a población, intervención o exposición, comparación y resultado. Además, estos diez artículos son seleccionados por la calidad de la evidencia de los mismos, pues están valorados en cuartiles Q1 y Q3 de Journal Citation Report (JCR). En la tabla 19 se muestra para cada uno de los 10 artículos seleccionados: la referencia bibliográfica, el tipo de estudio, el tipo de población, la intervención y comparación, los resultados, las conclusiones, los comentarios del revisor y la calidad de la evidencia.

Por el contrario, los 16 artículos restantes han sido analizados extrayendo la idea principal y los datos significativos (Anexo 2). En primer lugar, se realiza una lectura para comprobar la relación existente entre el artículo y el tema que se trata en este trabajo. A continuación, se realiza una segunda lectura para comprobar si se da respuesta a los objetivos aquí planteados.

## CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Collins R. et al. 2018 (27)</p> <p><b>Título del artículo:</b> The effectiveness of mindfulness- and acceptance-based interventions for informal caregivers of people with dementia: a meta-analysis.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Examinar la efectividad de las intervenciones para reducir los síntomas de depresión y carga en cuidadores.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 2016</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores informales de personas con demencia.</p>	<p><b>Intervención:</b> Impacto de las intervenciones basadas en la atención y la aceptación en la depresión y/o carga en cuidadores informales.</p>	<p><b>Comparación:</b> Resultados de las intervenciones entre la depresión y la carga.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> Doce estudios que proporcionaban datos de 321 cuidadores.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> Las intervenciones resultan eficaces y beneficiosas para mejorar la sensación de depresión y moderadamente eficaces para la sensación de carga.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Al evaluar las intervenciones basadas en la atención y la aceptación, se observa que presenta mayores beneficios para la sensación de depresión en contra de la sensación de carga del cuidador.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q1 en JCR</p>

*Tabla 19.- Evidencia científica de los estudios analizados*

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Werner P. et al, 2011 (28)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Family stigma and caregiver burden in Alzheimer's disease.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Examinar si el estigma familiar es capaz de predecir el nivel de carga del cuidador de enfermo de Alzheimer.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 2008-2009</p> <p><b>Diseño:</b> Modelo cuantitativo (entrevista).</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores principales con padres diagnosticados de Alzheimer.</p>	<p><b>Intervención:</b> Impacto y relación del estigma familiar asociado a la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p><b>Comparación:</b> Evidencia que el cuidado personal, familiar y social asociado al Alzheimer se ve agravado por el estigma que la patología provoca.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> Entrevistas personales estructuradas con 185 cuidadores.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> El estigma conforma un predictor importante en la carga del cuidador.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> El estigma del cuidador aumenta la carga percibida en la enfermedad de Alzheimer, por lo que las intervenciones psicosociales deberán ir enfocadas a las creencias estigmáticas.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q1 en JCR</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Whitlatch C.J., et al, 2018 (29)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Meeting the informational, educational, and psychosocial support needs of persons living with dementia and their family caregivers.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Listar y describir los programas que tienen efectividad en la ayuda a las familias cuidadoras de personas con Alzheimer.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 2018</p> <p><b>Diseño:</b> Descriptivo.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores familiares que viven con personas diagnosticadas de Alzheimer.</p>	<p><b>Intervención:</b> Beneficios que los programas disponibles aportan a los familiares.</p>	<p><b>Comparación:</b> Beneficios y aportaciones de cada programa existentes para la familia cuidadora.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> 25 programas diferentes.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> A pesar de existir una amplia red de recursos, cabe decir que lo más importante en el ámbito de cuidar al cuidador es la información y la educación.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Los programas descritos ayudan a focalizar la atención centrada en la persona desde las primeras manifestaciones clínicas hasta el final de la vida.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q1 en JCR</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Verrier Piersol C., et at, 2017 (30)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Effectiveness of interventions for caregivers of people with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders: a systematic review.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Evaluar la efectividad de las intervenciones para los cuidadores con Alzheimer. Mantener la participación en el rol del cuidador.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 2003</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer.</p>	<p><b>Intervención:</b> Efectividad de las intervenciones para los cuidadores.</p>	<p><b>Comparación:</b> Distinta efectividad para mejorar la calidad de vida, disminuir la ansiedad, o mejorar la salud mental del propio cuidador.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> 43 estudios de 2476 seleccionados.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> La amplia red de terapias existentes mejora, en distintos ámbitos, la calidad de vida del cuidador.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Las intervenciones psicoeducativas, junto a los grupos de apoyo mejoran la calidad de vida de los cuidadores. La terapia cognitiva disminuye la ansiedad, depresión y el estrés.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q1 en JCR</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita</b> <b>abreviada:</b> Smallfield S., 2017 (31)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Supporting adults with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders and their caregivers: effective occupational therapy interventions.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Proporcionar estrategias para apoyar a adultos con Alzheimer y sus cuidadores.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 2011</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática.</p>	<p><b>Población:</b> Adultos diagnosticados de Alzheimer y sus familiares cuidadores.</p>	<p><b>Intervención:</b> Adaptar la evidencia científica a la práctica clínica.</p>	<p><b>Comparación:</b> Calidad de las intervenciones basadas en la evidencia para abordar al paciente con Alzheimer y su familiar.</p>	<p><b>N° de estudios y pacientes:</b> 137 artículos.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> Las estrategias de intervención basadas en la evidencia ayudan a mantener o mejorar la salud y el bienestar.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> El uso de la evidencia en la práctica garantiza una atención de calidad.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q1 en JCR</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Martín Carrasco M., et al, 2014 (32)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Revisar y actualizar la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para reducir los efectos negativos en el cuidador informal.</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 2013-2014</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidador informal del paciente con demencia.</p>	<p><b>Intervención:</b> Revisión de la eficacia de los programas de intervención aplicados a cuidadores informales de pacientes con demencia no institucionalizados.</p>	<p><b>Comparación:</b> Calidad y evidencia científica entre los grupos de apoyo, el “counseling” y la psicoeducación.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> 35 estudios.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> En la literatura seleccionada se observan más episodios de depresión con respecto a sobrecarga, y de ésta sobre ansiedad.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> La eficacia de estas intervenciones se basa en la participación de los asistentes.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q3 en JCR</p>



REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Mahdavi B., et al, 2016 (33)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Effects of spiritual group therapy on caregiver strain in home caregivers of the elderly with alzheimer's disease.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Determinar el efecto del cuidado espiritual en la tensión del cuidador de los enfermos con Alzheimer.</p> <p><b>Periodos de búsqueda:</b> 2014</p> <p><b>Diseño:</b> Estudio experimental.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.</p>	<p><b>Intervención:</b> Terapia grupal de tipo espiritual para reducir la tensión del cuidador del anciano con Alzheimer.</p>	<p><b>Comparación:</b> Beneficios de la terapia grupal espiritual con respecto a otras intervenciones.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> 100 cuidadores de personas con demencia.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> La terapia espiritual disminuye la tensión después de la intervención.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> La terapia espiritual se trata de una intervención sencilla, práctica y barata recomendada a personas con un bajo nivel económico que son más susceptibles a la tensión del cuidado.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q3 en JCR</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Damianakis T., et al, 2016 (34)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Family caregiver support groups: spiritual reflections' impact on stress management.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Involucrar a los cuidadores en el apoyo mutuo, abordar los conflictos existentes asociados con el cuidado y mejorar el afrontamiento de la situación.</p> <p><b>Periodos de búsqueda:</b> 2007-2010</p> <p><b>Diseño:</b> Análisis descriptivo cualitativo.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores informales de ancianos con Alzheimer o demencia frontotemporal.</p>	<p><b>Intervención:</b> La espiritualidad relacionada con la religión como base de la terapia grupal para reducir la sobrecarga del cuidador.</p>	<p><b>Comparación:</b> Calidad de la terapia grupal como técnica para reducir el estrés en cuidadores informales de pacientes de Alzheimer.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> 24 participantes.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> El análisis de las interacciones que fueron grabadas produce temas repetidos de las reflexiones espirituales de los cuidadores como técnica de manejo del estrés del acto de cuidar.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> La práctica clínica se sustenta en dos pilares principales: los grupos de apoyo/educación, que beneficia la calidad de vida y la tecnología, que puede ser usada para comprobar modelos basados en la evidencia.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q3 en JCR</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Medina A., et al, 2018 (35)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Describir la efectividad de la terapia psicoeducativa en la disminución de la sobrecarga</p> <p><b>Periodo de búsqueda:</b> 2014-2016</p> <p><b>Diseño:</b> Revisión sistemática.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer.</p>	<p><b>Intervención:</b> Terapias psicoeducativas con el fin de reducir la sobrecarga y las manifestaciones asociadas al cuidar del familiar enfermo, sobre todo a nivel psicológico y emocional.</p>	<p><b>Comparación:</b> Beneficios de las intervenciones psicoeducativas según los objetivos que se quiera conseguir.</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> 12 artículos de la literatura revisada.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> Los programas psicoeducativos forman una red de ayudas que los cuidadores precisan para evitar las consecuencias negativas del acto de cuidar.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Las intervenciones psicoeducativas ofrecen resultados positivos pero, debido a las diferencias metodológicas, no se cumplen los resultados esperados.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q3 en JCR</p>

REFERENCIA	ESTUDIO	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES	COMENTARIOS	CALIDAD DE LA EVIDENCIA
<p><b>Cita abreviada:</b> Badia X., et al, 2004 (36)</p> <p><b>Título del artículo:</b> Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer.</p>	<p><b>Objetivos:</b> Evaluar la relación entre calidad de vida, tiempo de dedicación y carga de los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer.</p> <p><b>Periodos de búsqueda:</b> 2004</p> <p><b>Diseño:</b> Estudio transversal.</p>	<p><b>Población:</b> Cuidadores principales informales de enfermos de Alzheimer.</p>	<p><b>Intervención:</b> Encuestas telefónicas donde se recogían datos sobre la calidad de vida del cuidador, problemas físicos y psíquicos del mismo, sobrecarga, tiempo de dedicación al enfermo de Alzheimer y si dispone de un cuidador remunerado.</p>	<p><b>Comparación:</b> Diferencias sociodemográficas entre los cuidadores (hombre-mujer, nivel de estudios, nivel económico).</p>	<p><b>Nº de estudios y pacientes:</b> 268 cuidadores principales informales.</p> <p><b>Magnitud del efecto:</b> El estudio revela las diferencias sociodemográficas de los cuidadores principales de personas con Alzheimer.</p>	<p><b>Conclusiones:</b> Los cuidados prestados por el cuidador principal están directamente relacionados con la disminución de su calidad de vida.</p>	<p><b>Comentarios:</b> Evaluación de la calidad metodológica mediante la herramienta JCR (valorar cuartiles).</p>	<p><b>Calidad de la evidencia:</b> Alta Q3 en JCR</p>

