



Universidad Pontificia  
de Salamanca



**Salus Infirmorum**  
Facultad de Enfermería y Fisioterapia  
Madrid

Grado en Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum

Universidad Pontificia de Salamanca

“INTERVENCIONES PARA DISMINUIR EL IMPACTO PSICOLÓGICO Y FÍSICO DE  
CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA.”

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: MARÍA AZUARA MORENO

Tutor: D. /Dña. MARÍA SANZ GUIJO

Fecha de depósito: 17 DE MAYO DE 2022

**INTERVENCIONES PARA DISMINUIR EL IMPACTO PSICOLÓGICO Y FÍSICO DE  
CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA.**

***(INTERVENTIONS TO REDUCE THE PSYCHOLOGICAL AND PHYSICAL IMPACT  
OF INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA.)***



## ANEXO

### AUTORIZACIÓN DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Visto el Trabajo Fin de Grado realizado por:

D./ D<sup>a</sup>. **MARIA AZUARA MORENO** , con el título **INTERVENCIONES PARA DISMINUIR EL IMPACTO PSICOLÓGICO Y FÍSICO DE CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA** , el abajo firmante, **MARIA SANZ GUIJO** tutor del mismo,

#### CONSIDERANDO QUE:

- El trabajo presentado como TRABAJO FIN DE GRADO reúne los requisitos formales exigidos.
- Se han cumplido los procedimientos establecidos por la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum de la Universidad Pontificia de Salamanca para iniciar los trámites de presentación y defensa del Trabajo Fin de Grado, a tenor de su Reglamento.

**EXPRESA su conformidad**, e informe favorable, para **autorizar la defensa** del Trabajo Fin de Grado en la Facultad, iniciando los trámites procedimentales previstos para llevar a cabo la calificación del mismo.

Y para que así conste, firmo en Madrid, a **13 DE MAYO DE 2022**

Fdo.  **SANZ  
GUIJO**  
María Sanz Guijo  
Tutor del Trabajo Fin de Grado

**MARIA -  
5021891  
2E**

Firmado digitalmente por SANZ GUIJO MARIA - 50218912E  
Fecha: 2022.05.13 11:34:08 +02'00'

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, dar las gracias a la Dr<sup>a</sup>. María Sanz Guijo, tutora del Trabajo Fin de Grado, por todo durante este tiempo, por su orientación, dedicación y apoyo constante.

A mi familia, por su apoyo incondicional, en especial en estos últimos 4 años.

A mis amigos y compañeros de clase, por acompañarme y ayudarme. Sin vosotros esta aventura no hubiese sido igual.

Por último, a todo el equipo que compone la Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum, por su constancia durante la carrera.

Una y otra vez, GRACIAS.

## **MOTIVACIÓN PERSONAL**

Considero que la demencia es una enfermedad que genera un gran impacto psicológico y físico, tanto a los pacientes como a los cuidadores informales. Mi motivación surgió de la experiencia personal. No obstante, en nuestra carrera profesional son numerosos los cuidadores que no saben cómo abordar diferentes situaciones a lo largo del cuidado.

Por ello, este estudio se centra en identificar las diferentes intervenciones para conseguir una disminución en los factores psicológicos generados en el cuidador y dar importancia al binomio paciente-cuidador.

## **ABREVIATURAS**

ABVD → Actividades Básicas de la Vida Diaria

AVD → Actividades de la Vida Diaria

BF → Búsqueda de beneficios

DCL → Demencia Cuerpos de Lewy

DeCS → Descriptores en Ciencia de la Salud

DFT → Demencia Frontotemporal

DGS → Escala Global del Deterioro para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa

DV → Demencia Vasular

EA → Enfermedad del Alzheimer

I-CARE → Intervención terapéutica para Cuidados de Personas con Demencia

MBCT → Terapia Cognitiva basada en Mindfulness

MeSH → Medical Subject Heading

MMSE → Mini-Mental State Examination

NYUCI → Intervención de Cuidados de la Universidad de Nueva York

OMS → Organización Mundial de la Salud

PIB → Producto Interior Bruto

REACH-OUT → Recursos para Mejorar la Salud de los Cuidados con una adaptación de Ofrecimiento de Tratamiento Útil menos intensivo

RM → Resonancia magnética

SIM-PE → Psicoeducación Simplificada

STD-PE → Psicoeducación estándar

TC → Tomografía Computarizada

# ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b> .....	8
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>1.1 Datos y cifras:</b> .....	2
<b>1.2 Descripción:</b> .....	3
<b>1.3 Factores de riesgo:</b> .....	3
<b>1.4 Clasificación demencias:</b> .....	4
<b>1.5 Evaluación de los signos y síntomas:</b> .....	5
<b>1.6 Diagnóstico general</b> .....	7
<b>1.7 Tratamiento de las demencias</b> .....	8
1.7.1 Tratamiento farmacológico.....	8
1.7.2 Tratamiento no farmacológico .....	9
<b>1.8 Impacto social y económico</b> .....	11
<b>1.9 Impacto en las familias y cuidadores</b> .....	11
<b>1.10 Justificación</b> .....	12
<b>1.11 Pregunta PICO</b> .....	13
<b>1.12 Objetivos</b> .....	13
<b>2. MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	14
<b>2.1 Estilo y diseño</b> .....	14
<b>2.2 Bases de datos consultadas:</b> .....	14
<b>2.3 Criterios de selección</b> .....	14
<b>2.4 Palabras claves</b> .....	14
<b>2.5 Estrategia de búsqueda</b> .....	15
<b>2.6 Calidad metodológica</b> .....	30
<b>3. RESULTADOS</b> .....	32
<b>4. DISCUSIÓN:</b> .....	44
<b>4.1 Limitaciones del estudio</b> .....	51
<b>4.2 Líneas futuras de investigación</b> .....	51
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	52
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	53
<b>7. ANEXOS</b> .....	65
Anexo 1. Tabla 5. Artículos de los resultados. Fuente: elaboración propia. ....	65
Anexo 2. Guía CASPe. ....	74

## 1. RESUMEN

Intervenciones para disminuir el impacto psicológico y físico de cuidadores informales de personas con demencia.

Introducción y objetivos: La demencia es una de las causas más importantes de discapacidad y dependencia en personas de edad avanzada y es por ello que el cuidador informal presenta diferentes dificultades tanto a nivel psicológico como físico, como consecuencia de su cuidado. Los objetivos del trabajo se centran en determinar las diferentes intervenciones no farmacológicas, así como enfermeras para disminuir la sobrecarga en el cuidador informal. Además, valorar como ha influido la COVID-19 en los cuidadores durante la pandemia.

Material y método: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistematizada. Las búsquedas se han realizado en diferentes bases de datos, así como: Medline, Cochrane Library, Cinhal Complete y Scielo. Posteriormente, con el fin de alcanzar una mayor calidad metodológica se aplicó la guía CASPe en los artículos seleccionados.

Resultados: Fueron seleccionados 15 artículos para responder a los objetivos establecidos. Respecto a las intervenciones no farmacológicas, así como la psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, reevaluación cognitiva, intervención terapéutica, terapia cognitiva basada en mindfulness... se observaron mejoras en los síntomas producidos por el cuidado en el cuidador informal. En cuanto a la intervención enfermera, se encontró que la educación proporcionada servía de gran apoyo, ya que se disminuían síntomas depresivos, sobrecarga... Consiguiendo así una mayor calidad de cuidado. Por otra parte, la pandemia por SARS-CoV-2 supuso un aumento en la sobrecarga del cuidador informal.

Conclusión: Se ha evidenciado que tanto las intervenciones no farmacológicas como las impartidas por el sistema enfermero, suponen una disminución en los síntomas generados en el cuidador informal. Por el contrario, la pandemia por la COVID-19, ha supuesto un bache, ya que ha generado una mayor sobrecarga y estrés en el cuidado. No obstante, la intervención por vía telefónica ha tenido beneficios positivos.

**PALABRAS CLAVE:** Demencia, Agotamiento psicológico, Cuidadores, Enfermeras y enfermeros, COVID-19, Terapéutica.



## **ABSTRACT**

Interventions to reduce the psychological and physical impact of informal caregivers of people with dementia.

Introduction and objectives: Dementia is one of the most important causes of disability and dependency in elderly people and that is why the informal caregiver presents different difficulties not only psychologically but also physically. The objectives of the work are focused on determining the different non-pharmacological interventions, as well as nurses to reduce the burden on the informal caregiver. In addition, assess how COVID-19 has influenced caregivers during the pandemic.

Material and methods: A systematic bibliographic review has been carried out. The searches have been carried out in different databases, such as: Medline, Cochrane Library, Cinhal Complete and Scielo. Subsequently, in order to achieve greater methodological quality, the CASPe guide was applied to the selected articles.

Results: A total of 15 articles were selected to respond to the established objectives. Regarding non-pharmacological interventions, as well as psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, cognitive re-evaluation, therapeutic intervention, mindfulness-based cognitive therapy... improvements were observed in the symptoms produced by care in the informal caregiver. Regarding the nursing intervention, it was found that the education provided served as a great support, since depressive symptoms and overload were reduced, thus achieving a higher quality of care. On the other hand, the SARS-CoV-2 pandemic increased the burden of the informal caregiver.

Conclusions: It has been shown that both non-pharmacological interventions and those provided by the nursing system led to a decrease in the symptoms generated in the informal caregiver of people with dementia. On the contrary, the COVID-19 pandemic has been a downturn in caregivers since it has generated greater overload and stress in care. However, intervention by telephone has had positive benefits.

**KEY WORDS:** Dementia, Caregivers, Caregiver burden, Nurses, COVID-19, Therapeutic.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Datos y cifras:

Actualmente, la esperanza de vida ha aumentado, llegando a ser igual o superior a los 60 años. Se estima que para el año 2050 dicha franja de edad alcance los 2000 millones de personas, lo que supone un aumento de 1000 millones con respecto al año 2020 (1). Además, este aumento en la esperanza de vida es más notorio en países de ingresos altos, aunque encontrando diferencias entre países específicos y el género de la población (2).

Este envejecimiento de la población produce numerosas afectaciones, siendo una de las más importantes la demencia (1).

Actualmente, existen unos 50 millones de personas con demencia a nivel mundial, un 60% de esta cifra se encuentran en países de ingresos bajos y medios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se prevé que en el año 2030 el número de personas que padecen demencia alcance los 82 millones, mientras que en el año 2050 llegue a los 152 millones (3).

La demencia es una de las causas más importante de discapacidad y dependencia en personas de edad avanzada. Además, genera un gran impacto en el cuidador debido a la sobrecarga económica y al estrés psicológico (3,4).

A continuación, se observa una tabla sobre la dificultad para recordar o para concentrarse según sexo y grupo de edad (5).

**Tabla 1.** Dificultad para recordar o para concentrarse según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No puede
<b>Ambos sexos</b>				
55-64 años	91,46 %	6,97 %	1,41 %	0,16 %
65-74 años	84,63 %	12,93 %	1,72 %	0,72 %
75-84 años	69,11 %	23,53 %	5,73 %	1,63 %
85 y más años	45,86 %	32,41 %	14,87 %	6,85 %
<b>Hombres</b>				
55-64 años	93,09 %	5,22 %	1,51 %	0,18 %
65-74 años	86,39 %	11,64 %	1,49 %	0,48 %
75-84 años	75,81 %	18,86 %	4,02 %	1,31 %
85 y más años	52,7 %	32,92 %	9,24 %	5,14 %

<b>Mujeres</b>				
<b>55-64 años</b>	89,9 %	8,65 %	1,31 %	0,13 %
<b>65-74 años</b>	83,15 %	14,02 %	1,92 %	0,91 %
<b>75-84 años</b>	63,47 %	27,46 %	7,17 %	1,9 %
<b>85 y más años</b>	42,19 %	32,14 %	17,89 %	7,77 %

## **1.2 Descripción:**

La demencia es un trastorno orgánico permanente o progresivo, el cual produce un declive intelectual que inicialmente suele respetar el nivel de conciencia del paciente. La pérdida de las capacidades intelectuales supone una disminución en el funcionamiento social u ocupacional, suponiendo una limitación en actividades de la vida diaria (AVD). Es considerado un trastorno mental orgánico multifacético adquirido, el cual implica una disfunción en la memoria, comportamiento, orientación, comprensión, personalidad, juicio, atención, relaciones espaciales, lenguaje, pensamiento abstracto y otras funciones ejecutivas. Este deterioro cognitivo en numerosas ocasiones es acompañado o precedido de un deterioro a nivel emocional. Por ello, es una prioridad a nivel sanitario (3,6,7).

El origen de la demencia se centra en el daño o pérdida de las células nerviosas y sus conexiones en el cerebro. Dependiendo el área del cerebro que esté dañada los síntomas que provoca la enfermedad serán diferentes (8).

## **1.3 Factores de riesgo:**

Son numerosos los factores de riesgo que existen a nivel biopsicosocial y ambiental. Estos pueden ser clasificados en factores no modificables y modificables. En el primer grupo, también denominado marcadores de riesgo, se encuentra la edad avanzada, la cual es el principal factor de riesgo de demencia. Los factores hereditarios, que también se encuentran en este grupo, son aquellos en los que una persona tiene hasta un 10% más de probabilidades de desarrollar demencia cuando presenta un familiar de primer grado con dicha enfermedad. Y, por último, el sexo, ya que se ha demostrado que la incidencia de dicha enfermedad es ligeramente mayor en mujeres. En el segundo grupo, los modificables, se encuentra la diabetes mellitus, que es un factor de riesgo cardiovascular y aumenta las probabilidades de desarrollar arteriosclerosis y producir una Demencia Vascular (DM). Esto mismo ocurre con la

hiperlipidemia y la hipertensión arterial. Además, la depresión supone un aumento del riesgo de desarrollar demencia entre un 83% y un 104%. Otros factores con menos importancia son el bajo grado de estudios, exposición a disolventes orgánicos, traumatismo craneoencefálico con pérdida de consciencia... (3,4,9,10).

Según la OMS existen estudios que demuestran que la realización de ejercicio con regularidad, así como: no fumar, mantener una dieta equilibrada y saludable, no consumir alcohol, mantener unas concentraciones de glucosa y colesterol óptimas en sangre y mantener un peso controlado, pueden reducir el riesgo de padecer una demencia. Además, algunos de los factores citados anteriormente, como la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva son potencialmente modificables, lo que significa que una modificación de ellos podría suponer una menor probabilidad de padecer dicha enfermedad (3,4).

Aunque el factor de riesgo más significativo es la edad avanzada, no solo afecta exclusivamente a este grupo de edad, sino que también existe la demencia de inicio temprano o precoz, en la cual los síntomas de la enfermedad se manifiestan antes de los 65 años, suponiendo 9% de los casos totales. Dicha demencia supone un gran impacto clínico y social (11). La principal causa de demencia de inicio precoz o presenil es la Enfermedad de Alzheimer (EA), suponiendo entre un 43-58%. Esta está seguida de la Demencia Frontotemporal (DFT) (12).

#### **1.4 Clasificación demencias:**

Existen diferentes tipos de demencias neurodegenerativas. La forma más común de demencia, representando el 50-70% es la EA, la cual produce una atrofia de la corteza cerebral, predominantemente en el hipocampo, el giro parahipocampal y la amígdala temporal. Mientras que los lóbulos parietal y frontal se encuentran menos afectados. Las lesiones más características de esta enfermedad son en las placas seniles, formadas por la proteína beta amiloide y los ovillos neurofibrilares, formados por la proteína tau, debido a esto se produce una pérdida en la sinapsis de las neuronas de manera constante. Además de la disminución de un neurotransmisor, la acetilcolina, lo que produce un deterioro en el rendimiento de los circuitos colinérgicos del sistema cerebral (8,13,14).

La DV representa un 12-25%, esta es producida por lesiones en los vasos que suministran la sangre al cerebro, por lo que se reduce la capacidad de suministrar las cantidades necesarias para nutrirlo y oxigenarlo de manera eficaz. Algunas de las afecciones que pueden provocar dicha demencia son: infartos cerebrales múltiples o únicos, en sitios específicos del cerebro, disminución del flujo sanguíneo cerebral o rotura de vasos sanguíneos, la presión arterial alta, la diabetes... La DV se instaura de manera repentina, es decir, no presenta un inicio gradual como se observa en la EA (7,14,15).

Otro tipo de demencia es la Demencia con Cuerpos de Lewy (DCL), la cual representa un 10-15% de las demencias y se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy en la corteza y tronco cerebral. Además, en esta enfermedad se producen de manera notoria alucinaciones visuales. Frecuentemente, es asociada a la EA, pero en la DCL la atrofia cerebral no es tan acentuada, aunque el trastorno cognitivo sea similar (7,8,14).

Otra demencia menos común, representando el 5%, se conoce como DFT, en la cual las personas poseen sustancias anormales, conocidas como nudos neurofibrilares, cuerpos de Pick, células de Pick y proteína tau. Estas se encuentran en las neuronas de las zonas que se hallan afectadas en el cerebro. Las zonas que con mayor frecuencia se encuentran afectadas en el cerebro son los lóbulos frontales y temporales y con menos frecuencia los lóbulos parietales y occipitales. Se caracterizan por un trastorno conductual o disfunción del lenguaje, mientras que tiene una aparición más tardía el trastorno que afecta a la memoria (8,13,14).

No obstante, también existe una demencia compuesta por la combinación de al menos dos demencias, la demencia mixta, que supone un 25% de las demencias. La combinación más predominante es la EA y la DV (14,16).

### **1.5 Evaluación de los signos y síntomas:**

Podemos clasificar la demencia dependiendo de los signos y síntomas. La más sencilla es diferenciándolas en “etapa temprana”, “etapa intermedia” y “etapa avanzada” (3). Esta clasificación es a grandes rasgos para todas las demencias, aunque debemos tener en cuenta particularidades propias de cada tipo de demencia.

