



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

ISSN: 2174-0550

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Bustillo, M^a Luisa; Gómez-Gutiérrez, Mar; Guillén, Ana Isabel
Los Cuidadores Informales de Personas Mayores Dependientes: una
Revisión de las Intervenciones Psicológicas de los Últimos Diez Años
Clínica y Salud, vol. 29, núm. 2, 2018, pp. 89-100
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

DOI: <https://doi.org/10.5093/clysa2018a13>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180655873006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Los Cuidadores Informales de Personas Mayores Dependientes: una Revisión de las Intervenciones Psicológicas de los Últimos Diez Años

M^a Luisa Bustillo, Mar Gómez-Gutiérrez y Ana Isabel Guillén

Universidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 19 de enero de 2018
Aceptado el 21 de mayo de 2018

Palabras clave:
Cuidador informal
Intervenciones psicológicas
Personas mayores

RESUMEN

En las últimas décadas se han realizado diversas revisiones sistemáticas para conocer la eficacia de las intervenciones para cuidadores informales de personas mayores, centrándose mayoritariamente en revisar aspectos específicos (e.g., cuidadores de personas mayores con demencia). Por ello en este trabajo realizamos una revisión actualizada de intervenciones con cuidadores de mayores dependientes en general. Las intervenciones que se incluyen en este trabajo (33) han sido obtenidas de Psycodoc, Psyke, PsycArticles, PsycInfo y Medline. La mayoría de las intervenciones que se aplican son cognitivo-conductuales y obtienen resultados significativos. Principalmente trabajan variables emocionales y carga. El formato de aplicación de las intervenciones es predominantemente grupal, con una eficacia equiparable a las intervenciones individuales. Conviene seguir mejorando las limitaciones que presentan estas intervenciones, entre las que cabe destacar la necesidad de incorporar seguimientos que permitan conocer la estabilidad de los resultados tras la intervención.

Informal caregivers for dependent elderly people: A revision of psychological interventions over the last ten years

ABSTRACT

In recent decades, several systematic reviews have been carried out in order to know the efficacy of interventions for informal caregivers of dependent elderly, mainly focused on reviewing specific features (e.g., caregivers of elderly people with dementia). In this study, we conducted an updated review of interventions for informal caregivers of dependent elderly in general, using methodological restrictive inclusion criteria. Interventions included in this work (33) have been obtained from Psycodoc, Psyke, PsycArticles, PsycInfo, and Medline. The majority of interventions are cognitive-behavioral ones and achieve significant results. They mainly address emotional variables and burden. Interventions are predominantly applied in a group format and their efficacy is comparable to individual interventions. It is advisable to overcome the limitations of these interventions, especially including follow-up periods to know the stability of results after the intervention.

Según los datos oficiales del padrón municipal de habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2016), en España hay 8,657,705 personas mayores de 64 años, lo que representa un 18.6% de la población. Es innegable que la sociedad española está experimentando un envejecimiento de su población. Mientras que en 1997 el índice de envejecimiento era de 90.8%, actualmente este índice se sitúa en 118.4% (Instituto Nacional de Estadística, 2017). Además, ese proceso de envejecimiento se intensificará de forma rápida en los próximos años y se prevé el denominado “envejecimiento de la población

mayor”, es decir, un incremento de la población que supera los 80 años (IMSERSO, 2015).

Una de las implicaciones del envejecimiento poblacional es el aumento de las personas mayores dependientes. Según la Encuesta Nacional de Salud (Instituto Nacional de Estadística, 2011), un 46.5% de la población de 65 años o más tiene dependencia funcional para el cuidado personal, tareas domésticas y/o movilidad. De forma más específica, el número de personas con limitaciones de su capacidad funcional aumenta notablemente en los grupos de edad superiores: un 24.5% de las

Para citar este artículo: Bustillo, M^a L., Gómez-Gutiérrez, M. y Guillén, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29, 89-100. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a13>

Correspondencia: margomez@psi.ucm.es (M. Gómez Gutiérrez).

personas entre 65 y 69 años tienen dependencia funcional frente a un 84.9% de las personas de 85 años o más. Es decir, la edad y la dependencia están estrechamente relacionadas (IMSERSO, 2015).

En nuestro país, la principal respuesta a las situaciones de dependencia procede del sistema de apoyo informal (Sancho, Díaz y Castejón Barrio, 2007). Así, el 83% de la atención que reciben las personas mayores dependientes proviene de cuidadores informales (IMSERSO, 2005). El perfil más frecuente de cuidador informal es el de una mujer, con una edad media superior a 50 años, casada, que suele ser la hija o la cónyuge de la persona que precisa de cuidados (Instituto Nacional de Estadística, 2008).