Fuente: propia

## **DISCUSIÓN:**

En base a la literatura localizada y analizada para realizar esta revisión bibliográfica, podemos decir que los grupos de apoyo forman parte de las terapias psicosociales más importantes para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador informal del anciano con Alzheimer.

Actualmente existen diversos estudios que describen una estrecha relación entre resultados positivos de la aplicación de programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. Uno de ellos es el publicado por Collins R. et al. (27), cuya revisión sistemática demuestra que todas estas intervenciones tienen mayor efecto sobre síntomas depresivos que en la sensación de sobrecarga. Cabe añadir las aportaciones del estudio descriptivo de Whitlatch C. J., et al, (29) acerca de las necesidades educativas y de apoyo de los cuidadores, abogando la efectividad de los grupos de apoyo en la etapa temprana de las demencias, algunos de los cuales tienen una base de evidencia documentada. En la revisión sistemática de Medina A., et al, (35), se presentan beneficios de las terapias psicoeducativas sobre los cuidadores informales. Sin embargo, no se cumplen los resultados esperados, de manera que se aboga por la necesidad de evaluar dichas intervenciones una vez haya transcurrido un tiempo para conocer su efectividad a largo plazo.

Además, según la revisión sistemática de Verrier Piersol C., et al, (30), se distingue la terapia psicoeducativa de las cognitivas, mejorando la primera la calidad de vida, mientras que la segunda disminuye los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Por otro lado, cabe destacar las aportaciones de Mahdavi B., et al, (33) y Damianakis T., et al, (34), cuyo estudio experimental y análisis descriptivo, respectivamente, demuestran la eficacia de las intervenciones espirituales en cuidadores, pues resulta una medida eficaz y económica sobre sus participantes.

En el estudio transversal de Badia X., et al, (36), se observa que los cuidados prestados se encuentran relacionados con la disminución de la calidad de vida de los cuidadores. Además, podemos ver como el papel de la persona encargada del cuidado es predominantemente la hija del enfermo de Alzheimer y ama de casa, lo que evidenciaría la reducida calidad de vida antes mencionada. Por otro lado, en la revisión sistemática de Martín Carrasco M., et al, (32), se explica que la eficacia de las intervenciones en los cuidadores se encuentra directamente proporcional con la participación de éstos.

A todo esto hay que sumarle los aportes del estudio cuantitativo de Werner P., et al, (28), explicando que el estigma familiar agrava la carga percibida por el cuidador, a falta de pruebas teóricas y empíricas que lo confirmen. Sin embargo, en la revisión sistemática de Smallfield S., (31), se demuestra que el uso de la evidencia científica en las intervenciones garantiza una atención de calidad tanto al enfermo como al cuidador.

### **FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:**

Los estudios analizados en este trabajo han sido evaluados científicamente mediante el indicador de calidad más conocido como Journal Citation Report (JCR). Dicho indicador determina el impacto de las revistas científicas según el número de citas recibidas por los artículos que han sido publicados y recogidos en la Web of Science (WOS). De todos los estudios encontrados que traten sobre el tema propuesto para su búsqueda, únicamente 14 de ellos han sido publicados en una revista con factor de impacto JCR, encontrándose cinco de ellos en el cuartil uno (Q1), cinco en el cuartil tres (Q3), y los restantes en cuartil cuatro (Q4).

Con toda esta información, y el escaso nivel de evidencia científica, se sugiere la necesidad de ampliar en futuros estudios la investigación por parte de los profesionales de enfermería sobre la eficacia de las terapias psicoeducativas a largo plazo, además de evidenciar si el estigma familiar aumenta la carga del cuidador.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES**