La etapa temprana, en numerosas ocasiones puede pasar desapercibida ya que su inicio es lento y es insidiosa. Comienza con pequeños olvidos progresivos, pérdidas en la noción del tiempo e incluso desubicación espacial en lugares que eran previamente conocidos para el paciente. Según va avanzando la demencia, se aproxima la etapa intermedia, en la cual son más notorios y limitadores los signos y síntomas que le generan. El paciente con demencia en esta etapa comienza a olvidar acontecimientos que han ocurrido en un corto periodo de tiempo, así como nombres de personas y lugares, mientras que los acontecimientos más pasados siguen perdurando, como lugares de la infancia, nombres de sus padres... la desubicación espacial aumenta, llegando a tener desubicaciones en su propio hogar. Comienzan a verse afectadas tareas básicas como el aseo, el cuidado personal, se ve afectado el aspecto personal ya que requieren de ayuda para elegir la ropa que se adecua a la estación del año. Además, presentan dificultades a la hora de comunicarse y repiten en numerosas ocasiones las mismas preguntas o afirmaciones. La última etapa se caracteriza por la dependencia e inactividad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Los signos y síntomas son graves y las alteraciones de la memoria son más evidentes, así como la desubicación en espacio y tiempo, dificultad para reconocer a sus familiares y personas más cercanas, dificultades para el cuidado personal, caminar e incluso alteraciones en el comportamiento, provocando una exacerbación del ánimo del paciente que puede llegar a provocar agresiones (3,17).

Otra escala con la que podemos diferenciar las etapas de la enfermedad es la Escala Global del Deterioro para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa (GDS) también conocida como la Escala de Reisberg (18,19). La primera fase que identifica esta escala se caracteriza por no presentar ningún declive cognitivo por lo que la función del paciente es normal, no presenta pérdidas de memoria, y respecto a la esfera mental, se encuentra sano. La segunda fase supone un declive cognitivo muy lento en la cual se asocia el olvido a una característica del envejecimiento. La tercera fase se caracteriza por un declive cognitivo leve, presentando una falta de memoria en aumento. En esta etapa se comienza a apreciar la declinación cognoscitiva. En la cuarta etapa, el declive cognitivo es moderado, comienza con dificultad a la hora de concentrarse, de recordar eventos recientes e incluso la dificultad de viajar solos a algún lugar nuevo. El paciente comienza a disminuir el contacto con sus familiares y amigos debido a que inicia una etapa en la que encuentra dificultades en las

interacciones sociales. La fase cinco se caracteriza por un declive cognitivo moderadamente severo, las actividades diarias se comienzan a ver afectadas, necesitando ayuda para vestirse, bañarse, preparar la comida... La fase seis denominada declive cognitivo severo o demencia media, requieren de ayuda completa para las ABVD. No recuerdan los nombres de sus familiares y los eventos más recientes, siendo más sencillo para ellos recordar los eventos de su vida temprana. Comienzan los problemas de incontinencia fecal y urinaria, cambios en la personalidad, agitación o ansiedad... La última fase, la siete, es denominada como el declive cognitivo muy severo o demencia avanzada, en ella el paciente apenas tiene habilidad de comunicación y requieren de ayuda para la mayoría de las actividades diarias (20,21).

### **1.6 Diagnóstico general**

En primer lugar, para realizar un buen diagnóstico, deben ser recogidos aquellos síntomas manifestados por el enfermo y si fuese posible, confirmados por un observador directo. Se realiza la anamnesis y una exploración física, en la que generalmente se centra en la exploración neurológica y neuropsicológica. En esta última, se utiliza el test de cribado Mini-Mental State Examination (MMSE) (22,23), que es la herramienta de tamizaje más utilizada a nivel clínico y epidemiológico debido a su tiempo y facilidad de aplicación (24,25). El MMSE consiste en la realización de una prueba escrita cuya puntuación máxima es de 30 puntos, cuanto menor sea la puntuación obtenida, mayor será la gravedad de problemas cognitivos. Esta evalúa la atención, memoria, recuerdo, cálculo, capacidad de dibujar, orientación...(26,27). Con esta, se evalúa la orientación, el lenguaje, la memoria inmediata y a corto plazo, la atención, la habilidad para seguir simples órdenes verbales y escritas... Además de ser útil para clasificar el deterioro cognitivo del paciente, también sirve para observar la evolución que presenta el paciente a lo largo del tiempo o si el tratamiento preestablecido está teniendo repercusión positiva en la función cognitiva del paciente con demencia...(28).

Asimismo, se emplea el Índice de Barthel, el cual es un instrumento constituido por 10 ítems con la función de medir la discapacidad, en términos de independencia funcional de una persona a la hora de realizar las actividades personales de la vida diaria. La puntuación máxima es de 20, que significa independencia total (29,30). El índice de

Katz, valora el grado de dependencia/independencia mediante la utilización de 6 funciones básicas de la vida: el baño, vestirse, uso del retrete, continencia, alimentación y movilidad (31–33).

Con ambos índices se consigue evaluar si la persona es capaz de realizar ABVD (22,34)

En segundo lugar, se pueden realizar exploraciones complementarias; datos analíticos séricos, pruebas de neuroimagen, así como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), siendo útil en el diagnóstico diferencial. Y en menor medida y exclusivamente en casos muy aislados, electroencefalograma, estudios genéticos y análisis del líquido cefalorraquídeo (22).

## **1.7 Tratamiento de las demencias**

### **1.7.1 Tratamiento farmacológico**

Actualmente, no existe ningún tratamiento que consiga curar o detener la demencia, en cambio, disponemos de fármacos que mejoran modestamente la cognición y las alteraciones conductuales (35,36).

Para la indicación de fármacos se deben seguir unos principios básicos: realizar un diagnóstico precoz de la demencia, informar de los objetivos que tiene el tratamiento, adaptar la forma de presentación del fármaco a las preferencias del paciente, clasificarla según su gravedad, comenzar con dosis bajas e ir aumentando paulatinamente, vigilar efectos secundarios, intolerancias que pueda presentar el paciente...(35).

Estos tratamientos farmacológicos, en numerosas ocasiones provocan efectos secundarios que justificaría la suspensión o contraindicación de estos, debido a que la eficacia farmacológica es limitada estaría justificada esta suspensión (13).

Para el tratamiento de la EA, existen dos grupos: los anticolinesterásicos, los cuales son inhibidores de la acetilcolinesterasa, como por ejemplo, el donepecilo, rivastigmina y galantamina, que provocan un aumento de acetilcolina en el cerebro; y los moduladores de la transmisión glutamatérgica, los cuales son antagonistas de los receptores N-metil-D-Aspartato. Un ejemplo de este último tipo de fármacos es la memantina, que está recomendada en la enfermedad de Alzheimer moderada o



severa, se puede combinar con un inhibidor de colinesterasa o usarse como tratamiento único (35–37).

En la DV también se pueden emplear los fármacos inhibidores de acetilcolinesterasa y de la memantina, aunque su beneficio sea mínimo (36,38).

En la DCL se pueden emplear inhibidores de la colinesterasa (35,36,38).

En la DFT no presentan ninguno beneficio los dos grupos de fármacos citados anteriormente (35,36,38).

En la demencia mixta, están indicados los inhibidores de colinesterasa (36).

### 1.7.2 Tratamiento no farmacológico

En la actualidad, existen numerosas técnicas no farmacológicas para intervenir en los problemas de conducta asociados a las demencias.

Una de las más empleadas es la musicoterapia, que es definida por la Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia (2011) como: *“La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en entornos médicos, educacionales y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su salud y bienestar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y el entrenamiento clínico en musicoterapia están basados en estándares profesionales acordes a contextos culturales, sociales y políticos”* (39).

El lenguaje se va viendo deteriorado a lo largo de la enfermedad, mientras que las habilidades musicales continúan permaneciendo, siendo capaz la interpretación de piezas musicales que habían sido aprendidas con anterioridad a la enfermedad e incluso seguir tocando un instrumento. La recepción de la música por el paciente puede mantenerse hasta las últimas fases de la demencia. La música consigue promover en el cerebro un procesamiento auditivo, cognitivo, motor y emocional, ya que es capaz de estimular diferentes estructuras del cerebro, consiguiendo un aumento de la atención y provocando respuestas emocionales. (40,41).

Otra intervención es la sala de estimulación multisensorial, también conocida como sala Snoezelen, en la cual se emplean estímulos para activar los cinco sentidos: tacto, vista, oído, olfato, propioceptivo y vestibular. Estos estímulos hacen activar el cerebro,

por lo que cuantos más estímulos recibimos del entorno que nos rodea, más podemos fortalecer el cerebro y sus conexiones. Estas estimulaciones son realizadas en un entorno con un ambiente relajado y tranquilo. No requieren de habilidades cognitivas superiores por lo que es adecuada para pacientes con deterioro cognitivo avanzado (42,43). Las salas están compuestas por una serie de características para fomentar su objetivo. La iluminación de cada sala es de diferente manera dependiendo de la funcionalidad de cada una, además, es importante que no interfiera la luz del exterior para su correcta funcionalidad. Con colores determinados, conexiones eléctricas fuera del alcance de nuestros pacientes, acolchamiento de las paredes para evitar golpes y traumatismos, decoración para favorecer un entorno tranquilo... (42).

Estas estimulaciones gustativas, visuales, táctiles, olfativas, auditivas, comunicativas y de relajación producen una mejoría en la vida de las personas que padecen de demencia, reduciendo síntomas psicológicos y conductuales (42,43).

La actividad física es muy importante para la calidad de vida. Además, es beneficiosa para ámbitos cognitivos como la atención, memoria, equilibrio, capacidad verbal, coordinación y mantiene la función cardiocirculatoria, musculoesquelética...(42,44).

La interacción de los pacientes con demencia y mascotas, sobre todo de raza canina, se ha observado que supone un aumento de la autoestima y mejora el rendimiento cognitivo, motor y la calidad de vida. Este contacto proporciona numerosos cambios en las concentraciones de diferentes hormonas de nuestro organismo, aumentando niveles de oxitocina, b-endorfina, dopamina... y disminuyendo los valores del cortisol, hormona que se libera en situaciones de estrés. Por esto, la compañía de animales junto con nuestros pacientes supone una disminución de la ansiedad, del estrés mental... Aumentando el bienestar del paciente y el nivel de ánimo. No obstante, también puede tener efectos beneficiosos a nivel cardiovascular, provocando una reducción de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca...(45,46).

Otra técnica no farmacológica es la terapia de orientación a la realidad y reminiscencia, la cual se utiliza para mejorar la integración del paciente con su entorno. Esta técnica se basa en administrar al paciente de manera continua o a lo largo del día información rica en claves de orientación, así como el día que es, la hora en la que nos encontramos, el tiempo atmosférico que presenta ese mismo día... de esa manera favorecemos la comprensión con el medio. Esta técnica suele ser

ejecutada y administrada por las personas cuidadoras. La reminiscencia es también conocida como la terapia del recuerdo, consiste en ofrecer al paciente recuerdos consolidados con ayuda de fotografías, eventos visuales... para conseguir recuerdos de su propia bibliografía y sus experiencias pasadas. Con esto logramos que el paciente consiga un sentido de integridad y de coherencia con su propia vida (47,48).

### **1.8 Impacto social y económico**

La carga económica se puede dividir en dos costos, los directos, los cuales incluyen los recursos sanitarios a causa del tratamiento, detección, investigación, seguimiento... Y los costos indirectos, relacionados con pérdidas de productividad en la vida diaria del paciente, así como bajas laborales producidas por las limitaciones que supone la progresión de estas enfermedades en los cuidadores informales. Normalmente los costos indirectos son superiores a los costos directos (49,50).

Los costos directos se dividen en gastos sanitarios directos, asociados al tratamiento, los cuales incluyen visitas al médico, departamento de emergencias, ingresos hospitalarios, atención a largo plazo o centro de enfermería especializada y medicamentos, transporte en ambulancia en caso de emergencia... Mientras que los gastos no sanitarios directos son los que incluyen cuidados profesionales y cuidados no profesionales del paciente (49,50).

Según la OMS *“En 2015, el costo social total de la demencia a nivel mundial se estimó en US\$ 818 000 millones. Esta cuantía equivale al 1,1% del producto interior bruto (PIB) mundial. El costo total expresado como proporción del PIB varía entre el 0,2% correspondiente a los países de ingresos bajos y medianos, y el 1,4% correspondiente a los países de ingresos altos”* (3).

Se estima que para el año 2030 los costes globales de la demencia podrían llegar a alcanzar los US \$ 2 billones de dólares (51).

### **1.9 Impacto en las familias y cuidadores**

La demencia es una enfermedad con un efecto abrumador en las familias y en las personas que brindan los cuidados pertinentes al paciente. Estas están sometidas a una situación continuamente estresante. A medida que la enfermedad va avanzando

y los síntomas conductuales, físicos y psicológicos son más notorios, el impacto en el cuidador es mayor (3,52).

Se ve afectada la salud y la calidad de vida del cuidador y sus familiares, surgiendo presiones físicas, emocionales y económicas, que suponen estrés y agotamiento en el cuidador informal. Por lo que es preciso que reciban un apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros...(3,52).

En la mayoría de los casos, la persona que proporciona los cuidados necesarios a las personas con demencias son sus familiares, estos son conocidos como cuidadores informales, los cuales se encargan de realizar el cuidado no profesional a los pacientes con una situación de dependencia. Los cuidadores informales son susceptibles a precisar de atención enfermera (53,54).

Las tareas que desempeña el cuidador informal van siendo modificadas a lo largo que va avanzando la enfermedad. Al principio, las tareas realizadas se centran más en la vigilancia y el control de su familiar, a medida que la enfermedad va avanzando y el deterioro cognitivo va progresando, el cuidador informal tiene que prestar mayores servicios, llegando a intervenir en las ABVD del enfermo (53,54).

Este aumento en el tiempo dedicado a los cuidados de pacientes con demencia, pueden generar un síndrome de sobrecarga en el cuidador informal, el cual ocasiona consecuencias negativas en el cuidador.

Es característico de este síndrome, un cuadro plurisintomático, en el que genera alteraciones física, emocionales, socioeconómicos, llegando a afectar en las relaciones sociales con un aislamiento social, alteraciones en el comportamiento, sobrecarga de actividades, abandono de empleo... (55,56) Todas estas repercusiones suponen una frustración y colapso en el cuidador que conlleva a dicha sobrecarga.

### **1.10 Justificación**

No solo la importancia de esta enfermedad se debe centrar en el problema de salud del paciente que presenta demencia, sino también en el cuidador y la familia. Ya que son numerosos los cambios que se presentan a nivel social, psicológico, físico y la calidad de vida de estos, ya que deben de soportar importantes cargas de trabajo. Para tratar esta enfermedad es conveniente atender al binomio paciente-cuidador (54,57).

Las familias son la fuente más importante a la hora de prestar ayuda y cuidados, aproximadamente el 85 % de los pacientes que presentan demencia son cuidados por sus familias, tanto en España como en el resto del mundo (54).

Para garantizar una mejora en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias es necesario centrarse en la preocupación de la salud del cuidador de manera prioritaria, ya que esto beneficiará tanto al paciente como al cuidador o los cuidadores (58).

Por estos motivos, este trabajo tiene como propósito conocer el impacto que genera la demencia en el cuidador informal e identificar que estrategias a nivel enfermero pueden disminuir la gravedad de la sobrecarga.

### **1.11 Pregunta PICO**

P (paciente): cuidador informal del paciente con demencia.

I (intervención): intervención no farmacológica.

C (comparación): no intervención.

O (resultado): disminución de la sobrecarga del cuidador informal.

En el cuidador informal de pacientes con demencia, ¿la intervención enfermera reduce la gravedad de la sobrecarga del cuidado?

### **1.12 Objetivos**

#### Objetivo principal:

- Determinar la eficacia de las intervenciones no farmacológica en el cuidador informal para disminuir las consecuencias físicas y psicológicas del cuidado.

#### Objetivos específicos:

- Describir las diferentes intervenciones de enfermería que existen para la reducción del síndrome de sobrecarga del cuidador.
- Identificar la influencia y las estrategias de cuidados empleadas hacia el cuidador informal durante la pandemia por COVID-19.

## **2. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1 Estilo y diseño**

El diseño el cual ha sido elegido para la elaboración de este trabajo fue una revisión bibliográfica de metodología sistematizada. Se realizó mediante una búsqueda minuciosa de artículos encontrados en las diferentes bases de datos.

### **2.2 Bases de datos consultadas:**

- Medline, usando el gestor bibliográfico Pub-Med
- CINAHL Complete
- Cochrane Library
- Scielo

### **2.3 Criterios de selección**

Estos fueron los diferentes criterios de inclusión y de exclusión para obtener los objetivos establecidos:

- Criterios de inclusión:
  - Intervalo de publicación de los últimos cinco años.
  - Estudios cuya metodología utilizada hubiese sido ensayo clínico.
  - Idiomas: inglés, español y portugués.
  - Contenido fundamental del artículo se centrará en la demencia y cuidadores informales.
  
- Criterios de exclusión:
  - Aquellos que no superen la escala metodológica CASPe.
  - Literatura Gris

### **2.4 Palabras claves**

Para este trabajo, se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencia de la Salud (DeCs) y los Medical Subject Heading (MeSH).

**Tabla 2.** Términos MeSH y DeCs. Fuente: Elaboración propia.

<b>DeCs</b>	<b>MeSH</b>
Demencia	Dementia
Cuidadores	Caregivers
Enfermería geriátrica	Geriatric Nursing
Atención de enfermería	Nursing care
Enfermería	Nursing
Enfermeras y Enfermeros	Nurses
Terapéutica	Therapeutics
Agotamiento psicológico	Caregiver burden
Depresión	Depression
Agotamiento psicológico	Burnout, Psychological
COVID-19	COVID-19
SARS-CoV-2	SARS-CoV-2

Encabezamientos empleados en la base de datos de CINHALL Complete:

- Dementia/TH
- Caregiver support
- Nursing interventions
- COVID-19 Pandemic
- Intervention
- Caregiver attitudes

Términos libres:

- Caregiver Burnout

## **2.5 Estrategia de búsqueda**

A continuación, se explicará de manera más minuciosa las bases de datos empleadas, con las diferentes estrategias de búsqueda, número de artículos obtenidos y número de artículos seleccionados de cada base de datos utilizada tras la aplicación de los criterios inclusivos y exclusivos citados anteriormente.

Para las búsquedas realizadas se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

Con respecto al objetivo principal del estudio, se llevaron a cabo las diferentes estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos:

### MEDLINE

Las búsquedas realizadas en esta base de datos estaban caracterizadas por el uso de términos MeSH.