El cuidado informal supone una fuente de estrés crónico que puede tener graves consecuencias sobre la salud física y mental (Bremer et al., 2015; Hiel et al., 2015; Pinquart y Sörensen, 2007; Vitaliano, Zhang y Scanlan, 2003). El meta-análisis de Pinquart y Sörensen (2007) muestra, por ejemplo, que los cuidadores informales presentan unos niveles significativamente mayores de ansiedad y depresión que los no cuidadores, así como un peor estado de salud física. El cuidado informal puede además generar un impacto negativo sobre diversas áreas vitales, como el trabajo (Trukeschitz, Schneider, Mühlmann y Ponocny, 2012), las relaciones sociales (IMSERSO, 2005) y el ocio (Dunn y Strain, 2001). Para abordar los efectos negativos derivados del cuidado informal, se han desarrollado diversos tipos de intervenciones dirigidas a esta población, enmarcadas en su mayoría en el modelo de estrés adaptado al cuidado (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990). Esas intervenciones pueden clasificarse en cinco grandes bloques (López y Crespo, 2007; Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight, 2007): a) intervenciones psicoeducativas, b) intervenciones psicoterapéuticas, c) intervenciones de respiro, d) grupos de autoayuda y e) intervenciones multicomponente que combinan varias de las anteriores.

Con el fin de analizar la eficacia de las intervenciones para cuidadores, en las últimas décadas se han realizado diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis. La mayor parte de ellas se han centrado en cuidadores informales de personas con un determinado trastorno, fundamentalmente demencia (e.g., Brodaty, Green y Koschera, 2003; Charlesworth, 2001; Gallagher-Thompson et al., 2012; Parra-Vidales, Soto-Pérez, Perea-Bartolomé, Franco-Martín y Muñoz-Sánchez, 2017; Pinquart y Sörensen, 2006; Pusey y Richards, 2001; Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos y Livingston, 2007). Algunas revisiones se han centrado en valorar la eficacia de intervenciones sobre variables de resultado concretas, como la sobrecarga (Acton y Kang, 2001; Yin, Zhou y Bashford, 2002) o la sintomatología depresiva (Vázquez et al., 2014; Vázquez et al., 2015; Vázquez y Otero, 2009; Weinbrecht, Rieckmann y Renneberg, 2016). En otros casos, las revisiones se han ceñido a ciertos tipos de intervenciones, por ejemplo, programas de carácter psicoeducativo (Marim, Silva, Taminato y Barbosa, 2013) o intervenciones aplicadas en formato online (Parra-Vidales et al., 2017).

Sin embargo, existen pocas revisiones sistemáticas sobre la eficacia de intervenciones en cuidadores informales de personas mayores dependientes en general (es decir, sin restringir el diagnóstico de la persona cuidada, las variables de resultado ni el tipo de intervención) y que además cuenten con criterios metodológicos exigentes (exclusión de estudios sin grupo de comparación, estudios no aleatorizados, etc.). Las revisiones de Gallagher-Thompson y Coon (2007), López y Crespo (2007) y Zabalegui et al. (2008) reúnen estas características y muestran que, en conjunto, las intervenciones en cuidadores de personas mayores dependientes son eficaces, si bien los resultados obtenidos son modestos, con tamaño del efecto pequeño o moderado. Con respecto a las variables de resultado con las que se valora la eficacia de las intervenciones, los resultados revelan que ciertas variables (por ejemplo, la ira o la ansiedad) son más susceptibles de mejoría que otras (como la sobrecarga). Por lo que respecta a los efectos de los distintos tipos de intervenciones, los resultados no son concluyentes aunque sí apuntan ciertas tendencias. Así, la revisión de Gallagher-Thompson et al. (2007) encuentra que las intervenciones psicoterapéuticas

muestran un mayor tamaño del efecto que las intervenciones psicoeducativas y que las multicomponente, en sintonía con lo hallado por López y Crespo (2007). Zabalegui et al. (2008) encuentran que los programas multicomponentes grupales son más eficaces para reducir la sobrecarga, mientras que Gallagher-Thompson et al. (2007) hallan que los programas multicomponente que combinan al menos dos aproximaciones teóricas son los más eficaces dentro de ese bloque.

Los resultados de estas revisiones sistemáticas (Gallagher-Thompson y Coon, 2007; López y Crespo, 2007; Zabalegui et al., 2008) tienen un gran valor, tanto a nivel científico como aplicado. En esta línea, el objetivo general del presente artículo es realizar una revisión actualizada y sistemática de las intervenciones psicológicas en cuidadores informales de personas mayores dependientes no institucionalizadas, dado que existe un número muy limitado de revisiones sistemáticas y que datan de hace diez años o más. Como objetivos específicos tendríamos, por un lado, describir las características de las intervenciones encontradas y, por otro, determinar la eficacia de las intervenciones.