1. Existe una red de recursos externos dirigidos a proporcionar apoyo a las familias de personas con demencia. Estos recursos consisten en grupos de apoyo con amplios dispositivos, como la terapia psicológica, educativa, espiritual ó la combinación de éstos.
2. La mayoría de los estudios encontrados sobre las intervenciones psicoeducativas dirigidas a los cuidadores principales de las personas con enfermedad de Alzheimer demuestran ser beneficiosos para disminuir los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga, además de aumentar la calidad de vida.
3. Prevalece una feminización del rol del cuidador principal. Independientemente de si es hombre o mujer quien padece la enfermedad de Alzheimer, la tarea de cuidador la asumen principalmente las mujeres e hijas, en un grado muy superior al de los esposos, hijos o cuidadores varones.
4. Las bases en las que se sustentan los Grupos de Ayuda Mutua para familiares de pacientes con demencia consisten en la educación e información y el apoyo entre cuidadores.
5. La terapia cognitivo-conductual, ya sea en grupo o individual, es la intervención que mejores resultados aporta a la situación del cuidador.
6. Los distintos niveles socioeconómicos conforman un importante factor a la hora de recurrir a la institucionalización del enfermo de Alzheimer para su cuidado
7. Los hijos encargados del cuidado de sus padres enfermos de Alzheimer obtienen mayores beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua. Sin embargo, son los cónyuges del enfermo de Alzheimer los que asisten con más periodicidad a estas terapias.
8. Los recursos sociosanitarios más solicitados por los cuidadores familiares son la información, formación, ayuda física, atención al duelo y el apoyo social.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gascón-Bayarri J, Reñé R, Del Barrio JL, De Pedro-Cuesta J, Ramón JM, Manubens JM, et al. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the PRATICON study. *Neuroepidemiology*. 2007; 28(4): 224-34
2. Kane R, Ouslander J, Resnick B, Malone M. *Essentials of clinical geriatrics*. 8th ed. McGraw-Hill; 2017.
3. Alzheimer's Association. ¿Qué es la demencia? [Internet]. *Alzheimer's Disease and Dementia*. 2018 [acceso el 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-demencia?lang=es-MX>
4. Campellone J. Demencia [Internet]. *Medline*. 2018 [acceso el 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000739.htm>
5. Zambrano A, de la Vega R. Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg [Internet]. *Hipocampo.org*. 2018 [acceso el 12 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/reisberg.asp>
6. Fuentes P. DSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales [Internet]. *Sonepsyn.cl*. 2014 [acceso el 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero\\_marzo\\_2014/Suplemento\\_2014\\_1\\_Neuro\\_Psiq.pdf](https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf)
7. Alzheimer's Association. Las 10 señales [Internet]. *Alzheimer's Disease and Dementia*. 2018 [acceso el 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/las-10-senales>
8. Alzheimer's Association. ¿Qué es el Alzheimer? [Internet]. *Alzheimer's Disease and Dementia*. 2018 [acceso el 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>



9. Alzheimer's Association. Etapas del Alzheimer [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia. 2018 [acceso el 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/etapas?lang=es-MX>
10. Lunde A, Graff-Radford J. Diagnosticar enfermedad de Alzheimer: cómo se diagnostica la enfermedad de Alzheimer [Internet]. Mayo Clinic. 2018 [acceso el 12 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers/art-20048075>
11. Alzheimer's Association. Tratamiento para Alzheimer [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia. 2018 [acceso el 8 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/tratamientos?lang=es-MX>
12. Olazarán J. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática [Internet]. Mariawolff. 2010 [acceso el 18 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.mariawolff.org/pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf>
13. Ibáñez V. Tratamiento no farmacológico de las demencias. Metas de enfermería. 2003; 6(54): 07-12.
14. Villalba S, Espert R. Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica [Internet]. ResearchGate. 2014 [acceso el 25 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/280573379\\_Estimulacion\\_cognitiva\\_Una\\_revision\\_neuropsicologica](https://www.researchgate.net/publication/280573379_Estimulacion_cognitiva_Una_revision_neuropsicologica)
15. López E. Puesta al día: cuidador informal. Revista Enfermería CyL [revista internet]. 2016 [acceso el 30 de noviembre de 2018]; 8(1): 1. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/164/144>

16. Conde-Sala JL. Demencias y familiares cuidadores: deterioro, sobrecarga y apoyo social. Tiempo, el portal de la psicogertontología [revista internet]. ResearchGate. 2005 [acceso el 1 de diciembre de 2018]; (17). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/274072952 Demencias y familiares cuidadores deterioro sobrecarga y apoyo social](https://www.researchgate.net/publication/274072952)
17. Brane G. Normal aging and dementia disorders- Coping and crisis in the family. Progress in Neuro-Psycopharmacology and Biological Psychiatry [revista internet]. ELSEVIER. 1986 [acceso el 5 de diciembre de 2018]; 10(3-5): 287-95. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0278584686900084?dgcid=api\\_search-api-endpoint](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0278584686900084?dgcid=api_search-api-endpoint)
18. George L, Gwyther L. Caregiver weil-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist [revista internet]. ResearchGate. 1986 [acceso el 5 de diciembre dr 2018]; 26(3): 253-9. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/19441168 Caregiver Weil-Being A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults](https://www.researchgate.net/publication/19441168)
19. Cacioppo J, Poehlmann K, Kiecolt-Glaser J, Malarkey W. Cellular immune responses to acute stress in female caregivers of dementia patients and matched controls. Health Psychology [revista internet]. ResearchGate. 1998 [acceso el 5 de diciembre de 2018]; 17(2):182-9. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232504156 Cellular immune responses to acute stress in female caregivers of dementia patients and matched controls](https://www.researchgate.net/publication/232504156)
20. Ribé JM, Pérez C, Muros R, Nofuentes C. Consideraciones acerca de la interpretación de la escala Zarit en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Atención Primaria [revista internet]. ELSEVIER. 2018 [acceso el 6 de diciembre de 2018]; 50(7): 443-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-consideraciones-acerca-interpretacion-escala-zarit-S0212656717306704>