- La primera estrategia de búsqueda empleada fue: (((Caregiver Burden[MeSH Terms]) AND (Caregivers[MeSH Terms])) AND (Therapeutics[MeSH Terms])) AND (Dementia[MeSH Terms]). Tras la cual se obtuvieron un total de 10 artículos. Una vez aplicados los diferentes filtros seleccionados como: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, cuyo idioma fuese inglés, español y portugués y hayan sido publicados en los últimos 5 años, se obtuvo 1 artículo, el cual no fue seleccionado tras su lectura, ya que no respondía al objetivo principal.
- (("Dementia"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND "Caregiver Burden"[Mesh] fue la siguiente búsqueda con la que se obtuvieron 52 artículos que, tras la utilización de los filtros, se obtuvieron 6 artículos, siendo tres descartados por no adecuarse al objetivo planteado.
- La siguiente búsqueda realizada fue: (("Depression"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh] donde se obtuvieron 823 artículos. Tras la aplicación de filtros como: tipo de publicación: Clinical Trial y Randomized Controlled Trial, últimos cinco años de fecha de publicación, idiomas: inglés, portugués y español, se encontraron 32 artículos, de los cuales se seleccionaron 6 artículos, siendo uno descartado por estar previamente seleccionado.

### CINAHL Complete

Las búsquedas en esta base de datos estuvieron realizadas mediante los encabezamientos de CINAHL.

- La primera búsqueda realizada fue: (MH "Caregivers") AND (MH "Caregiver Burden") AND (MH "Dementia/TH"), se obtuvieron 133 artículos. Tras la aplicación



de filtros como: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial y que hubiesen sido publicados en los últimos 5 años, con cuyo idioma fuese el inglés, se encontraron 2 artículos, de los cuales 1 ya había sido seleccionado y el otro no respondía al objetivo preestablecido.

- La segunda búsqueda empleada fue: (MM "Caregiver Burden") AND (MM "Dementia/TH"), ambos términos seleccionados como Major Concept. En un primer lugar, sin la aplicación de los filtros mencionados anteriormente, se obtuvieron 112 artículos, después de la aplicación de filtros: tipo de publicación y fecha de publicación, se encontraron 3 artículos, de los cuales 1 artículo ya había sido seleccionado y los demás no se adecuaban al objetivo.
- (MH "Dementia/TH") AND (MH "Caregiver Burden") AND (MH "Caregiver Support") fue la siguiente búsqueda realizada con la que se encontraron 56 artículos. Tras la aplicación de filtros como tipo de publicación y fecha de publicación, se encontró 1 artículo, el cual no fue seleccionado ya que no cumplía con el objetivo establecido.
- Por último, se realizó la siguiente búsqueda (MH "Dementia/TH") AND (MH "Caregiver Burden") AND (MH "Caregiver Attitudes"). Se encontraron 23 artículos, que tras la aplicación de filtros se obtuvo 1 artículo, el cual no fue seleccionado debido a que no cumplía el objetivo.

### COCHRANE LIBRARY

Las búsquedas llevadas a cabo en esta base de datos se realizaron mediante términos MeSH y términos libres.

- La primera búsqueda realizada en esta base de datos fue: MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [Therapeutics] Explode all trees, tras la cual se obtuvieron 4 artículos. Se seleccionó la opción de "Trials" y el filtro de fecha de publicación y se obtuvieron 3 artículos. Después de su lectura, no fue seleccionado ningún artículo, debido a que todavía estaban en vía de realización.

- La segunda búsqueda se realizó mediante los siguientes términos libres para intentar ampliar la búsqueda, quedando de la siguiente manera: Dementia AND Caregiver Burden AND Therapeutics obteniendo 113 artículos. Después de seleccionar la opción de “Trials”, resultaron 99 artículos. Se aplicó el filtro de la fecha de publicación y se obtuvieron 44 artículos. Tras una lectura del título y abstract se seleccionaron 2 artículos.

## SCIELO

En esta base de datos, las búsquedas se llevaron a cabo mediante términos DeCs y términos libres.

- La primera búsqueda realizada fue: (ti:(\*Demencia)) AND (ti:(Cuidadores)) AND (Terapéutica). En la que todos los términos iban con la opción de encontrarse en el título. Tras la cual, no se obtuvo ningún resultado.
- Se realizó la misma búsqueda (\*Demencia) AND (Cuidadores) AND (Terapéutica), pero cambiando la opción a “todos los índices”, tras la cual se obtuvieron 2 artículos que, después de la aplicación de fecha de publicación, permaneció 1 artículo, que fue eliminado ya que no se ajustaba al tipo de publicación preestablecido para este estudio.
- (\*Demencia) AND (Cuidadores)) AND (Agotamiento Psicológico), no se obtuvieron resultados.
- (Demencia) AND (Cuidadores) AND (Depresión) AND (Agotamiento psicológico) no se hallaron artículos.

Se plantearon dos objetivos específicos, uno de ellos centrándose en la intervención enfermera para disminuir la sobrecarga generada en el cuidador informal del paciente con demencia. Llevándose a cabo las siguientes estrategias de búsqueda para dar respuesta a este objetivo:

## MEDLINE

Esta base de datos estuvo caracterizada por el empleo de términos Mesh junto con el boleano AND.

- La primera búsqueda realizada para responder a este objetivo fue: (("Dementia"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh] tras una primera búsqueda se obtuvieron 304 artículos, de los cuales, después de la aplicación de los filtros: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, cuyo idioma fuese inglés, español y portugués y hayan sido publicados en los últimos 5 años, no se encontró ningún resultado.
- En la segunda búsqueda: (("Caregivers"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh] se obtuvieron 53 artículos, tras la aplicación de los filtros anteriormente citados, resultaron 2 artículos. No se seleccionó ningún artículo debido a que no daban respuesta al objetivo establecido.
- En la tercera búsqueda: (("Geriatric Nursing"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh] se obtuvieron 60 artículos, que, tras la aplicación de los filtros, no se alcanzó ningún resultado.
- (((("Nursing Care"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND ("Caregivers"[Mesh] OR "Caregiver Burden"[Mesh])); se obtuvieron 176 artículos. Tras la aplicación de los filtros, no se obtuvo ningún resultado.

## CINAHL Complete

Las búsquedas en esta base de datos se caracterizaron por el empleo de los encabezamientos propios de CINAHL.

- La primera búsqueda: (MH "Dementia") AND (MM "Nursing Interventions") AND (MH "Caregivers"), en la cual "Nursing Interventions" se seleccionó como Major Concept, se obtuvieron 9 artículos. Tras la aplicación de los filtros correspondientes: tipos de publicación: Clinical Trial y Randomized Controlled Trial y fecha de publicación: en los últimos 5 años, no se encontraron resultados. Pero

se hallaron 7 resultados basados en las palabras clave con el tipo de búsqueda SmartText, tras una lectura del título y del abstract de estos, no se seleccionó ningún artículo.

- Se realizó la búsqueda con los mismos encabezamientos, pero sin seleccionar un Major Concept: (MH "Nursing Interventions") AND (MH "Dementia") AND (MH "Caregiver Burden") se consiguieron 13 artículos, de los cuales tras la aplicación de los filtros previamente mencionados se obtuvieron 5 artículos, con la opción de búsqueda en SmartText. No se seleccionó ninguno ya que no respondían el objetivo establecido.
- Se optó por el uso del encabezamiento "Nurses" con la opción de Major Concept y el empleo de la opción Advanced Search. (MM "Nurses") AND (MH "Dementia") AND (MH "Caregivers"). Se obtuvieron 4 artículos. Tras la aplicación de los filtros previamente citados: tipo de publicación, fecha de publicación y que estuviesen en inglés, se obtuvieron 2 artículos basados en las palabras clave del tipo de búsqueda SmartText, los cuales no fueron seleccionados ya que no cumplían el objetivo predeterminado.
- Se realizó la siguiente búsqueda: (MM "Dementia+/TH") AND (MM "Nursing Interventions") AND (MM "Caregiver Burden"), todos los encabezamientos con la opción de Major Concept, se encontraron 7832 artículo, que, tras la aplicación del tipo de publicación, fecha de publicación y que se encontrase en inglés, se obtuvieron 197 artículos. Después de la lectura de título y abstract no se seleccionó ningún artículo, ya que no respondían a los objetivos del estudio.
- La siguiente búsqueda se seleccionó la opción Major Concept en los términos: "Dementia" "Nursing Interventions" "Caregivers Burden", quedando la búsqueda de la siguiente manera: (MM "Nursing Interventions") AND (MM "Dementia") AND (MM "Caregiver Burden") resultaron 6 artículos, que, tras la aplicación de filtros de tipo de publicación, fecha de publicación e idioma el inglés, ya que no había más opciones, no se obtuvieron resultados. Pero se encontraron 196 resultados basados en las palabras clave con el tipo de búsqueda SmartText, después de la lectura del título y abstract, no se seleccionó ningún artículo.

## COCHRANE LIBRARY

Se llevaron a cabo las estrategias de búsqueda mediante términos MeSH.

- La primera búsqueda realizada fue: MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Caregivers] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [Nursing] in all MeSH products AND [Nursing Care] explode all trees, tras la cual no se obtuvieron resultados.
- Se realizó la primera búsqueda en términos libres quedando: Dementia AND Caregiver AND Caregiver Burden AND Nursing AND Nursing Care, en la cual se obtuvieron 18 artículos, todos ellos "Trials", tras la aplicación del único filtro disponible, la fecha de publicación entre el periodo de 2017 al 2022, se obtuvieron 8 artículos. Después de una lectura del título y del abstract se seleccionó 1 artículo.
- La siguiente búsqueda fue: MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [Nursing] in all MeSH products AND [Nursing Care] explode all trees, con la cual no se obtuvieron resultados.
- Se realizó la siguiente búsqueda mediante términos libres: Dementia AND Caregiver Burnout AND Nursing AND Nursing Care, con la cual se encontraron 4 artículos en la opción "Trials". Tras la aplicación del filtro de fecha de publicación se obtuvo 1 artículo, que no fue seleccionado ya que no se ajustaba al objetivo establecido.
- MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Nursing] in all MeSH products AND [Caregivers] explode all trees AND [Nurses] explode all trees, tras la realización de la búsqueda no se encontraron artículos.
- Se realizó la anterior búsqueda en términos libres: Nursing AND Caregiver AND Dementia AND Nurse, con la que se obtuvieron 675 artículos. Tras la aplicación de la opción "Trial" se hallaron 660 artículos. Después de seleccionar el periodo de fecha de publicación comprendido entre 2017 y 2022 se obtuvieron 254 artículos que después de la lectura del título se seleccionaron 7 artículos, de los cuales 3

fueron eliminados debido a que no se pudieron obtener, 1 por estar previamente seleccionado y 1 por no ajustarse a los requisitos de búsqueda preestablecidos.

## SCIELO

Las siguientes búsquedas se realizaron mediante términos DeCS y términos libres.

- La primera búsqueda realizada fue: (\*Demencia) AND (Cuidadores) AND (Enfermería Geriátrica) con la opción “todos los índices” en todos los términos. Tras la cual se obtuvieron 9 artículos. Después de la aplicación de filtros, así como la fecha de publicación en los últimos 5 años, no se encontraron resultados.
- (Demencia) AND (Cuidadores) AND (Agotamiento psicológico) AND (Enfermería) no se hallaron resultados.
- (Demencia) AND (Cuidadores) AND (Enfermeras y Enfermeros) en la opción “todos los índices” se encontró 1 artículo, el cual fue eliminado debido a que no se ajustaba al tipo de publicación.
- ((\*Demencia) AND (Cuidadores)) AND (Agotamiento Psicológico) AND (Enfermeras y Enfermeros), no se obtuvieron resultados.
- Por último, se realizó la siguiente búsqueda: ((\*Demencia) AND (Cuidadores) AND (Atención de Enfermería)) AND (Enfermeras y Enfermeros) tras la cual se obtuvo 1 resultado, que no fue seleccionado ya que no se ajustaba el tipo de publicación.

El segundo objetivo específico trata de identificar la influencia y las estrategias de cuidados empleadas hacia el cuidador informal durante la pandemia por Covid-19, para ello se emplearon las siguientes estrategias de búsqueda:

## MEDLINE

En dicha base de datos se llevaron a cabo las estrategias de búsqueda mediante términos MeSH.

- La primera estrategia de búsqueda empleada fue: (("Dementia"[Mesh]) AND ("Caregivers"[Mesh] OR "Caregiver Burden"[Mesh])) AND ("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh] ). Tras la cual se obtuvieron un total de 112 artículos. Una vez aplicados los diferentes filtros seleccionados como: Clinical Study, Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, cuyo idioma sea inglés, español y portugués y hayan sido publicados en los últimos 5 años, se obtuvieron 6 artículos. De los cuales se seleccionaron 3 artículos después de su lectura.
- La segunda búsqueda realizada fue: (((("Dementia"[Mesh]) AND ("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh])) AND "Therapeutics"[Mesh]) AND "Caregiver Burden"[Mesh]), en la cual se obtuvo 1 resultado, que fue eliminado tras la aplicación de los filtros previamente citados.
- ((Dementia[MeSH Terms]) AND (COVID-19[MeSH Terms])) AND (Caregiver Burden[MeSH Terms]), se encontraron 2 artículos, los cuales tras la aplicación de filtros resultaron eliminados.

### CINAHL Complete

En esta base de datos las estrategias de búsquedas estaban caracterizadas por el empleo de encabezamientos y subencabezamientos junto con el boleano AND.

- La primera búsqueda realizada fue: (MM "Dementia") AND (MM "Caregivers") AND (MM "Caregiver Burden") AND (MM "COVID-19"), todos con la opción Major Concept, tras la cual se obtuvieron 23838 artículos en la opción SmartText. Después de la aplicación de filtros de tipo de publicación: Clinical Trial y Randomized Controlled Trial, fecha de publicación: 2017-2022, e idiomas: español, inglés y portugués, se encontraron 381 artículos. Tras una lectura del título y abstract no se seleccionó ningún artículo.
- La segunda búsqueda fue: (MH "Dementia+/TH") AND (MM "Caregivers") AND (MM "COVID-19 Pandemic") en la cual se obtuvo un 1 artículo. Después de la aplicación de los filtros citados anteriormente, se obtuvieron 120 artículos en la opción de búsqueda SmartText pero no se seleccionó ningún artículo ya que no respondían al objetivo establecido.

- (MM "Dementia+/TH") AND (MM "Caregiver Burden") AND (MM "COVID-19 Pandemic") fue la siguiente estrategia de búsqueda realiza con la que no se obtuvieron resultados, por lo que se realizó la búsqueda mediante la opción de SmartText en la que se obtuvieron 2284 artículos, después de la aplicación de tipo de publicación, fecha de publicación e idiomas previamente dichos, se encontraron 46 artículos, de los cuales no se seleccionó ninguno ya que no cumplían con el objetivo previamente establecido.

### COCHRANE LIBRARY

Las estrategias de búsquedas realizadas en esta base de datos se centran en la utilización de los diferentes términos MeSH junto con términos libres para conseguir ampliar la búsqueda.

- La primera búsqueda realizada fue: MeSH descriptor: [COVID-19] explode all trees AND [Caregivers] explode all trees AND [Caregiver burden] explode all trees AND [Dementia] explode all trees. Tras la cual no se obtuvieron resultados.
- Se realizó la siguiente búsqueda mediante términos libres: Covid-19 AND Dementia AND Caregiver AND Caregiver burden. En un primer lugar, 12 artículos fueron los resultantes, pero tras seleccionar la opción de "Trials" se obtuvieron 11 artículos. Después del filtro de fecha de publicación en los últimos cinco años, se obtuvieron 11 artículos. Llevando a cabo una lectura del título y abstract de los artículos se seleccionó 1 artículo.
- MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Caregivers] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [SARS-CoV-2] explode all trees, no se hallaron artículos.
- Se realizó la búsqueda anterior mediante términos libres: Dementia AND Caregiver AND Caregiver burden AND SARS-CoV-2, se obtuvo 1 artículo, el cual ya había sido seleccionado previamente.



## SCIELO

Esta base de datos se caracteriza por la utilización de términos DeCS.

- (Demencia) AND (Cuidadores) AND (COVID-19), fue la primera búsqueda realizada, mediante la opción de “todos los índices”. Se obtuvieron 6 artículos, que tras la aplicación de filtros como: fecha de publicación en el año 2021 y tipo de publicación: artículo. Se hallaron 3 artículos, de los cuales 1 fue eliminado por estar previamente seleccionado y 2 por no adecuarse al tipo de publicación.
- La siguiente búsqueda realizada fue: ((\*Demencia) AND (Cuidadores)) AND (Agotamiento Psicológico) AND (COVID-19) con la opción de “todos los índices”, tras la cual no se obtuvo ningún resultado.

A continuación, se presenta un resumen de los resultados obtenidos con la posterior aplicación de filtros y el total de artículos seleccionados en las diferentes bases de datos según las estrategias de búsquedas mencionadas.

**Tabla 3.** Resumen búsquedas. Fuente: Elaboración propia.

Base De Datos	Términos Empleados	Resultados Totales	Resultados Filtros	Artículos Escogidos
<b>M E D L</b>	((Caregiver Burden[MeSH Terms]) AND (Caregivers[MeSH Terms])) AND (Therapeutics[MeSH Terms]) AND (Dementia[MeSH Terms])	10	1	0
	("Dementia"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh] AND "Caregiver Burden"[Mesh])	52	6	3
	("Depression"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh] AND "Dementia"[Mesh]	823	32	5

<b>I N E</b>	((("Dementia"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh])	304	0	0
	((("Caregivers"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh])	53	2	0
	((("Geriatric Nursing"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND "Caregivers"[Mesh])	60	0	0
	((("Nursing Care"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]) AND "Dementia"[Mesh]) AND ("Caregivers"[Mesh] OR "Caregiver Burden"[Mesh] )	176	0	0
	((("Dementia"[Mesh]) AND ("Caregivers"[Mesh] OR "Caregiver Burden"[Mesh] )) AND ( "COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh] )	112	6	3
	((("Dementia"[Mesh]) AND ("COVID-19"[Mesh] OR "SARS-CoV-2"[Mesh] )) AND "Therapeutics"[Mesh]) AND "Caregiver Burden"[Mesh])	1	0	0
	((Dementia[MeSH Terms]) AND (COVID-19[MeSH Terms])) AND (Caregiver Burden[MeSH Terms])	2	0	0
<b>C I</b>	(MH "Caregivers") AND (MH "Caregiver Burden") AND (MH "Dementia/TH")	133	2	0
	(MM "Caregiver Burden") AND (MM "Dementia/TH"),	112	3	0
	(MH "Dementia/TH") AND (MH "Caregiver Burden") AND (MH "Caregiver Support")	56	1	0

<b>N</b> <b>A</b> <b>H</b> <b>L</b>	(MH "Dementia/TH") AND (MH "Caregiver Burden") AND (MH "Caregiver Attitudes")	23	1	0
	(MH "Dementia") AND (MM "Nursing Interventions") AND (MH "Caregivers")	9	7	0
	(MH "Nursing Interventions") AND (MH "Dementia") AND (MH "Caregiver Burden")	13	5	0
	(MM "Nurses") AND (MH "Dementia") AND (MH "Caregivers")	4	2	0
	(MM "Dementia+/TH") AND (MM "Nursing Interventions") AND (MM "Caregiver Burden")	7832	197	0
	(MM "Nursing Interventions") AND (MM "Dementia") AND (MM "Caregiver Burden")	6	196	0
	(MM "Dementia") AND (MM "Caregivers") AND (MM "Caregiver Burden") AND (MM "COVID-19")	23838	381	0
	(MH "Dementia+/TH") AND (MM "Caregivers") AND (MM "COVID-19 Pandemic")	1	120	0
	(MM "Dementia+/TH") AND (MM "Caregiver Burden") AND (MM "COVID-19 Pandemic")	2284	46	0
<b>C</b>	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [Therapeutics] Explode all trees	4	3	0
	"Dementia" AND Caregiver Burden AND "Therapeutics"	113	44	2
	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Caregivers] explode all	0	0	0

<b>O C H R A N E</b>	trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [Nursing] in all MeSH products AND [Nursing Care] explode all trees			
	"Dementia" AND "Caregiver" AND Caregiver Burden AND "Nursing" AND "Nursing Care"	18	8	1
	MeSH descriptor: [Dementia] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [Nursing] in all MeSH products AND [Nursing Care] explode all trees	0	0	0
	"Dementia" AND Caregiver Burnout AND "Nursing" AND "Nursing Care"	4	1	0
	[Dementia] explode all trees AND [Nursing] in all MeSH products AND [Caregivers] explode all trees AND [Nurses] explode all trees	0	0	0
	"Nursing AND "Caregiver AND "Dementia" AND "Nurse"	675	254	2
	MeSH descriptor: [COVID-19] explode all trees AND [Caregivers] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [Dementia] explode all trees	0	0	0
	COVID-19 AND "Dementia" AND "Caregiver" AND Caregiver Burden	12	11	1
	[Dementia] explode all trees AND [Caregivers] explode all trees AND [Caregiver Burden] explode all trees AND [SARS-CoV-2] explode all trees	0	0	0
	"Dementia" AND "Caregiver" AND Caregiver Burden AND SARS-CoV-2	1	0	0

S C I E N C I A	(ti:(*Demencia)) AND (ti:(Cuidadores)) AND (Terapéutica)	0	0	0
	(*Demencia) AND (Cuidadores) AND (Terapéutica)	2	1	0
	(*Demencia) AND (Cuidadores)) AND (Agotamiento Psicológico)	0	0	0
	(Demencia) AND (Cuidadores) AND (Depresión) AND (Agotamiento psicológico)	0	0	0
	(*Demencia) AND (Cuidadores) AND (Enfermería Geriátrica)	9	0	0
	(Demencia) AND (Cuidadores) AND (Agotamiento psicológico) AND (Enfermería)	0	0	0
	(Demencia) AND (Cuidadores) AND (Enfermeras y Enfermeros)	1	0	0
	((*Demencia) AND (Cuidadores)) AND (Agotamiento Psicológico) AND (Enfermeras y Enfermeros)	0	0	0
	((*Demencia) AND (Cuidadores) AND (Atención de Enfermería)) AND (Enfermeras y Enfermeros)	1	0	0
	(Demencia) AND (Cuidadores) AND (COVID-19)	6	3	0
	((*Demencia) AND (Cuidadores)) AND (Agotamiento Psicológico) AND (COVID-19)	0	0	0
	<b>TOTAL</b>			<b>17</b>

## 2.6 Calidad metodológica

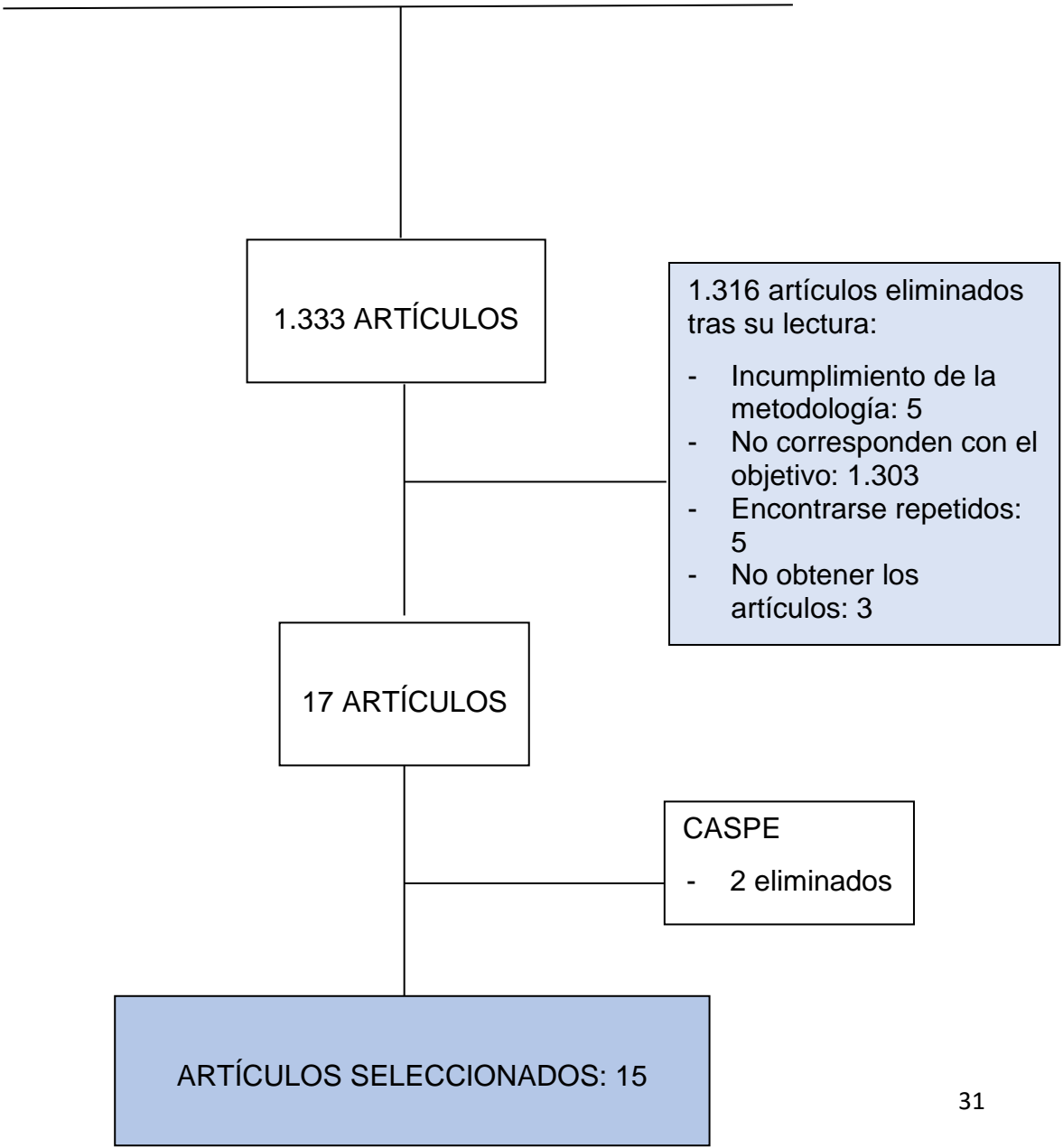
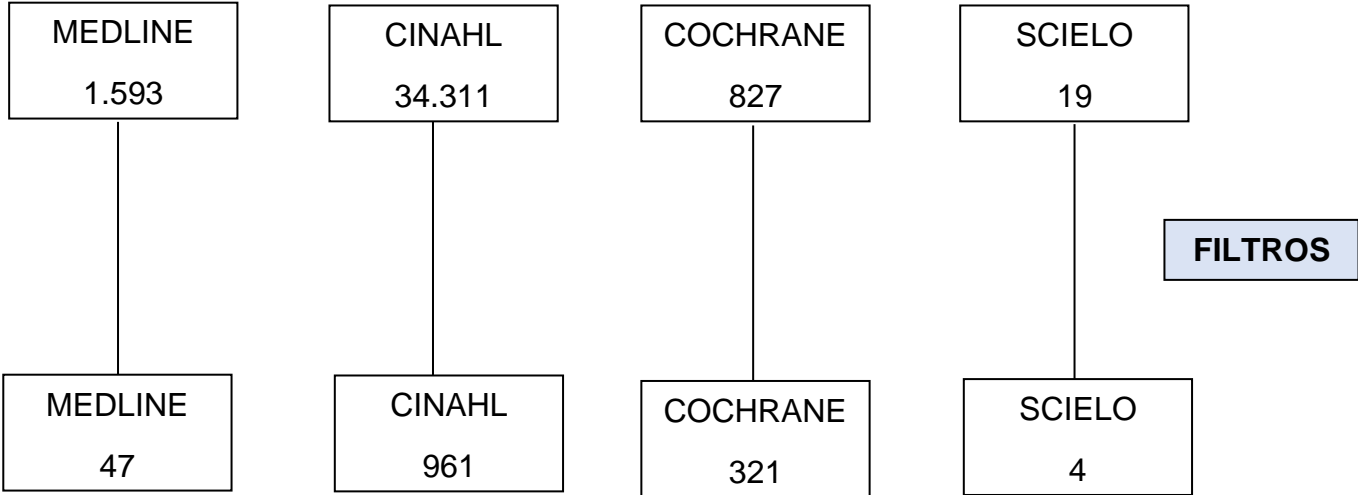
Se llevó a cabo una evaluación de la calidad y validez metodológica de los artículos seleccionado, para ello, se empleó la guía CASPe. Dicha guía consta de 3 preguntas de eliminación, solamente si la respuesta es “SÍ” en estas, merece la pena continuar con el resto de las preguntas a contestar. En total son 11 preguntas, 3 de eliminación y 8 preguntas detalladas, todas ellas se contestan con “SÍ”, “NO” “NO SE”.

A continuación, se reflejará la utilización de la guía CASPe en los artículos previamente seleccionados.

**Tabla 4.** Tabla guía CASPe. Fuente: Elaboración propia.

ART	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	SÍ/NO
1 (59)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
2 (60)	SÍ	SÍ	SÍ	NO SE	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
3 (61)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
4 (62)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
5 (63)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
6 (64)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
7 (65)	SÍ	SÍ	SÍ	NO SE	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
8 (66)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
9 (67)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
10 (68)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
11 (69)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
12 (70)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
13 (71)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
14 (72)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
15	SÍ	NO										NO
16		NO										NO
17 (73)	SÍ	SÍ	SÍ	NO SE	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

**Figura 1.** Recuento artículos. Fuente: elaboración propia.



### 3. RESULTADOS

Finalmente se seleccionaron 15 artículos de acuerdo con los criterios de inclusión citados anteriormente y tras la aplicación de la guía CASPe para dar respuesta a los objetivos.

En primer lugar, respecto a la eficacia de la intervención no farmacológica en el cuidador informal para disminuir las diferentes consecuencias físicas y psicológicas del cuidado se encontraron los siguientes resultados:

En el año 2017, Wilz et al, evaluaron la eficacia de una terapia basada en una intervención cognitivo-conductual realizada por vía telefónica, para cuidadores informales de pacientes con demencia. 139 participantes formaron el grupo intervención y 134 el grupo control. Estos primeros recibieron 12 sesiones de terapia cognitivo-conductual llevadas a cabo por psicoterapeutas. Las sesiones constaban de 10 temas diferentes a tratar, que el psicólogo combina según las necesidades de cada paciente. Trataban de elementos básicos, problemas individuales, intervenciones de psicoeducación, fortalecimiento de habilidades, importancia del autocuidado, manejo del estrés... Por último, el psicólogo junto con el cuidador informal debatían sobre los cambios y metas alcanzados durante la terapia. Los síntomas depresivos fueron medidos mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. El bienestar emocional fue evaluado mediante la Escala Analógica Visual que va de 0 (mal humor) a 100 (buen humor) y los síntomas de salud física fueron evaluados por la Gießen Body Complaints List. Además, el afrontamiento de la carga mediante la versión alemana de BEHAVE-AD. Tras la realización del estudio, 12 meses después (T2), se observó que los participantes del grupo intervención obtuvieron una puntuación media en la Escala Analógica de Estudios de 55,61(DE 23,72) y los participantes del grupo control una puntuación de 48,98 (DE 24,09), existiendo diferencias significativas entre ambos con una ( $p=0,007$ ). Respecto a los síntomas depresivos, después de la intervención, a los 6 meses (T1) se observó una disminución en el grupo intervención con una puntuación media de 18,94(DE 9,61) y en el control una puntuación de 20,92(DE 9,16), con diferencias significativas entre ambas con una ( $p=0,043$ ). A los 12 meses (T2), no se observaron diferencias entre ambos grupos ( $p=0,943$ ). Respecto a la carga del cuidado, tanto en T1 ( $p= 0,607$ )



como en T2 ( $p=0,650$ ), no se observaron variaciones significativas en ambos grupos (59).

Cheng et al, en este mismo año, publicaron un estudio cuyo objetivo era evaluar la efectividad de un programa de reevaluación cognitiva para la disminución de los síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador en pacientes con demencia. Existían tres opciones posibles de tratamiento. Uno de ellos era la psicoeducación simplificada (SIM-PE) el cual recibía el mismo contenido que psicoeducación estándar (STD-PE), con diferencia de que este último presentaba tareas prácticas. El tercer grupo presentado fue el de búsqueda de beneficios (BF), el cual recibió contenido, tareas prácticas y ejercicios de reevaluación positiva. Esta reevaluación consistió en crear historias hipotéticas de cuidadores describiendo dificultades encontradas en las AVD y como disminuirlas. Los síntomas depresivos fueron evaluados mediante la clasificación de depresión de Hamilton de 17 ítems. La carga del cuidador fue medida por la entrevista de Zarit Burden de 22 ítems, el bienestar psicológico por la Escala de Bienestar Psicológico. Después de las intervenciones, se observaron los siguientes resultados: respecto a los síntomas depresivos, medidos con la escala de depresión de Hamilton, el grupo SIM-PE mostró una puntuación media de 3,500(DE 3,511), el grupo STD-PE 3,686(DE 3,069), el grupo BF 1,973(DE 3,060). Sobre la carga del cuidador, a través del cuestionario Zarit, el grupo SIM-PE obtuvo una puntuación de 28,544(DE 17,493), el grupo STD-PE 31,236(DE 14,923), el grupo BF 27,826(DE 15,547). En relación con el bienestar psicológico, SIM-PE mostró una puntuación de 68,460(DE 10,161), STD-PE 68,644(DE 8,135), mientras que el grupo BF 68,141(DE 8,561). Además, la intervención de búsqueda de beneficios se evaluó contra la intervención de psicoeducación estándar y posteriormente contra la psicoeducación simplificada. Posteriormente, se observó que los componentes de la intervención de búsqueda de beneficios presentaban menos síntomas depresivos, después del tratamiento en comparación con la psicoeducación estándar ( $D= - 0,46$ ) y la psicoeducación simplificada ( $D= - 0,50$ ). Además, este mismo grupo presentaba menor sobrecarga frente a los participantes de la psicoeducación estándar (60).

En 2018, Wawrziczny et al, realizaron un estudio con un total de 102 participantes, los cuales componían 51 el grupo control, que recibiría un apoyo habitual en el que se reuniría con una enfermera u otro profesional en su centro para obtener información ya fuese por vía telefónica o presencial, y 51 el grupo experimental. La intervención

consistía en recibir terapia acerca de la aceptación de la enfermedad y compromiso con los cuidados del enfermo. Esa terapia era impartida por 7 terapeutas con experiencia en gerontología. El grupo experimental recibió 7 sesiones domiciliarias semanales de aproximadamente una hora y media, cada sesión trataba temas diferentes, e incluía la evaluación y reducción de los sentimientos de agotamiento en el cuidador, conseguir identificar redes de apoyo, manejo de dificultades encontradas, rol del cuidador..., todo ello adaptado individualmente a las necesidades del cuidador. Además, en estas sesiones se desarrollaban cuadernos de trabajo para fomentar la participación y optimizar el efecto de la intervención. El grupo control recibió la intervención habitual que no contemplaba la individualización del tratamiento. Esta intervención tuvo una duración de 10 semanas. Finalmente, se obtuvo que la percepción de los problemas con las actividades instrumentales de la vida diaria de los cuidadores de personas con demencia, evaluada mediante la escala de Lawton y Brody, aumentó significativamente en el grupo control, ya que al inicio de la intervención presentaba 12,69 (DE 2,86) mientras que después de la intervención 13,44 (DE 2,52) ( $p = 0.00$ ), mientras que el grupo experimental, previo a la prueba, 11,70 (DE 3,05) y posterior a la intervención 11,88 (DE 3,47) ( $p = 0.52$ ) por lo que no se mostraron cambios significativos. Además, la angustia psicológica generada en el cuidador informal fue medida mediante el Índice de malestar psicológico de 14 ítems, mediante una versión adaptada del Índice de síntomas psiquiátricos, se encontró un aumento significativo en el grupo control, pasando de 22,88 (DE 6,81) previo a la intervención a 25,02 (DE 7,99) ( $p = 0.00$ ), mientras el grupo experimental presentó 25,18 (DE 6,38) antes de la intervención y 23,78 (DE 6,62) ( $p = 0.10$ ) posterior a la intervención, por lo que no generó variaciones. Respecto a la estima de los cuidadores, en el grupo control se vio disminuida 26,51 (DE 5,42) ( $p = 0.00$ ), pero en el experimental 27,45 (DE 5,47) ( $p = 0.51$ ) no se observaron cambios significativos. El sentido de preparación, el cual es evaluado mediante la Escala de Preparación para el Cuidado que consta de 8 ítems, se vio favorecido en el grupo experimental, pasando de 27,92 (DE 6,50) a 31,06 (DE 6,17) con una  $p = 0,00$ . Respecto a la percepción de falta de apoyo familiar, el grupo control mostró 12,34 (DE 4,51) al inicio de la intervención y 13,27 (DE 4,88) con una  $p = 0,10$  posterior a la intervención, por lo que no se demostraron cambios significativos. El grupo experimental al inicio del estudio presentaba 13,57 (DE 3,94) y al final del estudio 12,96 (DE 4,43)  $p = 0,32$ , por lo que tampoco mostró diferencias significativas. Para la autoeficacia, evaluada mediante la

Escala de autoeficacia de 15 ítems, en el grupo control se observó al inicio de la intervención 51,86 (DE 9,77) y posterior a la intervención 50,00 (DE 12,46)  $p=0,34$  y en el grupo experimental, 50,96 (DE 9,17) y 51,47 (DE 8,26)  $p= 0,58$  respectivamente, por lo que no se observaron cambios significativos. La depresión, fue medida mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, con 14 ítems. Se encontró que en el grupo control, al inicio del estudio mostraba 5,90 (DE 3,89) y posterior al estudio 6,00 (DE 3,79)  $p= 0,82$ , mientras que el grupo experimental 5,14 (DE 3,12) y 5,32 (DE 3,34)  $p= 0,56$  respectivamente, por lo que no se demostraron diferencias significativas en ambos grupos (61).