21. Mace, N. L. y Rabins, P. V. (1988). Cuando el día tiene 36 horas. México: Edit. Pax México.
22. Albarracín, D., Goldestein, E. (1994). Redes de apoyo social y envejecimiento humano. En J. Buendía, ed. Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid: Siglo XXI, pp. 373-398
23. Clark N, Rakoswki W. Family caregivers of older adults: improving helping skills. The Gerontologist [revista internet]. 1983 [acceso el 9 de diciembre de 2018]; 23(6): 637-42. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/23/6/637/632141?redirectedFrom=fulltext>
24. Haley W, Levine E, Brown S. Experimental evaluation of the effectiveness of group interventions for dementia caregivers. The Gerontologist [revista internet]. 1987 [acceso el 9 de diciembre de 2018]; 27(3): 376-82. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/27/3/376/641935?redirectedFrom=PDF>
25. Vargas-Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. Aquichan [revista online]. SciELO. 2012 [acceso el 13 de diciembre de 2018]; 12(1): 62-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a07.pdf>
26. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 2017. Nursing Diagnoses 2018-20: Definitions and Classification, junio 2017. ISBN: 978-1-626-23929-6.
27. Collins R, Kishita N. The effectiveness of mindfulness-and acceptance- based interventions for informal caregivers of people with dementia: a meta-analysis. The Gerontologist [revista internet]. 2018 [acceso 16 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/advance-article/doi/10.1093/geront/gny024/4960915>

28. Werner P, Mittelman M, Goldstein D, Heinik J. Family stigma and caregiver burden in alzheimer's disease. *The Gerontologist* [revista internet]. 2012 [acceso el 21 de diciembre de 2018]; 52(1): 89-97. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/52/1/89/693878>
29. Whitlatch C, Orsulic-Jeras S. Meeting the informational, educational, and psychosocial support needs of persons living with dementia and their family caregivers. *The Gerontologist* [revista internet]. 2018 [acceso el 17 de enero de 2019]; 58(1): 58-73. Disponible en: [https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/suppl\\_1/S58/4816739?searchresult=1](https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/suppl_1/S58/4816739?searchresult=1)
30. Verrier C, Canton K, Connor S, Giller I, Lipman S, Sager S. Effectiveness of interventions for caregivers of people with alzheimer's disease and related major neurocognitive disorder: a systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy* [revista internet]. 2017 [acceso el 17 de enero de 2019]; 71(5). Disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COPTOA/Bibliotecavirtual/AJOT/Septiembre-Octubre%202017/7105180020p1.pdf>
31. Smallfield S. Supporting adults with alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders and their caregivers: effective occupational therapy interventions. *The American Journal of Occupational Therapy* [revista internet]. 2017 [acceso el 20 de enero de 2019]; 71(7). Disponible en: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=2645782>
32. Martín M, Ballesteros J, Domínguez A, Muñoz P, González E. Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Españolas de Psiquiatría* [revista internet]. 2014 [acceso el 23 de enero de 2019]; 42(6): 300-14. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-300-314-718773.pdf>

33. Mahdavi B, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi F, Hosseini M, Hagi M. Effects of spiritual group therapy in caregiver strain in home caregivers of the elderly with alzheimer's disease. Archives of psychiatric nursing [revista internet]. ResearchGate. 2016 [acceso el 23 de enero de 2019]; 31(3). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/311480072\\_Effects\\_of\\_Spiritual\\_Group\\_Therapy\\_on\\_Caregiver\\_Strain\\_in\\_Home\\_Caregivers\\_of\\_the\\_Elderly\\_with\\_Alzheimer's\\_Disease](https://www.researchgate.net/publication/311480072_Effects_of_Spiritual_Group_Therapy_on_Caregiver_Strain_in_Home_Caregivers_of_the_Elderly_with_Alzheimer's_Disease)
34. Damianakis T, Wilson K, Marzali E. Family caregiver support groups: spiritual reflections' impact on stress management. Aging and Mental Health [revista internet]. ResearchGate. 2018 [acceso el 23 de enero de 2019]; 22(1): 70-76. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/308384375\\_Family\\_caregiver\\_support\\_groups\\_spiritual\\_reflections'\\_impact\\_on\\_stress\\_management](https://www.researchgate.net/publication/308384375_Family_caregiver_support_groups_spiritual_reflections'_impact_on_stress_management)
35. Medina A, Martín E. Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. Gerokomos [revista internet]. SciELO. 2018 [acceso el 23 de enero de 2019]; 29(1). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000100022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100022)
36. Badia X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Atención Primaria [revista internet]. ELSEVIER. 2004 [acceso 27 de enero de 2019]; 34(4): 170-177. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704789040?via%3Dihub>

## ANEXOS

### Anexo 1: Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) y puntuación

*Tabla 20.-* Escala de sobrecarga de Zarit

<b>ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT (CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)</b>	
<b>ÍTEM</b>	<b>PREGUNTA A REALIZAR</b>
<b>1</b>	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
<b>2</b>	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
<b>3</b>	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
<b>4</b>	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
<b>5</b>	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
<b>6</b>	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familiar?
<b>7</b>	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
<b>8</b>	¿Siente que su familiar depende de usted?
<b>9</b>	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
<b>10</b>	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
<b>11</b>	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
<b>12</b>	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
<b>13</b>	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de un familiar?
<b>14</b>	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
<b>15</b>	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
<b>16</b>	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

<b>17</b>	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
<b>18</b>	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
<b>19</b>	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
<b>20</b>	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
<b>21</b>	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
<b>22</b>	En general: ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

Fuente: Ribé JM, Pérez C, Muros R, Nofuentes C. Consideraciones acerca de la interpretación de la escala Zarit (20).