En este mismo año, Luchsinger et al, realizaron un estudio que comparaba dos intervenciones para cuidadores informales, la comparación se realizó entre la Intervención de Cuidadores de la Universidad de Nueva York (NYUCI) y los Recursos para Mejorar la Salud de los Cuidadores con una adaptación de Ofrecimiento de Tratamiento Útil menos intensivo (REACH-OUT), para determinar la eficacia en la disminución de síntomas depresivos y carga del cuidador durante 6 meses en un total de 221 cuidadores hispanos de Nueva York. NYUCI realizó 2 sesiones individuales y 4 con familiares o amigos del cuidador, las necesidades de estos guiaban el contenido de la sesión, que duraban 1 hora o 1 hora y media. Esta intervención recomendaba acudir a un grupo de apoyo emocional y educacional. Además, contaba con disponibilidad continua de un asesor para abordar diferentes situaciones. Respecto a REACH-OUT el cuidador realizaba planes de acción para resolver problemas y compartía las habilidades de esta técnica con el resto de los miembros de las familias. Pero a diferencia de NYUCI no requiere la participación de los familiares o amigos. Se centra en 6 habilidades específicas: educación sobre la demencia, cuidado y estrés, ayudar a mantenerse saludable, mantener el hogar seguro para la persona que padece de demencia, mantener el bienestar emocional con técnicas de relajación, manejar el comportamiento y mejorar el apoyo social. En los hallazgos observados se mostró una disminución en la carga, medida mediante la Escala de Carga del Cuidador de Zarit, hallando una disminución para REACH-OUT (5.2 puntos (95% intervalo de confianza (CI)=2.2–8.1,  $p=0.001$ ) y en NYUCI (4.6 puntos, (95% CI=1.7–7.5,  $p=0.002$ ), esta disminución se encontró sobre todo en cuidadores mayores de 58 años y en cónyuges. No obstante, no se encontraron cambios significativos en la Escala de Depresión Geriátrica respecto a los síntomas depresivos (62).

En 2019, Yoo et al, realizaron un estudio para determinar la eficacia de la intervención terapéutica para cuidadores de personas con demencia (I-CARE). Esta intervención fue desarrollada por dos neurólogos y dos neuropsicólogos; y los resultados finales fueron revisados por un psicólogo experimentado. La primera sesión de la intervención facilitó información básica sobre la demencia, la segunda pretendió minimizar los pensamientos negativos a través de comprender los comportamientos de los pacientes, la tercera sesión se centró en el estrés que presentaban los cuidadores. La cuarta sesión facilitó actividades diarias con las que poder compensar los problemas que presentaban los pacientes con lo que respecta a la memoria. Para ello, se facilitó información sobre 3 métodos para entrenar la memoria: para la toma de fármacos, en la que se enseñó al cuidador a animar al paciente a tomarlos por sí solo y conseguir marcarlo en un calendario. El segundo método fue para el manejo de pertenencias, con el objetivo de disminuir el delirio de robo cuando el paciente no sea capaz de recordar el sitio en el que ha dejado sus pertenencias. El tercer método trataba de conseguir administrar el horario para paliar el olvido de fechas. El estudio se realizó a 38 participantes asignados al azar, el grupo tratamiento constaba de 19 participantes y el grupo control de 19. No se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos al inicio del estudio. La carga fue evaluada mediante la versión coreana de la Zarit Burden, mientras que la depresión se midió con la Escala de Depresión Geriátrica. En el grupo tratamiento se observó una mejora significativa en la sobrecarga, siendo sus valores al inicio del estudio de (38,7 DE 15,0) y después de la intervención de 32,5 (DE 14,4)  $p < 0,05$ , y en síntomas depresivos, al inicio de la intervención fueron de 13,5 (DE 6,0) y al final 11,4 (DE 6,1) con diferencias significativas con una  $p < 0,05$  en comparación con el grupo control (63).

En este mismo año, Terracciano et al, evaluaron la eficacia de una intervención psicoeducativa basada en herramientas para cuidadores en comparación con la atención habitual. La intervención fue impartida por líderes certificados en esta técnica, que consistía en la implantación de 6 clases, cuyos temas principales eran: cuidar de usted, identificar y reducir el estrés personal, comunicar sentimientos, necesidades e inquietudes, comunicarse en situaciones desafiantes, aprender de nuestras emociones y dominar las decisiones de cuidado. El grupo experimental fue evaluado en tres ocasiones: Periodo 1: 1 semana antes del inicio de la intervención, periodo 2: 1 semana después de que finalizara la intervención y periodo 3: 6 meses

después de la finalización. En el caso del grupo control, se dividió en otras 3 evaluaciones: Periodo 1: cuando firmaron el consentimiento, periodo 2: 6 semanas después de la primera evaluación y periodo 3: 1 semana después de finalizar la intervención. Estas evaluaciones fueron llevadas cara a cara o mediante un cuestionario de autoinforme. Tras este estudio, se observó en el grupo experimental al inicio de la intervención valores de 51,78 (14,03) mientras que 41,51 (15,15) al final de la intervención, lo que supuso una disminución en la sobrecarga del cuidador, la cual fue evaluada mediante la Escala de Carga del Cuidador de Zarit. Respecto a los síntomas depresivos, fueron evaluados mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, siendo los valores en el grupo experimental de 11,72 (DE 5,15) y al final del estudio 9,11 (DE 4,70), lo que supuso cambios significativos. Se observó un aumento en la autoeficacia del cuidador, siendo en el grupo experimental al inicio del estudio de 69,88 (DE 13,64) y al final 82,71 (DE 14,76). Durante el periodo 2 y 3, el grupo control participó en clases de herramientas para los cuidadores y se observó un aumento en la autoeficacia del cuidador, siendo sus valores: 73,09 (DE 15,06) y 80,00 (DE 16,55) respectivamente. Evaluadas mediante medidas de un único ítem y el Inventario Neuropsiquiátrico de 12 ítems. Además, expresado mediante proporciones de cuidadores que mejoraron o empeoraron durante el periodo 1 y 2, se halló que el 50% del grupo experimental mostró mejoras en la carga, síntomas depresivos y autoeficacia y un 14 % o menos, empeoró en estos tres resultados (64).

En el año 2020, Cheng et al, realizaron un estudio para examinar los efectos que producían la búsqueda de beneficios sobre los síntomas depresivos, la sobrecarga, el bienestar psicológico y aspectos positivos a los cuidadores de personas con demencia a largo plazo. Existían tres brazos diferentes de tratamiento. Uno de ellos era la psicoeducación simplificada (SIM-PE) el cual recibía el mismo contenido que psicoeducación estándar (STD-PE), con diferencia de que este último realizaba tareas prácticas. El tercer grupo presentado fue búsqueda de beneficios (BF), el cual recibió contenido, tareas prácticas y ejercicios de reevaluación positiva. Todos los brazos del estudio consistieron en cuatro sesiones quincenales de aproximadamente tres horas de duración cada una. Los síntomas depresivos fueron evaluados mediante la versión china de la escala de la depresión de Hamilton, la carga global fue medida por la versión china de la Entrevista de Carga de Zarit, mientras que para el bienestar

psicológico se empleó la versión china de Escala de Bienestar psicológico, la versión corta de 18 ítems. Respecto a los síntomas depresivos, se mostraron diferencias significativas entre los grupos BFT y SIM-PE en T3 (seguimiento a los 4 meses),  $M_{diff}$  (Media diferencial) =  $-3.03$  [95% CI:  $-4.81, -1.25$ ]  $p < 0,001$  y en T4 (seguimiento a los 10 meses):  $4$  ( $M_{diff} = -1.58$  [95% CI  $-3.12, -0.05$ ]  $p < 0,039$ ). Para el grupo STD-PE mostró cambios significativos en T3:  $t$  ( $M_{diff} = -2.39$  [95% CI  $-4.04, -0.74$ ]  $p = 0,004$  y en T4: ( $M_{diff} = -1.10$  [95% CI  $-2.63, 0.42$ ]  $p = 0.148$ , por lo que en este último periodo no fueron significativas. Respecto a la sobrecarga, el bienestar psicológico no se encontraron evidencias significativas (65).

En este mismo año, Diechter et al, realizaron un estudio sobre la intervención Talking Time, que trata de un conjunto de recursos sociales que proporcionan personas no profesionales mediante vía telefónica. Las mediciones se llevaron a cabo en dos puntos, T0: en la línea de base y T1: 3 meses después. La muestra total fue de 38 participantes. La intervención constaba de 4 componentes: el componente 1 se trataba de una charla telefónica junto con los grupos de apoyo previo al inicio de la intervención, esta tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente. El componente 2, un folleto informativo, el cual resumía la información sobre los temas a tratar, así como autocuidado, acceso a asistencia y apoyo, comunicación con familiares y amigos... El componente 3 trataba de que cada participante recibiera 6 sesiones telefónicas de grupo de apoyo con una duración de aproximadamente una hora durante tres meses, repartidas una cada dos semanas. El moderador era un psicólogo con experiencia en cuidadores informales. Después de impartir la temática se realizaba una discusión sobre los temas tratados. Por último, el componente 4, era la evaluación mediante un formulario de cada sesión de grupo de apoyo. Con este se conseguía que los cuidadores reflexionaran individualmente sobre la información. Respecto al grupo control, no recibió ninguna intervención relacionada con Talking Time. Este artículo demostró una diferencia positiva respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, entre el periodo 0 y 1 de una puntuación de 3,3 (CI 95% - 0,9- 7,6) en el grupo experimental en comparación con el control, que mostró una puntuación de -2,4 (CI 95% -7,3 – 2,4) esta fue medida mediante el resumen del componente mental. Respecto a los efectos para la calidad de vida relacionada con la salud física autoevaluada 0,12 CI-95% ( $-1,98 - 2,21$ ), el apoyo social 0,43, CI-95% ( $-1,67 - 2,52$ ), apoyo familiar - 0,31, CI-95%: ( $-2,41 - 1,79$ ), calidad de vida

relacionada con la salud  $-0.46$ , CI 95%:  $(-2.55 - 1.63)$  y las reacciones del cuidado, no se encontraron hallazgos significativos (66).

Kin Kor et al, realizaron un estudio en 2021, en el que el grupo intervención formado por 56 participantes, recibía una terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) con el fin de prevenir la depresión. Recibieron un total de 7 sesiones de aproximadamente dos horas cada una durante 10 semanas, estas trataban sobre el estrés, comprender los sentimientos, sensaciones difíciles relacionadas con el cuidado... El grupo control, formado por 57 participantes, recibió educación breve sobre la demencia junto con una atención habitual. Se hicieron 3 evaluaciones en diferentes periodos de tiempo, denominadas T0: al inicio, T1: después de la intervención y T2: seguimiento de 6 meses. Los resultados encontrados en el grupo intervención fueron que entre T1 y T2 disminuyó el estrés en los cuidadores (T1:  $\beta -5.27$  [95% CI,  $-9.74$  to  $0.79$ ,  $p = 0.02$ , Cohen's  $d = 0.4$ ]; T2:  $\beta -4.64$  [95% CI,  $-8.88$  to  $-0.39$ ,  $p = 0.03$ , Cohen's  $d = 0.7$ ]), el estrés fue evaluado mediante la versión china validada de la Escala de Estrés percibido. Sin embargo, no se encontraron mejoras significativas en la carga y calidad de vida (67).

En este mismo año, Seike et al, realizaron un estudio sobre la eficacia de una intervención psicoeducativa de componentes múltiples en grupos con el objetivo de disminuir la depresión y aumentar las evaluaciones de los cuidadores de personas con demencia. Para ello, la muestra total fue de 54 participantes, que fueron aleatorizados formando un grupo intervención el cual recibiría la intervención psicoeducativa y un grupo control, que no recibirían dicha intervención. El programa de psicoeducación de componentes múltiples en grupos que recibió el grupo intervención se centró en la teoría de aprendizaje de adultos, teoría del estrés, evaluación y afrontamiento y la teoría conductual. Además, se incluyó información sobre diferentes aspectos sobre la demencia. No obstante, el grupo control, recibió folletos sobre información de los servicios sociales y los centros médicos para la demencia. La depresión, fue evaluada mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. La sobrecarga del cuidador fue medida por la versión japonesa de la Zarit Caregiver Burden Interview. El grupo intervención, al inicio del estudio mostró unos valores en los síntomas depresivos de: 20.6 (DE 7.1) y a las 12 semanas 13.4 (DE 6.1), con una  $p < 0,001$  Mientras que el grupo control 19.3 (DE 10.4) a 24,6 (DE 7.9)

respectivamente, por lo que se encontraron diferencias significativas. Respecto a la sobrecarga del cuidador, no encontraron diferencias significativas (68).

Con respecto la intervención enfermera para reducir el síndrome de sobrecarga del cuidador se hallaron los siguientes resultados:

Thyrian et al, en 2017 publicaron un artículo sobre la efectividad de la atención primaria respecto al cuidador informal, la carga de este y otros aspectos. La intervención de este estudio suponía la participación de 6 enfermeras cualificadas en aspectos de la demencia, acompañada de un sistema de gestión de intervenciones para conseguir evaluar aquellas necesidades que presentan los pacientes y sus cuidadores de manera individual. Las enfermeras realizaron una lista de tareas de intervención individual, que posteriormente se exponía en una conferencia interdisciplinar. Posteriormente, esta lista de tareas se le expuso al médico de cabecera en forma de una carta de información, que junto con la enfermera establecerían un plan de tratamiento individual. Durante los primeros 6 meses, la enfermera se encargaba de realizar las tareas de intervención junto con el cuidador y resto de profesionales. Los siguientes 6 meses, supervisó su finalización. Los participantes se dividieron en el grupo de intervención y en el grupo de atención habitual. 407 participantes recibieron el tratamiento, suponiendo un 71,5%, mientras que 116 participantes recibieron una atención habitual, 28,5%. La sobrecarga del cuidador fue medida mediante el Inventario de Berlín de la Carga de los Cuidadores con Pacientes con Demencia. Se observó una disminución significativa en la carga del cuidado en el grupo intervención ( $b^* = -0.50$ ; 95% CI,  $-1.09$  a  $0.08$ ;  $p = 0.05$ ). Además, después de 12 meses, no se encontraron cambios significativos sobre la calidad de vida: ( $b = 0.02$ ; 95% CI,  $-0.09$  a  $0.05$ ;  $p = 0.26$ ) (69).

En 2019, Yugin et al, estudio el efecto de una intervención conductual cognitiva dirigida por enfermeras sobre los síntomas depresivos y las estrategias de afrontamiento para los cuidadores de personas con demencia. Para ello se seleccionó una muestra final de 112 cuidadores de personas con demencia de una ciudad del sureste de China. Posteriormente, se dividieron en proporción 1:1, suponiendo 56 participantes en el grupo intervención y 56 en el control. Finalmente, la muestra se redujo a 82 participantes, 47 grupo intervención y 35 grupo control, que completaron las tres



evaluaciones. El grupo intervención recibió una intervención cognitiva conductual dividida en cinco sesiones de manera individual mensuales, de forma presencial, con enfermeras intervencionistas, durante 60 minutos. Después de cada una de estas sesiones se realizaron consultas telefónicas de 20-30 minutos. El grupo control, recibió 5 conversaciones mensuales por parte de enfermera intervencionistas a principio de mes, tanto en los hogares como durante las visitas médica presenciales o telefónicas. Estas conversaciones se realizaban de manera informal, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos sobre la vida diaria y la salud. Las enfermeras intervencionistas no daban instrucciones detalladas. Los síntomas depresivos fueron evaluados mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, en el caso del afrontamiento se empleó la Escala de Afrontamiento de 20 elementos. Tras este estudio, no se obtuvieron diferencias significativas entre las características de ambos grupos. No obstante, se encontró que existía una reducción significativa de los síntomas depresivos entre los grupos ( $p < 0,001$ ), siendo en el grupo intervención al inicio de la intervención de: 13,9 (DE 3,5) y al final del estudio de 10,2 (DE 3,0) y en el grupo control de: 13,2 (DE 3,1) y 12,1 (DE 5,0) respectivamente. Además, en el afrontamiento activo, se observó también una diferencia significativa ( $p = 0,002$ ) a lo largo del tiempo. Siendo los valores en el grupo intervención al inicio del estudio de: 1,2 (DE 0,4) y de 1,5 (DE 0,5) al final. En el grupo control fueron de: 1,2 (DE 0,4) y 1,2 (DE 0,4) respectivamente. Asimismo, no se demostró una interacción significativa entre el afrontamiento pasivo y los grupos, ya que se observó una  $p > 0,05$ . El grupo intervención presentó 1,4 (DE 0,4) al principio y 1,1 (DE 0,4) al final de la intervención, mientras que el grupo control: 1,4 (DE 0,4) y 1,1 (DE 0,4) (70).

Lu et al, en 2021, publicaron un estudio sobre los efectos que generaba el seguimiento de enfermería familiar en el estado emocional de los pacientes con demencia y sus cuidadores informales. Para ello, se obtuvo una muestra con 90 pacientes con demencia, que fueron divididos en dos grupos, el A que recibió enfermería familiar y el grupo B que además de esta enfermería, recibió enfermería de seguimiento familiar durante 6 meses. Ambos grupos recibieron enfermería de rutina durante sus hospitalizaciones, los pacientes del grupo A recibieron llamadas telefónicas semanales durante un año. El grupo B realizaron seguimiento familiar y recibieron visitas los 3 días posteriores al alta. Además, recibían visitas a domicilio cada dos semanas y llamadas telefónicas cada semana, contaban con consultas las 24 horas

del días y visitas domiciliarias en aquellos casos que era imprescindible. Respecto a los cuidadores, recibieron actividades de manera grupal en las que podían notificar aquellas dificultades que presentaran relacionadas con la enfermería. Algunas de ellas fueron: mejorar el entorno de vida de los pacientes, así como rediseñando escaleras y haciendo más aptos para vivir, realizaron entrenamientos de rehabilitación, entrenamiento en afasia y disfagia en pacientes, seguimiento médico... Tras esto, se valoró la carga del cuidador mediante la escala Zarit, antes de la intervención no había diferencias significativas entre el grupo A y B, después de la intervención el grupo A presentó una puntuación de 34,30 (DE4,19) y el grupo B: 31,64(DE 3,69), este último con ( $p=0,002$ ) por lo que presentaba diferencias significativas (71).

Con respecto a las estrategias de cuidados empleadas hacia el cuidador informal durante la pandemia por la COVID-19, se encontraron los siguientes resultados:

En 2021, Vislapuu et al, publicó un artículo de como la pandemia por COVID-19 había modificado al cuidado formal e informal, esto fue evaluado por The Resource Utilization in Dementia. Esta medida evalúa la frecuencia y el número de horas que el cuidador informal emplea en el cuidado de los últimos 30 días. Además, también cuantifica la frecuencia y el número de horas que el cuidador formal a implicado en los últimos 30 días, así como ayuda domiciliaria, enfermería domiciliaria, transporte... La muestra del estudio fue 105 díadas paciente-cuidador. La edad media de pacientes con demencia fue de 81,1 años y el 61% eran mujeres. Respecto a los cuidadores informales, la edad media fue de 65,5 años y el 65,7% eran mujeres. El 48,3% de estos, convivía con el paciente con demencia. El 56% de los cuidadores eran hijos y el 41,6% eran sus cónyuges. Este estudio dividió a los cuidadores informales en co-residentes, siendo la media de edad de 74,6 años y en cuidadores visitantes en los que la media de edad fue 58,3%, siendo en ambos notorio el predominio de mujeres cuidadoras. Las impresiones clínicas globales de cambio notificaron que la situación del cuidador empeoro para el 67,6% de los familiares desde antes de la pandemia hasta el confinamiento. No obstante, un 27,6% no notificaron cambios en su condición. Un total del 60% de los cuidadores informales manifestaron que las prestaciones de los servicios formales habían sido reducidas o no brindaron apoyo durante la pandemia. El número de horas prestado por los cuidadores formales se había reducido drásticamente, mostrando una reducción de 23,7 horas al mes a 3,6 horas al mes, la

prestación de atención domiciliarias también se vio disminuida en 4,2 horas al mes. Además, los centros de día fueron cerrados para todos los pacientes. No obstante, el cuidador informal incrementó los días en la realización de AVD y en supervisión en casi el doble. Al dividir los cuidadores informales en visitantes y co-residentes se mostró como ambos habían aumentado el cuidado informal en las AVD, siendo en estos primeros un aumento de 1,9 días, mientras que en los co-residentes, en aproximadamente 7 días por mes (72).

Rotondon et al, publicaron un artículo con el fin de dar apoyo telepsicológico a los cuidadores informales y evaluar que efecto produce esta intervención en la carga de estrés y calidad de vida durante la pandemia por COVID-19. El total de la muestra fue de 50 participantes, los cuales fueron divididos aleatoriamente en: el grupo centrado en el cuidador, donde recibían contacto telefónico psicológico con entrevista sobre las personas con demencia, además de evaluar el estado emocional, estrés y calidad de vida del cuidador o en el grupo centrado en el paciente, el cual recibía contactos telefónicos por parte de psicólogos, pero sin evaluación del estado de ánimo y estrés. Los resultados fueron medidos mediante el Inventario Neuropsiquiátrico, Entrevista sobre la carga de Zarit, Calidad de vida del cuidador, Escala de impacto de eventos y un cuestionario sobre el COVID-19. Desde el inicio de la intervención hasta la semana 28, respecto a la sobrecarga y la calidad de vida del cuidador, no se observaron cambios en el grupo centrado en el cuidador ( $p=0,108$ ), mientras que en el grupo centrado en el paciente empeoró significativamente ( $p < 0.01$ ). Todos los cuidadores del estudio apreciaron los contactos telefónicos y la oportunidad de hablar con un psicólogo. En el grupo de cuidadores la satisfacción fue de 8,9/10 y en el grupo de paciente de 8,4/10 (73).

#### 4. DISCUSIÓN:

A continuación, se muestran las diferencias respecto a las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo para disminuir las consecuencias físicas y psicológicas en el cuidador informal de pacientes con demencia.

En el año 2017, Cheng et al, publicaron un estudio cuyo objetivo era evaluar la efectividad de un programa de reevaluación cognitiva para la disminución de los síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador en pacientes con demencia. Existían tres opciones posibles de tratamiento. Una incluía tan sólo contenido teórico (SIM-PE), otra contenido teórico y práctico (STD-PE), y la última opción contempla las anteriores y también un sistema de reevaluación (BF). Tras el estudio, se observó una disminución significativa en los síntomas depresivos en la intervención de búsqueda de beneficios frente a la psicoeducación simplificada y estándar. Además, en este mismo grupo también se halló una disminución significativa de la sobrecarga del cuidador frente a los participantes del grupo de psicoeducación estándar. (60)

Posteriormente, en el año 2020, Cheng et al, realizaron un estudio sobre los efectos de la intervención de BF a largo plazo frente a los grupos control: psicoeducación estándar y psicoeducación simplificada. Al finalizar el estudio, se observó que los participantes del grupo de búsquedas de beneficios presentaban una disminución en los síntomas depresivos. Además, en ambos grupos control, se hallaron disminuciones significativas en los síntomas depresivos a lo largo del tiempo. No obstante, frente a la sobrecarga y el bienestar psicológico no se encontraron resultados estadísticamente significativos. (65)

En esta misma dirección, Grano et al, en su estudio, determinaron si la autoeficacia se relacionaba con la carga del cuidado y la depresión. Finalmente, se observó que en el periodo uno, la carga influía significativamente en la depresión en el periodo tres, es decir, después de un año. Existe una relación entre la carga en T1 (al inicio del estudio) y los síntomas depresivos en T3 medida por la Autoeficacia para Controlar Pensamientos Molestos (74).

Waweziczny et al, realizó un estudio para determinar los efectos de una intervención sobre la angustia de los cuidadores de personas con demencia. El grupo experimental recibió una intervención que se basaba en sesiones domiciliarias semanales junto con psicólogos para tratar diferentes temas, con el objetivo de reducir sentimientos de

sobrecarga, agotamiento... Mientras el grupo control recibió un tratamiento habitual. Se observó un aumento en la angustia psicológica y dificultades a la hora de realizar las actividades instrumentales de la vida, en el grupo experimental no se observaron cambios significativos. En ambos grupos no se observaron cambios en el apoyo familiar, depresión, autoeficacia...(61) En esta misma línea, Aj Cruz et al, realizó un estudio en el que observó que brindar apoyo para mejorar la resiliencia psicológica y recursos para preservar factores intrínsecos, así como: determinación personal, aceptación de la evolución del deterioro del paciente, adaptarse al cambio, tener conciencia de sus propias limitaciones y la necesidad de descanso... y extrínsecos, así como: ausencia de factores estresantes adicionales, apoyo social, mantener una vida activa... tienen un impacto positivo en la calidad de vida del cuidador así como la capacidad de disminuir las sobrecarga del cuidado (75).

Luchsinger et al, realizaron un ensayo en el que los participantes fueron aleatorizados en dos grupos: el primero compuesto por la intervención de Cuidadores de la Universidad de Nueva York (NYUCI) y el segundo por los Recursos para Mejorar la Salud de los Cuidadores con una adaptación de Ofrecimiento de Tratamiento Útil menos intensivo (REACH-OUT). Ambos fueron comparados frente a sus características iniciales. Con ello, se observó una disminución significativa en la sobrecarga del cuidador. No obstante, no se hallaron diferencias significativas respecto a los síntomas depresivos (62). En el estudio realizado por Yoo et al, además de una disminución significativa de la sobrecarga, se observó una disminución en los síntomas depresivos. La intervención realizada fue mediante una terapia para los cuidadores de personas con demencia (I-CARE), la cual fue desarrollada por neurólogos, neurólogos, neuropsicólogos y psicólogos (63). Siguiendo la misma dirección de estos dos artículos, González et al, en su revisión sistemática, coincidía en que los programas psicoeducativos son un recurso mediante el cual, a través de proporcionar información, apoyo emocional, entrenamiento en habilidades y diferentes estrategias para enfrentarse y manejar situaciones derivadas del cuidado del paciente, se consigue fortalecer la capacidad de los cuidadores para desempeñar el rol de cuidador y evitar las consecuencias negativas asociadas a este, así como reducir la sobrecarga del cuidador, los síntomas depresivos...(76)

En el estudio realizado por Wilz et al, se observó como a partir de una intervención cognitivo-conductual por vía telefónica se alcanzaron mejores resultados en el

bienestar emocional, en los síntomas depresivos y salud física (59) No obstante, Waller et al, realizaron una revisión acerca de la efectividad que presentan las intervenciones dirigidas a los cuidadores de personas con demencia por vía telefónica y ordenador. Se observaron efectos variados respecto a la carga y estrés percibido por el cuidador, de los doce estudios que informaron sobre este impacto utilizando el asesoramiento telefónico en psicoeducación, activación conductual o terapia cognitiva-conductual, únicamente 4 de 11 hallaron beneficios sobre la carga del cuidador y 6 de 12 beneficios relacionados con la depresión (77). Respecto a la intervención telefónica, Huang et al, desarrollaron que esta condición promovía la salud física y mental de los cuidados ya que se trata de una alternativa para aquellos que no presentan ciertos servicios locales. Además, en numerosas ocasiones, los cuidadores, a medida que avanza la enfermedad, puede que lleguen a aislarse o a presentar dificultades a la hora de buscar apoyo en intervenciones presenciales, por lo que la intervención telefónica supondría un avance para superar estas barreras (78).

Terracciano et al, evaluaron la eficacia de una intervención psicoeducativa en comparación con una atención habitual. Se impartieron 6 clases que trataban temas acerca del cuidado del propio cuidador, capacidad de identificar y reducir el estrés personal, expresar sentimientos, necesidades e inquietudes, comunicar situaciones desafiantes, aprender de las emociones generadas... Se observó que el 50% de los participantes del grupo experimental mostró mejoras en la sobrecarga, síntomas depresivos y autoeficacia. No obstante, un 14% o menos, mostró hallazgos menores (64). Además, Seike et al, realizaron un estudio con el fin de observar la eficacia que presentaba la psicoeducación grupal para reducir la depresión del cuidador de una persona con demencia. Para ello, dividió su muestra aleatoriamente en dos grupos, el grupo intervención, el cual recibiría dicha intervención y el grupo control que solamente recibía un folleto informativo. Tras el estudio se demostró una disminución significativa de la depresión presentada por los cuidadores informales (68). En esta misma línea, Parra-Vidales et al, realizaron una revisión sistemática en la que se observó que, tras la intervención psicoeducativa, todos los estudios seleccionados presentaban una mejoría significativa en el bienestar de los cuidadores, ansiedad y depresión. Además, se hallaron mejoras en el conocimiento acerca de la enfermedad y de la autonomía del cuidador (79).

Diechter et al, realizaron un estudio sobre la eficacia de la intervención Talking Time, con el fin de fortalecer y aumentar la calidad de vida relacionada con la salud psicológica y el apoyo social de los cuidadores de personas con enfermedad de demencia que viven en sus domicilios. Se observó una diferencia positiva en la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo experimental, en comparación con el grupo que recibió una intervención habitual. No obstante, los efectos para la calidad de vida relacionada con la salud física autoevaluada 0,43, CI-95% (-1.67 – 2.52), apoyo familiar – 0.31, CI-95%: (- 2.41 – 1.79), calidad de vida relacionada con la salud – 0.46, CI 95%: (- 2.55 – 1.63) y las reacciones del cuidado, no se encontraron hallazgos significativos (66). Con esta misma perspectiva, Graven et al, en su revisión sistemática acerca de las intervenciones de telesalud para cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas, en especial de cuidadores familiares de adultos mayores con demencia, observaron que el teléfono era el método más utilizado a la hora de proporcionar telesalud, presentando un efecto positivo en el cuidador (80).

Kin Kor et al, concluyó en sus resultados, que la intervención cognitiva basada en mindfulness reducía el estrés en los cuidadores informales, pero no observó mejoras significativas en la sobrecarga y la calidad de vida (67). Sin embargo, Cheng et al, establecen que el tamaño de efecto en la sobrecarga y calidad de vida son de pequeños a moderados. No obstante, los síntomas depresivos presentan un tamaño de efecto de moderado a grande (81). Además, Wong et al, realizaron un estudio acerca la eficacia de la intervención Mindfulness frente a la reducción de estrés en personas con enfermedades crónicas. La muestra tuvo un total de 141 participantes, de los cuales 70 recibieron una intervención basada en mindfulness y 71 constituyeron el grupo control, el cual recibió un folleto de autoayuda con promoción de la salud e información de apoyo. Se demostró que el grupo experimental presentaba una disminución significativa en los síntomas depresivos, tanto al finalizar la intervención como a los 3 meses de la intervención. Los síntomas depresivos fueron medidos mediante la Escala de Depresión del Centro Chino de Estudios Epidemiológicos. Además, los participantes del grupo experimental mostraron una mejora en los niveles de ansiedad inmediatamente después de la intervención en comparación con el grupo control. No obstante, a los 3 meses de la intervención esta diferencia no era estadísticamente significativa (82).

La intervención enfermera ha demostrado una disminución en los síntomas generados en el cuidador informal por el cuidado de pacientes con demencia.

En 2017, Thyrian et al, publicaron un estudio sobre la efectividad de la atención enfermera en el cuidador informal. Esta intervención consistió en la realización de una lista de tareas por parte de las enfermeras, la cual posteriormente se expuso al médico de cabecera, que junto con la enfermera establecieron un plan de tratamiento individualizado. Los primeros 6 meses, la enfermera realizaba las tareas junto con el cuidador, los siguientes 6 meses solo realizó la supervisión de estos. Como resultado, se obtuvo una disminución significativa en la sobrecarga del cuidado en el grupo intervención (69). En esta misma dirección, en la revisión llevada a cabo por Martínez et al, se observó que la intervención enfermera que más destaca para aliviar la sobrecarga multidimensional del cuidador y favorecer la calidad del cuidado, fue el desarrollo de estrategias de educación sanitaria. Las enfermeras pueden llevar a cabo técnicas de aprendizaje, ayudar a manejar el estrés, talleres para ayudar a que los cuidadores informales desarrollen adecuadamente los cuidados, así como técnicas de movilización, posición, comunicación... Además de proporcionar apoyo emocional. Todas estas intervenciones enfermeras consigues una reducción en la sobrecarga emocional y física de los cuidadores de personas con demencia (83).

Yugin et al, realizaron un estudio para determinar el efecto de una intervención conductual cognitiva hacia los cuidadores informales de personas con demencia, con el fin de disminuir los síntomas depresivos y conseguir establecer estrategias de afrontamiento. Se observó una interacción entre los síntomas depresivos y los grupos de ( $p < 0,001$ ), y entre el afrontamiento activo y los grupos de ( $p = 0,002$ ) a lo largo del tiempo. Además, no se demostró una interacción significativa entre el afrontamiento pasivo y los grupos ( $p > 0,05$ ) (70). No obstante, Huang et al, determinaron en su estudio que existen numerosas técnicas diseñadas para tratar y aliviar los efectos producidos en el cuidador informales de personas con demencia, una de ellas, los enfoques cognitivos-conductuales, los cuales son realizados por un profesional capacitado mediante la ampliación de información sobre la demencia y las diferentes etapas y características de esta enfermedad, comprender y manejar los problemas relacionados con el cuidado, estrategias para afrontar problemas de características emocionales, habilidades de comunicación... Con ello, se determinó que era un



método que aliviaba el estrés y conseguía disminuir la angustia y depresión generada de los cuidadores informales (78).

En el año 2021, Lu et al, evaluaron la intervención enfermera hacia los cuidadores informales, impartiendo actividades grupales en las cuales comunicaban aquellas dificultades que presentaban relacionadas con la enfermería, así como mejorar el entorno en el que viven los pacientes. Realizando entrenamientos de rehabilitación... Con esto, se demostró una disminución significativa en la carga del cuidador (71). En esta misma dirección, Mayor et al, realizaron un estudio en el que determinaba la eficacia de la intervención por parte de la enfermería dirigida a los cuidadores de personas con demencia. Se encontró que más del 50% de los cuidadores habían aumentado sus conocimientos en los diferentes ítems acerca de la enfermedad. Además, se demostró una mejora general en todos los cuidados. Respecto al cuidador, fue notoria una mayor seguridad a la hora de realizar los cuidados al paciente. Además, las estrategias de seguridad tuvieron un resultado positivo, así como mejorar el entorno retirando las alfombras, adaptando el aseo... Gracias a este apoyo y aumento del conocimiento que se les facilitó, la sobrecarga se vio disminuida (43%) (84). Del mismo modo, en la revisión realizada por Cuevas-Cancino et al, los estudios mostraron que la psicoeducación en enfermería era uno de los recursos más valiosos para las familias que cuidan de personas dependientes. Ya que, gracias a esta intervención, la enfermería puede realizar estrategias de promoción, prevención y cuidados de enfermería tanto al paciente como a los cuidadores informales del paciente dependiente (85).

También, es importante destacar, la asociación de un incremento de la sintomatología del cuidador informal con el cuidado del paciente con demencia durante la pandemia por la COVID-19.