Además, cabe decir que cada ítem se valora de esta manera:

**Tabla 21.-** Puntuación escala de Zarit

<b>FRECUENCIA</b>	<b>PUNTUA- CIÓN</b>
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Fuente: Ribé JM, Pérez C, Muros R, Nofuentes C. Consideraciones acerca de la interpretación de la escala Zarit (20).

## **Anexo 2: Otros artículos de interés**

### **1.- Caracterización de los grupos de ayuda mutua para cuidadores de familiares enfermos de Alzheimer: un análisis exploratorio.**

Hornillos C, Crespo M. Caracterización de los grupos de ayuda mutua para cuidadores de familiares enfermos de Alzheimer: un análisis exploratorio. Revista Española de Geriatria y Gerontología [revista internet]. ÍNDICES-CSIC. 2008 [acceso el 30 de enero de 2019]; 43(5): 308-15. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caracterizacion-los-grupos-ayuda-mutua-S0211139X0873573X>

- Análisis del artículo:

Los dos pilares básicos sobre los que se encuentra el funcionamiento de los GAM (Grupos de Ayuda Mutua) son la transmisión de información y el apoyo entre cuidadores, sobre todo a aquéllos que se incorporan al grupo con la pretensión de desahogo y búsqueda de comprensión. Además, se observa que la mayoría de los cuidadores asistentes a dicho grupo son cuidadores considerados veteranos, y en algunos casos, cuidadores cuyo familiar ya ha fallecido, éstos últimos por el hecho de recurrir a alguna relación social sin la necesidad de ser la familia, pues muchos, debido a su tarea de cuidador, han abandonado su entorno social previo a la enfermedad de su familiar.

### **2.- Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain.**

Vérez N, Andrés NF, Fornos JA, Andrés JC, Ríos M. Burden and associated pathologies in family caregivers of Alzheimer's disease patients in Spain. Pharmacy Practice [revista internet]. ÍNDICES-CSIC. 2015 [acceso el 1 de febrero de 2019] 13(2). Disponible en: <https://www.pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/521/393>

- Análisis del artículo:

Se realiza un estudio transversal en una farmacia de Pontevedra para evaluar los rasgos de los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, además de medir la carga percibida y hallar la relación con su farmacéutico. Tras realizar el seguimiento a través de diversas escalas (Inventario de Depresión de Beck-II, Cuestionario de Ansiedad



STAI, Escala de Zarit, Escala APGAR familiar y Cuestionario de Duke-UNC), se observa que en la mayoría de los casos, la figura del cuidador corresponde a familiares de primer grado de consanguinidad (hijas) de unos 55 años con estudios primarios. Cabe decir que en gran parte, los cuidadores presentan sobrecarga con sentimiento de ansiedad y/o depresión, por lo que se propone que la atención a los cuidadores forme parte de un plan nacional, incluyendo subvenciones para provocar una mejor atención de los pacientes con demencia. Por último, los profesionales farmacéuticos son los encargados de brindar más información sobre el manejo de la enfermedad para aliviar la sobrecarga de éstos.

### **3.- La familia y los cuidados informales en la demencia. Diferencias entre cónyuges e hijos cuidadores.**

Conde JL. La familia y los cuidados informales en la demencia. Diferencias entre cónyuges e hijos cuidadores. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias [revista internet]. ResearchGate. 2010 [acceso 2 de febrero de 2019]: 101-109. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Josep\\_Lluis\\_Conde-Sa-la/publication/235996615\\_La\\_familia\\_y\\_los\\_cuidados\\_informales\\_en\\_la\\_Demencia\\_Diferencias\\_entre\\_conyuges\\_e\\_hijos\\_cuidadores/links/54f650560cf27d8ed71d7dd8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Josep_Lluis_Conde-Sa-la/publication/235996615_La_familia_y_los_cuidados_informales_en_la_Demencia_Diferencias_entre_conyuges_e_hijos_cuidadores/links/54f650560cf27d8ed71d7dd8.pdf)

- Análisis del artículo:

No se observan diferencias entre los estudios que abogan que son los hijos e hijas los que poseen un mayor nivel de carga frente a los que defienden que son los cónyuges, aunque cabe decir que los primeros son los que muestran un mayor nivel de sentimiento de culpa. Además, aun siendo los hijos los que obtienen más beneficios sobre las intervenciones educativas, son los esposos los que asisten con más interés a los grupos de apoyo (el apoyo entre iguales). Los estudios no hacen más que confirmar los beneficios de los grupos de apoyo, pues son más conocedores de la enfermedad de su familiar y mejoran la calidad de los cuidadores. Además, la unión entre apoyo emocional y educativo aporta mayores beneficios que el cuidado de uno solo.

#### **4.- Demencias y familiares cuidadores: deterioro, sobrecarga y apoyo social.**

Conde-Sala JL. Demencias y familiares cuidadores: deterioro, sobrecarga y apoyo social. Tiempo, el portal de la psicogertontología [revista internet]. ResearchGate. 2005 [acceso el 1 de diciembre de 2018]; (17). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/274072952\\_Demencias\\_y\\_familiares\\_cuidadores\\_deterioro\\_sobrecarga\\_y\\_apoyo\\_social](https://www.researchgate.net/publication/274072952_Demencias_y_familiares_cuidadores_deterioro_sobrecarga_y_apoyo_social)

- Análisis del artículo:

Se demuestra que el apoyo social beneficia en gran parte a la adaptación de los cuidadores de personas diagnosticada de demencia, siendo los cónyuges los que sienten una mayor necesidad de apoyo. Además, resaltar los numerosos estudios que muestran la eficacia de dicha terapia.

#### **5.- Sociodemographic profile and level of burden of dementia patients' caregiver who participate in a support group.**

Diel L, Forster L, Kochhann R, Fagundes M. Sociodemographic profile and level of burden of dementia patient's caregiver who participate in a support group. Dementia & Neuropsychologia [revista internet]. SciELO. 2010 [acceso el 2 de febrero de 2019]; 4(3): 232-237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619294/>

- Análisis del artículo:

El estudio, realizado en un Hospital de Porto Alegre, Brasil, demuestra que los cuidadores son mayoritariamente mujeres que se encargan de realizar los cuidados de su familiar con patología de demencia, además de tener que dedicarse a sus tareas laborales y familiares, siendo la gran mayoría madres. Además, se demuestra que los participantes que ya habían asistido a un grupo de apoyo muestran un menos nivel de sobrecarga que aquéllas que no los han frecuentado.

## **6.- Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic.**

Medrano M, López R, Núñez A, Reynoso N. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dementia and Neuropsychologia* [revista internet]. SciELO. 2014 [acceso el 3 de febrero de 2019]; 8(4): 354-388. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619188/>

- Análisis del artículo:

Se realiza un estudio en Santiago, República Dominicana para hallar manifestaciones de sobrecarga, ansiedad y depresión en los cuidadores de personas con Alzheimer. Los resultados muestran una gran proporción de cuidadoras de sexo femenino, siendo éstas mayores de 50 años, hallándose signos de carga, ansiedad y trastornos depresivos, por lo que los profesionales sanitarios deberían evaluar a los cuidadores y proporcionarles terapias mediante grupos de apoyo.

## **7.- Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer.**

Ruiz de Alegría B, de Lorenzo E, Basurto S. Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. *Index de Enfermería* [revista internet]. SciELO. 2006 [acceso el 10 de febrero de 2019]; 15(4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200002)

- Análisis del artículo

Las mujeres entre 45 y 55 años son, la que por su condición de mujer e hija, ponen en riesgo su salud física y mental, aumentando su sensación de estrés y carga. Es por ello que se ponen en marcha estrategias como la búsqueda de apoyo, la resolución de problemas o la búsqueda de información con el fin de aumentar su competencia para cuidar al mayor, mejorar el ajuste social y afrontar de forma positiva esta situación.

## **8.- Calidad de vida en cuidadores informales de personas con demencia: una revisión sistemática de intervenciones psicosociales.**

Aravena J, Spencer M, Verdugo S, Flores D, Gajardo J, Albala C. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con demencia: una revisión sistemática de intervenciones psicosociales. Revista chilena de neuro-psiquiatría [revista internet]. SciELO. 2016 [acceso el 12 de febrero de 2019]; 54(4). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272016000400008&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272016000400008&script=sci_arttext&tlng=en)

- Análisis del artículo:

Los cuidadores informales fueron beneficiarios de terapias psicosociales como el trabajo grupal y la visita domiciliaria para posteriormente medir la calidad de vida. Viendo los resultados, se observa que es la visita domiciliaria la intervención que mejora de manera más completa la calidad de vida del cuidador, pues aporta un enfoque personal e individualizado.

## **9.- Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería.**

Navarro M, Jiménez L, Manzanares M, de Perosanz M, Blanco E. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. Gerokomos [revista internet]. SciELO. 2018 [acceso el 13 de febrero de 2019]; 29(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000200079&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200079&lang=es)

- Análisis del artículo:

El cuidado familiar a personas dependientes acarrea efectos negativos en lo físico, social y psíquico, por lo que los cuidadores se ven abrumados por el cambio en sus vidas y necesitan ayuda profesional, siendo la información, formación, ayuda física, atención al duelo y el apoyo social los recursos sociosanitarios más solicitados. Tras el análisis de los resultados se demuestra que no se utilizan todos estos recursos, por lo que se debe investigar para desarrollar unos cuidados de calidad.

## **10.- Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años.**

Bustillo M, Gómez-Gutiérrez M, Guillén A. Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Clínica y Salud [revista internet]. SciELO. 2018 [acceso 13 de febrero de 2019]; 29(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742018000200089&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742018000200089&lang=es)

- Análisis del artículo:

Se confirma que la terapia cognitivo-conductual, ya sea en grupo o individual, es la intervención que mejores resultados aporta a la situación del cuidador. Además, se observa que la variable más utilizada es la depresión, seguida de la ansiedad, el estrés y la sobrecarga. Si relacionamos estos conceptos, podemos decir que la terapia está enfocada a disminuir los efectos negativos del acto de cuidar.