Sobre como influyó la pandemia producida por el Covid-19, Vislapuu et al, demostró que un 67,7% de las familias habían notificado una situación del cuidador empeorada debido a la pandemia, un 27,6% no notificó cambios en su condición. Hasta un 60% de los cuidadores manifestaron una reducción en la prestación de los servicios formales o incluso una eliminación de ciertos apoyos durante el confinamiento. El número de horas prestado por los cuidadores formales se vio disminuido, mientras

que los cuidados impartidos por los cuidadores informales se vieron aumentado de manera significativa (72). Siguiendo esta misma dirección, Paplikar et al, en su revisión confirmaron que debido a las restricciones por la pandemia de Covid-19, muchos cuidadores informales debieron de aumentar la atención brindada, por lo que esto supuso un aumento en los niveles de depresión y ansiedad. Por lo tanto, se proporcionaron una serie de recomendaciones para mitigar estas consecuencias. Para ello, se intentó llegar a los cuidadores por plataformas móviles, foros de chat... con el objetivo de garantizar que las necesidades de los cuidadores fuesen conocidas por los profesionales de la salud. A través de estas medidas, los cuidadores podían obtener programas psicoeducativos, con el fin de reducir los niveles de depresión y sobrecarga generados (86). Además, según Borg et al, desde el inicio del confinamiento, un 73,1% de los cuidadores informales, los cuales solo algunos presentaban un vínculo familiar, habían informado un aumento en cuidados a las personas con demencia, un 43,8% llegaron a sentirse más aislados respecto al apoyo que brindaban (87). Además, siguiendo esta misma línea, Schmidt et al, encontraron que aproximadamente un 60% de los participantes del estudio presentaron cambios significativos en la rutina del cuidado, lo que generó mayores niveles de nervios, tristeza y alteraciones del sueño (88).

Rotondo et al, evaluaron el efecto de una intervención telepsicológica en los cuidadores informales, se observó un aumento del estrés con el tiempo y una disminución en la calidad de vida del grupo de pacientes (73). En esta misma línea, Huges et al, realizaron un estudio para evaluar el impacto de la COVID-19 en el bienestar y salud del cuidador informal de personas con demencia. Todos los estudios incluidos en esta revisión examinaron el impacto psicológico que generó en los cuidadores, siendo los más comunes: la ansiedad, sobrecarga y depresión. Uno de los estudios determinaba que más cuidadores informales experimentaron síntomas depresivos relacionados con el confinamiento en vez de por la cantidad de tiempo dedicado al cuidado, determinaron que esto podría ser debido a la falta de apoyo social. En este mismo estudio, se examinó que la pandemia tuvo un efecto psicológico negativo incluso en aquellos cuidadores mentalmente más fuertes. En un estudio adicional, se encontró un aumento de los síntomas de ansiedad, los cuales determinaron que no estaban relacionados con la gravedad del trastorno neurocognitivo del paciente, si no que se atribuyó a los cambios que se habían

generado en la rutina debido a la COVID-19. Sin embargo, otro estudio realizado en Argentina demostró que la sobrecarga se vio aumentada especialmente en aquellos cuidadores que brindaban una atención a pacientes con etapas avanzadas de la enfermedad (89).

#### **4.1 Limitaciones del estudio**

Unas de las limitaciones encontradas en este estudio fue la dificultad de encontrar artículos relacionados con la intervención enfermera para disminuir la sobrecarga en el cuidador informal.

Además, durante el periodo de pandemia por COVID-19 se ha visto limitada la realización de ensayos clínicos.

#### **4.2 Líneas futuras de investigación**

Se recomiendan futuras investigaciones acerca de las diferentes estrategias enfermeras para poder disminuir y paliar los síntomas del cuidador informal, ya que en la realidad son las principales protagonistas y tienen un papel muy importante, aunque no se hayan encontrado numerosos artículos.

## 5. CONCLUSIONES

En la actualidad, la demencia es una de las patologías que más discapacidad y dependencia producen, por lo que el cuidado de estos pacientes recae en su mayoría en sus familiares, los cuidadores informales. Esto supone un gran impacto, tanto a nivel psicológico como mental. Por lo que se considera fundamental las intervenciones no farmacológicas para disminuir dichos síntomas.

A continuación, se muestran las conclusiones alcanzadas tras la realización del trabajo:

- Existen diferentes terapias no farmacológicas que disminuyen los síntomas psicológicos generados por el cuidado del paciente con demencia. Las terapias que han resultado más eficaces con resultados significativos son: la terapia psicoeducativa, cognitivo-conductual, cognitiva basada en mindfulness, reevaluación cognitiva e intervención terapéutica y destaca su uso vía telefónica en varias ocasiones.
- Se ha demostrado que las intervenciones de educación enfermera encaminadas a aliviar los síntomas generados por el cuidado, supone un beneficio sobre los cuidadores informales, consiguiendo un mayor conocimiento sobre la enfermedad y disminuyendo síntomas depresivos y sobrecarga.
- Por último, en cuanto a la influencia de la pandemia por la COVID-19 se ha observado un aumento en el tiempo dedicado al cuidado, incluyendo la necesidad de interrumpir sus trabajos. La sobrecarga y estrés generados aumento drásticamente, mientras que, por el contrario, los recursos y atención sanitaria si vieron disminuidos. Respecto a las estrategias empleadas para disminuir dichos efectos, se observó que la vía telefónica tenía efectos positivos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. World Health Organization. 2021 [cited 2022 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud resumen. 2019 [cited 2022 Apr 12];282:35–50. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=64741596CD6A124C54C7C139D37D91B9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=64741596CD6A124C54C7C139D37D91B9?sequence=1)
3. OMS. Demencia [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 2022 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Fonte T, Llibre JJ, Hedman D. Prevalence and risk factors for dementia in people 80 years or older. Rev Cuba med [Internet]. 2021;12(3):1–12. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232021000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232021000300009&lng=es). Epub 15-Sep-2021
5. Instituto Nacional de Estadística. Dificultad para recordar o para concentrarse según sexo y grupo de edad. Población de 45 y más años. [Internet]. INE. 2017 [cited 2022 Apr 12]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/l0/&file=09001.px&L=0>
6. Frías-Torres CE, García-Pascual M, Solbes-Pina E, Jordi-Ferran T, Torrero-Capilla I R-, Vilarasau E et al. Infosa dem: programa dirigido a figuras cuidadoras de personas con demencia. Metas de Enfermería [Internet]. 2020 May;23(may):16–24. Available from: <https://enfermeria21.com/pagedoi.php?pid=MetasEnf.2019.23.1003081581&idarticulo=81581&idpublicacion=3>
7. Williams P. Cambios fisiológicos - ClinicalKey student. In: Enfermería geriátrica [Internet]. 7ª edición. 2020 [cited 2021 Dec 23]. p. 59–61. Available from: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.upsa.es/student/nursing/content/book/3-s2.0-B978849113799300003X#hl0001585>
8. Arriagada P. Neuropatología de las demencias neurodegenerativas. Rev Médica

- Clínica Las Condes [Internet]. 2016 May;27(3):297–308. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-neuropatologia-de-las-demencias-neurodegenerativas-S0716864016300311>
9. Pastrona, J; García de Casasola G. Demencias. In: Fisiopatología y patología general básicas para ciencias de la salud [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 23]. p. 372–6. Available from: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.upsa.es/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788480869461000672#hl0000163>
  10. Sagrario, M; Fortea, J; Villarejo, A; Sánchez R. Nuevos criterios diagnósticos de la Enfermedad de Alzheimer. Guías diagnósticas y Ter la Soc Española Neurol 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 12];302:26–34. Available from: [https://www.sen.es/pdf/guias/Guia\\_Demencias\\_2018.pdf](https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf)
  11. Sanchez M, Scharovsky D, Romano LM, Ayala M, Aleman A, Sottano E, et al. Incidence of early-onset dementia in Mar del Plata. Neurologia [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2022 Apr 12];30(2):77–82. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-incidencia-demencia-inicio-precoz-mar-S0213485313002491>
  12. Abellán, María Teresa; Agüe, L; Aguilar M et al. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanidad, Políitca Soc e Igual [Internet]. 2010 [cited 2022 Apr 12];508. Available from: <http://www.citeulike.org/group/13020/article/10124348>
  13. Tania D, Rodríguez T. Aspectos clínicos y terapéuticos contemporáneos de las demencias. Acad Nac Med [Internet]. 2018;(4):185–91. Available from: <https://anmperu.org.pe/sites/default/files/anales-2018/36-Aspectos-clinicos-y-terapeuticos-contemporaneos-de-las-demencias-185-191.pdf>
  14. Giné J. Enfermería psiquiátrica: trastornos mentales en la vejez - Enfermería psiquiátrica - ClinicalKey Student [Internet]. Vol. 373. 2016 [cited 2021 Dec 23]. 69–75 p. Available from: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.upsa.es/student/nursing/content/book/3-s2.0->

B9788490226810000085

15. Taset Y. Estrés psicológico en las cuidadoras familiares de ancianos con demencia vascular. *Rev Chil Neuropsicol.* 2017;12(2):1–7.
16. Moreno C, Mimenza A, Aguilar S, Alvarado P, Gutiérrez L, Juárez S, et al. Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. *Neurología* [Internet]. 2017;32(5):309–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.006>
17. Aragón, L; Román E. Alteraciones cognitivas en geriatría. In: *Envejecimiento y enfermería* [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 12]. p. 137–51. Available from: <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.upsa.es/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788445821176000086#hl0000121>
18. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 Apr 1 [cited 2022 Apr 13];139(9):1136–9. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ajp.139.9.1136>
19. Franco, M; Muñoz, JL; Parra E et al. Instrumentos de evaluación - ClinicalKey. In: *Psiquiatría geriátrica* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 13]. p. 100–26. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/3-s2.0-B978849113148900007X>
20. Central DC. Las fases de la demencia [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 5]. Available from: <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/las-fases-de-la-demencia/>
21. Custodio N, Becerra-Becerra Y, Alva-Diaz C, Montesinos R, Lira D, Herrera-Pérez E, et al. Validación y precisión de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una población de Lima. *CES Med* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 18];31(1):14–26. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052017000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052017000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
22. Ayuso L, Ballesteros A, Rojo A. Detection and diagnosis guidelines of dementia in general neurology consultations. *Med* [Internet]. 2019;12(74):4367–70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.015>

23. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1975 Nov 1 [cited 2022 Apr 13];12(3):189–98. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via%3Dihub>
  
24. Torres S, Mena B, González G, Zubieta A, Torres N, Acosta G, et al. Spanish-language screening scales: A critical review [Internet]. Vol. 37, *Neurologia*. Elsevier Doyma; 2022 [cited 2021 Dec 24]. p. 53–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531830094X?via%3Dihub>
  
25. Mini-mental state examination (mmse) para la detección de la demencia en personas de 65 años o mayores sin evaluación clínica en poblaciones de atención primaria y de la comunidad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2021 Dec 24];27(3):404–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864016300414>
  
26. Arevalo I, Smailagic N, Roquéi M, Ciapponi A, Sanchez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI) [Internet]. Vol. 2015, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 [cited 2022 Apr 13]. Available from: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
  
27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state." *J Psychiatr Res* [Internet]. 1975 Nov 1 [cited 2022 Apr 18];12(3):189–98. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0022395675900266>
  
28. Dahbour S, Hashim M, Alhyasat A, Salameh A, Qtaishat A, Braik R, et al. Mini-mental state examination (MMSE) scores in elderly Jordanian population. *Cereb Circ - Cogn Behav* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Dec 24];2(5):1–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666245021000131>
  
29. Van Der Putten JJMF, Hobart JC, Freeman JA, Thompson AJ. Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: Comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Functional Independence Measure. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 1999 [cited 2022 Apr 13];66(4):480–4.



Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1736299/>

30. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 1997 Mar [cited 2022 Apr 13];71(2):127–37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* [Internet]. 1963 Sep 21;185(12):914–9. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
32. Trigás, María; Ferreira, L; Mejide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin.* 2011;72(1):11–6.
33. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in Development of the Index of ADL1. *Gerontologist* [Internet]. 1970 Mar 1;10(1\_Part\_1):20–30. Available from: [https://doi.org/10.1093/geront/10.1\\_Part\\_1.20](https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20)
34. Bernaola I. Validation of the Barthel Index in the Spanish population. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 Dec 24];28(3):210–1. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2445147918300468>
35. López O. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. *Archivo Médico Internet.* 2015. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2015000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt#14](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2015000200003&script=sci_arttext&tlng=pt#14)
36. Fernández MJ, Hernández MA, Garrido A, González MJ. Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores. *Atención Primaria.* 2018 Nov 1;50:39–50.
37. Zúñiga T, Yescas P, Fricke I, González M, Ortega A, López M. Pharmacogenetic studies in Alzheimer disease. *Neurología* [Internet]. 2018 Jun 10 [cited 2021 Dec 23]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485318301567>
38. De Hoyos MC, Tapias E, Meseguer CM, Sánchez M, Otero A. Evolución del

- consumo de fármacos específicos para la demencia en la comunidad autónoma de Madrid durante el periodo 2002-2012. *Neurología* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2021 Dec 23];30(7):416–24. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485314000346>
39. Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia. MUSICOTERAPIA [Internet]. Musicoterapia. 2011. Available from: <http://feamt.es/que-es-la-musicoterapia/?cn-reloaded=1>
  40. Gómez M, Jiménez M, Rodríguez J, Flores A, Garrido EM, González M V. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología* [Internet]. 2017;32(4):253–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>
  41. Molina K, Méndez C, Fredes C, Toloza D. La terapia musical y sus implicaciones en la neurorrehabilitación en pacientes con ictus y con demencia. *Neurol Perspect* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Dec 21];1(1):66–81. Available from: [www.journals.elsevier.com/neurology-perspectives](http://www.journals.elsevier.com/neurology-perspectives)
  42. Ortega, E; , Moreno, Inmaculada; Moreno, Mercedes; Pereira, María Luisa; Bayona JD. Eficacia del tratamiento no farmacológico en las demencias. ASUNIVEP, editor. *Salud, Alimentación y Sexualidad en el Ciclo Vital*. 2017. 81–85 p.
  43. Aznar A, Vaca R, Martínez P, Villa E, Espluga S, Pozo A, et al. Estimulación multisensorial en centros residenciales: una terapia no farmacológica que mejora la conexión con el entorno. *Psicogeriatría* [Internet]. 2019;9(1):11–7. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Raul-Vaca-Bermejo/publication/321492520\\_Estimulacion\\_multisensorial\\_en\\_centros\\_residenciales\\_Una\\_terapia\\_no\\_farmacologica\\_que\\_mejora\\_la\\_conexion\\_con\\_el\\_entorno/links/5d9eff9d92851cce3c918cb6/Estimulacion-multisensorial](https://www.researchgate.net/profile/Raul-Vaca-Bermejo/publication/321492520_Estimulacion_multisensorial_en_centros_residenciales_Una_terapia_no_farmacologica_que_mejora_la_conexion_con_el_entorno/links/5d9eff9d92851cce3c918cb6/Estimulacion-multisensorial)
  44. Nascimento CMC, Varela S, Ayan C, Cancela JM. Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Andaluza Med del Deport* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2021 Dec 23];9(1):32–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888754615000581>
  45. Peluso S, De Rosa A, De Lucia N, Antenora A, Illario M, Esposito M, et al.

- Animal-Assisted Therapy in Elderly Patients: Evidence and Controversies in Dementia and Psychiatric Disorders and Future Perspectives in Other Neurological Diseases. *J Geriatr Psychiatry Neurol* [Internet]. 2018 May 15;31(3):149–57. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0891988718774634>
46. Gómez ME, Jiménez M, Rodríguez J, González B, González M, Garrido EM. Efectividad de la terapia asistida con animales en pacientes con demencias, una revisión sistemática. *Fisioterapia* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2021 Dec 23];39(6):242–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211563817300457>
  47. González KA. Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. *Psicogeriatría*. 2015;5(3):101–11.
  48. Espinosa R. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos del deterioro cognitivo y los síntomas neuropsiquiátricos. 2019;1–18.
  49. Prieto DC. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(Supl 1):58–60.
  50. Villarejo A, Eimil M, Llamas S, Llanero M, López de Silanes C, Prieto C. Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Dec 23];36(1):39–49. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
  51. El-Hayek YH, Wiley RE, Khoury CP, Daya RP, Ballard C, Evans AR, et al. Tip of the Iceberg: Assessing the Global Socioeconomic Costs of Alzheimer’s Disease and Related Dementias and Strategic Implications for Stakeholders. *J Alzheimer’s Dis* [Internet]. 2019 Jul 23 [cited 2022 Apr 13];70(2):323–41. Available from: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/JAD-190426>
  52. Garzón M, Pascual Y. Relación entre síntomas psicológicos-conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga percibida por sus cuidadores. *Rev Cubana Enferm*. 2018;34(2):277–84.
  53. Navarro, M; Jiménez, L; García, MC; De Perosanz, M; Blanco E. II. Revision.