## **11.- Mutual help group for family members of older adults with dementia: unveiling perspectives.**

Azevedo S, de Oliveira F, Schaefer A, Maciel K. Mutual help group for family members of older adults with dementia: unveiling perspectives. Texto & Contexto- Enfermagem [revista internet]. SciELO. 2017 [acceso el 14 de febrero de 2019]; 26(2). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200320](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200320)

- Análisis del artículo:

Los grupos de ayuda son considerados beneficiosos para los cuidadores de ancianos con demencia, sobre todo en aspectos emocionales. Aún así, se observa la existencia de ciertas dificultades que no aporta resultados óptimos, pues se aprecia la falta de voluntarios o la no asistencia por parte de ciertos cuidadores, lo que provoca que no se aprovechen todos los recursos que las terapias de ayuda grupales conllevan.

### **12.- Benefits of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients.**

Kamkhagi D, Oliveira A, Kusminsky S, Supino D, Diniz B, Gattaz W et al. Benefits of psychodynamic group therapy on depression, burden and quality of life of family caregivers to Alzheimer's disease patients. Archives of Clinical Psychiatry (Sao Paulo) [revista internet]. SciELO. 2015 [acceso el 19 de febrero de 2019]; 42(6). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832015000600157](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832015000600157)

- Análisis del artículo:

En el estudio, que se ofrece tanto psicoterapia cognitiva grupal como terapia de conciencia corporal, se observa que, en la primera intervención, se reduce tanto el nivel de carga como los síntomas depresivos, por lo que mejora la calidad de vida. Por el contrario, en la terapia de conciencia corporal no se aprecian cambios significativos en lo que a trastornos depresivos conlleva. En resumen, la disminución de sensación de sobrecarga y el aumento de calidad de vida se consiguen indistintamente en los dos tipos de intervenciones, por lo que se piensa que ambas deberían ser complementarias para así mejorar los síntomas depresivos.

### **13.- Effectiveness of gestalt group therapy on loneliness of women caregivers of Alzheimer patients at home.**

Saadati H, Shoaee F, Pouryan A, Alkasir E, Lashani L, Salehi M et al. Effectiveness of gestalt group therapy on loneliness of women caregivers of Alzheimer patients at home. Iranian Rehabilitation Journal [revista internet]. SciELO. 2014 [acceso el 23 de febrero de 2019]; 12(22). Disponible en: <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-373-en.pdf>

- Análisis del artículo:

Tras realizar las 12 sesiones de terapia Gestalt, se muestra que dicha intervención reduce considerablemente el sentimiento de soledad de los cuidadores de Alzheimer, además de tener la capacidad de mejorar las emociones positivas, por lo que aumenta la calidad de vida de la muestra.

#### **14.- Eficacia de un programa psicosocial con cuidadores de enfermos de Alzheimer: análisis de los resultados al año de seguimiento.**

Etxebarria I, Yanguas J, Buiza C, Galdona N, González M. Eficacia de un programa psicosocial con cuidadores de enfermos de Alzheimer: análisis de los resultados al año de seguimiento. Revista Española de Geriatria y Gerontología [revista internet]. ELSEVIER. 2005 [acceso el 24 de febrero de 2019]; 40(2): 46-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X05750733>

- Análisis del artículo:

Las intervenciones psicosociales se ven relacionadas con la disminución de la sobrecarga y los síntomas depresivos incluso un año después de terminar la terapia, favoreciendo su bienestar psicológico, por lo que se concluye que dichas intervenciones pasan a ser parte indispensable en los cuidados al cuidador.

#### **15.- Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer.**

Etxebarria I, García A, Iglesias A, Urdaneta E, Lorea I, Díaz P et al. Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. Revista Española de Geriatria y Gerontología [revista internet]. ELSEVIER. 2011 [acceso el 2 de marzo de 2019]; 46(4): 206-212. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-del-entrenamiento-estrategias-regulacion-S0211139X11000849>

- Análisis del artículo:

Tras analizar los resultados del estudio a 52 cuidadores informales en grupo experimental y grupo control, se demuestra que el entrenamiento en estrategias de regulación anímicas contribuye a un aumento del bienestar emocional y tienen menos pensamientos disfuncionales sobre el cuidado.

## **16.- Profile and burden of care in caregivers of patients with dementia included in the ALOIS program.**

Barbarro A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Profile and burden of care in caregivers of patients with dementia included in the ALOIS program. Atención Primaria [revista internet]. ELSEVIER. 2004 [acceso el 8 de marzo de 2019]; 33(2): 61-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-profile-burden-care-in-caregivers-13057240>

- **Análisis del artículo:**

Tras realizar un estudio descriptivo de intervención no controlado, se observa que el nivel de sobrecarga es mayor según aumenta la edad de la persona encargada del cuidado. Además, los resultados descubren la óptima valoración que hacen al programa, pudiendo compartir experiencias o aprender nuevas habilidades, por lo que se defiende que la atención al cuidador debería estar incluida en la asistencia al paciente.