- Der Reichs-Civilproce [Internet]. 2017 Dec 31;3(29):79–82. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783112379806-022/html>
54. Amador B, Guerra MD. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 Mar;31(2):154–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.006>
  55. Miranda KE, Aravena VJ. Burden, social support and self-care in informal caregivers. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2022 Apr 13];18(2):23–30. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  56. Tripodoro, Vilma; Veloso, Verónica; Llanos V. S OBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES EN. 2015 [cited 2022 Apr 20];307–30. Available from: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>
  57. Espín AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012 Sep;38(3):493–402.
  58. Pérez, M; Álvarez, T; Martínez, EJ; Valdivia, S; Borroto L. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzhéimer. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 25];19(1):38–50. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1608-89212017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212017000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  59. Wilz G, Reder M, Meichsner F, Soellner R. The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia. *Gerontologist* [Internet]. 2018 Mar 19 [cited 2022 Apr 15];58(2):e118–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29190357/>
  60. Cheng ST, Mak EPM, Fung HH, Kwok T, Lee DTF, Lam LCW. Benefit-finding and effect on caregiver depression: A double-blind randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2017 May 1;85(5):521–9.
  61. Wawrziczny E, Larochette C, Papo D, Constant E, Ducharme F, Kergoat MJ, et

- al. A Customized Intervention for Dementia Caregivers: A Quasi-Experimental Design. *J Aging Health*. 2019;31(7):1172–95.
62. Luchsinger JA, Burgio L, Mittelman M, Dunner I, Levine JA, Hoyos C, et al. Comparative effectiveness of 2 interventions for Hispanic caregivers of persons with dementia HHS Public Access. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(9):1708–15.
  63. Yoo R, Yeom J, Kim GH, Park HK, Kang Y, Hwang J, et al. A Multicenter, Randomized Clinical Trial to Assess the Efficacy of a Therapeutic Intervention Program for Caregivers of People with Dementia. *J Clin Neurol*. 2019;15(2):235.
  64. Terracciano A, Artese A, Yeh J, Edgerton L, Granville L, Aschwanden D, et al. Effectiveness of Powerful Tools for Caregivers on Caregiver Burden and on Care Recipient Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Randomized Controlled Trial HHS Public Access. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(8):1121–7.
  65. Cheng S-T, Mak EPM, Kwok T, Fung H, Lam LCW. Benefit-Finding Intervention Delivered Individually to Alzheimer Family Caregivers: Longer-Term Outcomes of a Randomized Double-Blind Controlled Trial. Martire L, editor. *Journals Gerontol Ser B [Internet]*. 2020 Oct 16 [cited 2022 Apr 6];75(9):1884–93. Available from: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/75/9/1884/5574004>
  66. Dichter MN, Albers B, Trutschel D, Ströbel AM, Seismann-Petersen S, Wermke K, et al. TALKING TIME: A pilot randomized controlled trial investigating social support for informal caregivers via the telephone. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2020 Dec 25 [cited 2022 Apr 6];20(1):788. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05523-9>
  67. Kor PPK, Liu JYW, Chien WT. Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: A pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2019 Oct 1 [cited 2022 Apr 6];98:107–17. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748919300616>
  68. Seike A, Sumigaki C, Takeuchi S, Hagihara J, Takeda A, Becker C, et al. Efficacy of group-based multi-component psycho-education for caregivers of people with

- dementia: A randomized controlled study. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Apr 15];21(7):561–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33949065/>
69. Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Eichler T, Michalowsky B, Dreier-Wolfgramm A, et al. Effectiveness and safety of dementia care management in primary care: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2022 Apr 6];74(10):996–1004. Available from: </pmc/articles/PMC5710469/>
  70. Pan Y, Chen R. The Effect of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Protocol on Depressive Symptoms and Coping Strategies of Dementia Caregivers. *J Nurs Res* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2022 Apr 6];27(6). Available from: [https://journals.lww.com/jnr-twna/Fulltext/2019/12000/The\\_Effect\\_of\\_a\\_Nurse\\_Led\\_Cognitive\\_Behavioral.7.aspx](https://journals.lww.com/jnr-twna/Fulltext/2019/12000/The_Effect_of_a_Nurse_Led_Cognitive_Behavioral.7.aspx)
  71. Lu W, Mao Q. The effects of family follow-up nursing on elderly cognitive impairment patients' Barthel index scores and mental statuses. *Am J Transl Res*. 2021;13(6):6702–9.
  72. Vislapuu M, Angeles RC, Berge LI, Kjerstad E, Gedde MH, Husebo BS. The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 Dec 22 [cited 2022 Apr 6];21(1):1003. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07041-8>
  73. Rotondo E, Galimberti D, Mercurio M, Giardinieri G, Forti S, Vimercati R, et al. Caregiver Tele-Assistance for Reduction of Emotional Distress During the COVID-19 Pandemic. Psychological Support to Caregivers of People with Dementia: The Italian Experience. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 Apr 21];85(3):1045–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34806608/>
  74. Gilliam CM, Steffen AM. The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2017 Mar [cited 2022 Apr 7];10(2):79–86. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860500310658>

75. Cross AJ, Garip G, Sheffield D. The psychosocial impact of caregiving in dementia and quality of life: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Psychol Heal* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 6];33(11):1321–42. Available from: <https://ehps.net/ehp/index.php/contents/article/view/3061>
76. Medina A, Martín E. Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*. 2018;29(1):22–8.
77. Waller A, Dilworth S, Mansfield E, Sanson-Fisher R. Computer and telephone delivered interventions to support caregivers of people with dementia: A systematic review of research output and quality. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017 Nov 16 [cited 2022 Apr 6];17(1):1–20. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0654-6>
78. Huang S-S. Depression among caregivers of patients with dementia: Associative factors and management approaches. *World J Psychiatry*. 2022 Jan 19;12(1):59–76.
79. Cooke DD, McNally L, Mulligan KT, Harrison MJG, Newman SP. Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: A systematic review. *Aging Ment Heal*. 2001;5(2):120–35.
80. Graven LJ, Glueckauf RL, Regal RA, Merbitz NK, Lustria MLA, James BA. Telehealth Interventions for Family Caregivers of Persons with Chronic Health Conditions: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Hu F, editor. *Int J Telemed Appl* [Internet]. 2021 May 21 [cited 2022 Apr 6];2021:1–45. Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/3518050>
81. Cheng S-T, Au A, Losada A, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019 Jul 6 [cited 2022 Apr 6];21(7):59. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
82. Hou RJ, Wong SYS, Yip BHK, Hung ATF, Lo HHM, Chan PHS, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family

- caregivers: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2013 Dec [cited 2022 Apr 6];83(1):45–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24281411/>
83. Martínez MN, Navascués LJ, Manzanares M. CG, Calleja MP, Tobar EB. Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. *Gerokomos*. 2021;29(2):565–88.
  84. Sotto Mayor M, Sequeira C, García B. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. *Gerokomos*. 2013 Sep;24(3):115–9.
  85. Cuevas JJ, Moreno NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Univ* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 Apr 6];14(3):207–18. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-psicoeducacion-intervencion-enfermeria-el-cuidado-S1665706317300453>
  86. Paplikar A, Rajagopalan J, Alladi S. Care for dementia patients and caregivers amid COVID-19 pandemic. *Cereb Circ - Cogn Behav* [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 6];3:1–9. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
  87. Borg C, Rouch I, Pongan E, Getenet JC, Bachelet R, Herrmann M, et al. Mental health of people with dementia during COVID-19 pandemic: What have we learned from the first wave? *J Alzheimer's Dis*. 2021;82(4):1531–41.
  88. Schmidt A, Ayoub MF, de Souza YLP, Guimarães ATB, Foss MP. COVID-19 pandemic and mental health of a sample of Brazilian caregivers of people with dementia. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2021 Dec 3 [cited 2022 Apr 18];15(4):448–57. Available from: <http://www.scielo.br/j/dn/a/c98L79gNWzwrFMprGqb4Fdr/?lang=en>
  89. Hughes MC, Liu Y, Baumbach A. Impact of COVID-19 on the Health and Well-being of Informal Caregivers of People with Dementia: A Rapid Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2021 Jan 31;7:1–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/23337214211020164>



## 7. ANEXOS

Anexo 1. Tabla 5. Artículos de los resultados. Fuente: elaboración propia.

TÍTULO	AUTOR Y AÑO	ESTUDIO	RESUMEN
The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia.	Gabriele Wilz, Maren Reder, Renate Soellner 2018	Randomized Controlled Trial	Este estudio se centró en evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual por teléfono. Para ello, se impartieron 12 sesiones llevadas a cabo por psicoterapeutas, en las que trataban temas básicos, problemas individuales, manejo del estrés, autocuidado... Tras el estudio, se observó una disminución en los síntomas depresivos, mientras que la sobrecarga no demostró variaciones significativas.
Benefit-Finding and Effect on Caregiver Depression: A Double-Blind Randomized Controlled Trial	Sheung-Tak Cheng and Emily P. M. Mak, Helene H. Fung, Timothy Kwok, Diana T. F. Lee, and Linda C. W. Lam. 2017	Ensayo controlado aleatorio doble ciego	Realizaron un estudio cuyo objetivo era evaluar la efectividad de un programa de reevaluación cognitiva para la disminución de los síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador en pacientes con demencia. Existían tres opciones posibles de tratamiento. Una incluía tan sólo contenido teórico, otro contenido práctico, y la última opción contempla las anteriores y también un sistema de

			reevaluación. Se obtuvo que la intervención de búsqueda de beneficios presentaba menores síntomas depresivo en comparación con la psicoeducación estándar y simplificada. Además, una menor carga del cuidador frente a la psicoeducación estándar.
A Customized Intervention for Dementia Caregivers: A Quasi-Experimental Design	Emilie Wawrziczny, Mpsy, Clotilde Larochette, Mpsy, David Papo, Emilie Constant, Mpsy, Francine Ducharme, Marie-Jeanne Kergoat, Florence Pasquier and Pascal Antoine, Mpsy. 2018	Diseño cuasi-experimental	Se realizó a 102 participantes, 51 en el grupo experimental, que recibía terapia de aceptación y compromiso y el grupo control formado por 51 participantes, que recibían un tratamiento habitual. Se halló que el grupo control presentaba mayores problemas en las actividades instrumentales de la vida diaria de los cuidadores, y la angustia del cuidador. Tanto en el grupo experimental como control no se obtuvieron cambios significativos en la percepción de falta de apoyo familiar, depresión, autoeficacia y salud autoevaluada.
Comparative Effectiveness of 2 Interventions for Hispanic Caregivers of	Jose A. Luchsinger, Louis Burgio, Mary Mittelman, Ilana Dunner, Jed A. Levine,	Ensayo pragmático aleatorizado	Se realizó una comparación entre una intervención de cuidadores de la universidad de Nueva York (NYUCI) frente a los recursos para mejorar la salud de los cuidadores con

<p>Persons with Dementia</p>	<p>Carolina Hoyos, Dante Tipiani, Yefrenia Henriquez, Jian Kong, MS, Stephanie Silver, Mildred Ramirez, and Jeanne A. Teresi. 2018</p>		<p>una adaptación de ofrecimiento de tratamiento útil menos intensivo (REACH-OUT). NYUCI realizó 2 sesiones individuales y 4 familiares, mientras que REACH-OUT realizaba planes de acción para resolver problemas y compartir habilidades que aprendan en esa intervención al resto de familiares. En los hallazgos encontrados, se observó una disminución en la carga en ambos grupos de intervención. Respecto a los síntomas depresivos, no se encontraron diferencias significativas.</p>
<p>A Multicenter, Randomized Clinical Trial to Assess the Efficacy of a Therapeutic Intervention Program for Caregivers of People with Dementia</p>	<p>Rayoung Yoo, Jiyoung Yeoma Geon Ha Kim, Hee Kyung Parka Yeonwook Kangb,c, Jihye Hwangd Seong Hye Choie , Hae Ri Naf Soo-Jin Chog , Kyung-Ho Yuc Do Hoon Kimh , Jae-Hong Leei Jee Hyang Jeong 2019</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Se realizó un estudio para determinar la eficacia de la intervención terapéutica para cuidadores de personas con demencia (I-CARE), desarrollada por dos neurólogos y dos neuropsicólogos. Las intervenciones trataban de información básica sobre la demencia, minimizar los pensamientos negativos, disminuir el estrés generado por el cuidado del paciente, actividades diarias para poder compensar problemas de los</p>

			pacientes relacionados con la memoria. Tras el estudio, se demostró una mejora significativa en la sobrecarga y síntomas depresivos.
Effectiveness of Powerful Tools for Caregivers on Caregiver Burden and on Care Recipient Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Randomized Controlled Trial	Antonio Terracciano, Ashley Artese, Jenie Yeh, LaVon Edgerton, Lisa Granville, Damaris Aschwanden, Martina Luchetti, Robert L. Glueckauf, Yannick Stephan, Angelina R. Sutin PhD, Paul Katz. 2019	Ensayo controlado aleatorio	Se comparó una intervención psicoeducativa con herramientas para cuidadores en comparación con la atención habitual. En el grupo experimental se impartieron clases de cuidar de usted, identificar y disminuir el estrés, comunicar sentimientos, necesidades... Tras el estudio, en el grupo experimental se observó una disminución en la sobrecarga, síntomas depresivos y un aumento en la autoeficacia del cuidador.
Benefit-Finding Intervention Delivered Individually to Alzheimer Family Caregivers: Longer-Term Outcomes of a Randomized	Sheung-Tak Cheng, Emily P. M. Mak, BSocSc, Timothy Kwok, Helene Fung, and Linda C. W. Lam. 2020	Ensayo controlado aleatorio doble ciego	Estudio cuyo objetivo era evaluar la efectividad de un programa de reevaluación cognitiva a largo plazo para la disminución de los síntomas depresivos y sobrecarga del cuidador en pacientes con demencia. Existían tres opciones posibles de tratamiento. Una incluía tan

<p>Double-Blind Controlled Trial</p>			<p>sólo contenido teórico, otro contenido práctico, y la última opción contempla las anteriores y también un sistema de reevaluación. En los grupos de psicoeducación simplificada y estándar, se observaron disminuciones significativas de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo. Respecto a la sobrecarga, el bienestar psicológico no se encontraron evidencias significativas.</p>
<p>TALKING TIME: A pilot randomized controlled trial investigating social support for informal caregivers via the telephone</p>	<p>Martin Nikolaus Dichter, Bernd Albers, Diana Trutschel, Armin Michael Ströbel, Swantje Seismann-Petersen, Katharina Wermke, Margareta Halek and Martin Berwig. 2020</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>Se realizó un estudio sobre Talking Time que trataba de un conjunto de recursos sociales que proporcionaban personas profesionales por vía telefónica. Se realizó sobre una muestra de 38 participantes. Se observó una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo experimental. No obstante, respecto a los efectos de la calidad de vida relacionada con la salud física autoevaluada, apoyo social y familiar, no se encontraron hallazgos significativos.</p>
<p>Effects of a Modified Mindfulness-Based Cognitive</p>	<p>Patrick Pui Kin Kor, Justina Y. W.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Se realizó un estudio en el que el grupo intervención estaba formado por 56 participantes, los cuales recibían una terapia</p>

<p>Therapy for Family Caregivers of People With Dementia: A Randomized Clinical Trial</p>	<p>Liu and Wai Tong Chien. 2021</p>		<p>cognitiva basada en mindfulness, para prevenir la depresión. El grupo control, formado por 57 participantes, recibió una educación breve sobre la demencia y recibió la atención habitual. Tras el estudio, se observó que el grupo intervención disminuyó el estrés. No obstante, no se encontraron mejoras significativas respecto a la carga y la calidad de vida.</p>
<p>Efficacy of group-based multi-component psycho-education for caregivers of people with dementia.</p>	<p>Aya Seike, Chieko Sumigaki, Sayaka Takeuchi, Junko Hagihara, Akinori Takeda, Carl Becker, Kenji Toba and Takashi Sakurai. 2021</p>	<p>A randomized controlled study</p>	<p>La finalidad del estudio fue determinar la eficacia de una intervención psicoeducativas en grupos. Esta intervención se centró en la teoría de aprendizaje en adultos, teoría de estrés, evaluación y afrontamiento y por último en la teoría conductual. Tras la intervención se observaron diferencias significativas en los síntomas depresivos, mientras que en la sobrecarga del cuidado no se observaron variaciones estadísticamente significativas.</p>
<p>Effectiveness and Safety of Dementia Care</p>	<p>Jochen René Thyrian; Johannes Hertel, Dipl-</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Se realizó un estudio sobre la atención primaria respecto al cuidador informal de personas con demencia. Esta</p>

<p>Management in Primary Care</p>	<p>Psych; Diana Wucherer, Dipl-Pharm; Tilly Eichler; Bernhard Michalowsky; Adina Dreier-Wolfgramm; Ina Zwingmann; Ingo Kilimann; Stefan Teipel; Wolfgang Hoffmann. 2017</p>		<p>intervención suponía la participación de 6 enfermeras que realizaban listas de tareas de intervención individual, que posteriormente se exponía a modo de conferencia. El médico de cabecera junto con la enfermera establecía un plan de tratamiento individual. Se observó una disminución en la carga del cuidado.</p>
<p>The Effect of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Protocol on Depressive Symptoms and Coping Strategies of Dementia Caregivers</p>	<p>Yuqin PAN and Ruyi CHEN 2019</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Realizó un estudio en el que el grupo experimental recibió una intervención cognitiva conductual basada en 5 sesiones de manera individual y presencia, realizado por enfermeras con una duración de 60 minutos. Además, después de estas sesiones recibieron consultas telefónicas. En cambio, el grupo control, recibió 5 sesiones mensuales, con una duración de 5 a 10 minutos, tratando la vida diaria y la salud. Tras este estudio, se observó, una diferencia significativa en los síntomas depresivos y el afrontamiento activo.</p>

<p>The effects of family follow-up nursing on elderly cognitive impairment patients' Barthel index scores and mental statuses</p>	<p>Wei Lu, Qinghua Mao 2021</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Este estudio se realizó a 90 participantes. El grupo control, recibió atención de enfermería familiar, mientras que el grupo intervención, además de esta, recibió un seguimiento familiar durante seis meses. Los cuidadores, recibieron actividades grupales con las que manifestaban sus dificultades. Tras este estudio, se observó una mejoría en la carga del cuidador.</p>
<p>The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study</p>	<p>Maarja Vislapuu, Renira C. Angeles, Line I. Berge, Egil Kjerstad, Marie H. Gedde and Bettina S. Husebo. 2021</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Mediante The Resource Utilization in Dementia, se midió como la pandemia por Covid-19 había modificado al cuidador formal e informal. Esta fue evaluada mediante la determinación de la frecuencia y el número de horas que el cuidador informal empleaba en el cuidado del paciente en los últimos 30 días. Se observó como los cuidados por cuidadores formales había disminuido, mientras que el cuidador informal había aumentado en casi el doble la realización de AVD y su supervisión.</p>



<p>Caregiver Tele-Assistance for Reduction of Emotional Distress During the COVID-19 Pandemic. Psychological Support to Caregivers of People with Dementia: The Italian Experience</p>	<p>Emanuela Rotondo, Daniela Galimbertia, Matteo Mercurioa, Giulia Giardiniera, Sara Fortia et al. 2022</p>	<p>Randomized Controlled Trial</p>	<p>Se evaluó la eficacia de una intervención de apoyo telepsicológico a los cuidadores informales de pacientes con demencia durante la pandemia. No se observaron variaciones en la sobrecarga y calidad de vida del cuidador en el grupo que recibió la intervención, mientras que el grupo control mostró un empeoramiento. Todos los participantes del estudio apreciaron el contacto telefónico con psicólogos.</p>
--	---	------------------------------------	---

A/ ¿SON VÁLIDOS LOS RESULTADOS DEL ENSAYO?

**Preguntas "de eliminación"**

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- Los resultados considerados.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿El seguimiento fue completo?</li> <li>- ¿Se interrumpió precozmente el estudio?</li> <li>- ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

## Preguntas de detalle

<b>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</b> <i>- Los pacientes.</i> <i>- Los clínicos.</i> <i>- El personal del estudio.</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<b>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzodel ensayo?</b> <i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO
<b>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO

B/ ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS?

<b>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</b> <i>¿Qué desenlaces se midieron?</i> <i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i>	
<b>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</b> <i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i>	

C/ ¿PUEDEN AYUDARNOS ESTOS RESULTADOS?

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p><i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?</b></p> <p><i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p><i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO</p>