Método

El procedimiento usado para realizar este trabajo ha sido la revisión sistemática de las intervenciones psicológicas en cuidadores informales de personas mayores dependientes no institucionalizadas. Los artículos que se incluyen en este trabajo han sido obtenidos de las siguientes bases de datos: Psycodoc, Psyke, PsyArticles, Psycinfo y Medline. Las palabras con las que se ha realizado la búsqueda son las siguientes: en inglés, "Caregivers", "Intervention", "Aged", "Elderly", "Dependent", "Therapy" y "Treatment" y en español, "Cuidadores", "Intervención", "Personas mayores", "Dependientes", "Terapia" y "Tratamiento". Las investigaciones que se han incluido son aquellas que han sido publicadas desde enero de 2005 hasta diciembre de 2016. Además, se han contemplado únicamente los artículos publicados en inglés y español.

Los criterios de inclusión para la selección de las investigaciones fueron los siguientes: a) los beneficiarios de la intervención deben ser cuidadores de personas mayores no institucionalizadas, b) deben incluir medidas estandarizadas de malestar emocional del cuidador, c) la evaluación se ha debido realizar, al menos, con dos momentos de medida, d) la intervención cuenta con un grupo control o de comparación y e) la participación en cada grupo de intervención debe hacerse de forma aleatoria.

Resultados

Los 33 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y que por tanto fueron seleccionados, están presentados de manera resumida en la Tabla 1, ordenados alfabéticamente según apellidos de los autores. La información que se incluye en la tabla recoge información sobre los participantes, esto es, el tamaño del cual se compone la muestra, sexo, la tasa de abandonos en los diferentes grupos de intervención (o en general si no se especifica en la intervención revisada) y la edad media de los cuidadores. También se recoge información sobre la atención que recibe el grupo control y el periodo de seguimiento de evaluaciones que se ha realizado una vez terminada la intervención. Se describen los programas indicando el tipo de intervención que administran, el formato de las sesiones (individual o grupal), la modalidad (presencial o a distancia) y la duración del programa. Por último, se incluyen las variables recogidas y evaluadas para valorar si la intervención ha sido eficaz e indicar en qué medida.

Además, se ha valorado la calidad metodológica de las intervenciones mediante una escala en la que se ha incluido la presencia o no de los siguientes aspectos: aleatorización, adecuada aleatorización, tasa de abandonos, tasa de rechazos, inclusión de grupo control y cálculo de tamaño del efecto.

Tabla 1. Resumen de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores informales de mayores dependientes (2005-2016) (continúa)

Autores	Participantes Abandonos (GE-GC)	Variables	Instrumentos de medida	Intervención	Duración Formato Modalidad Nº de sesiones Momentos Medida	Resultados
Arango-Lasprilla et al., 2014	69 M: 56 H: 13 ----	Depresión Carga del cuidador Satisfacción con la vida Estrés percibido	PHQ-9 CBI SWLS PSS	GE: intervención cognitivo-conductual. GC: programa educativo	2 meses Grupal Presencial 8 sesiones Pre, post y seg. 3 meses.	Resultados significativos en satisfacción: GE > GC y depresión y carga: GE < GC; se mantuvieron a lo largo de 3 meses. Resultados no significativos en estrés.
Blom, Zaritt, Groot-Zwaafink, Cuijpers y Pot, 2015	245 M: 170 H: 75 24%-4.4%	Depresión Ansiedad	CES-D HADS-A	GE: intervención por internet (curso <i>Mastery over dementia</i>). GC: boletines electrónicos	6 meses Individual A distancia 8 sesiones más 1 de refuerzo. Pre, posterior a sesión/boletín 4 y post.	Depresión y ansiedad: GE < GC.
Brown, Coogel y Wegelin, 2016	38 M: 6 H: 32 17.3%	Estrés percibido Evitación de experiencias Estado anímico Salud mental y física Carga del cuidador Calidad de la relación Nivel de cortisol-saliva	PSS AAQ-II POMS MOS-SF-36 CBI FCI-MS	GE: programa psicosocial <i>Mindfulness-based stress reduction</i> (MBSR). GC: apoyo social	2 meses Grupal Presencial 8 sesiones Pre, post y seg. 3 meses.	Estrés percibido, tensión e ira (POMS): GE < GC. Carga del cuidador: GE > GC. No hubo diferencias significativas a los 3 meses.
Chen, Huan, Yeh, Huang y Chen, 2015	46 M: 31 H: 15 ----	Carga del cuidador Estrategias de afrontamiento	CBI WCCL-R	GE: intervención en estrategias de afrontamiento (psicosocial/ psicoeducativo). GC: atención habitual	3 meses Individual Presencial 6 sesiones Pre y post	Carga del cuidador: GE < GC. GE: pre > post y GC: pre < post. Estrategias de afrontamiento: GE > GC en las subescalas de solución de problemas y búsqueda de apoyo social (estrategias positivas).
Chen, Huang, Yeh, Huang y Chen, 2015	129 M: 111 H: 18 4.4%	Síntomas de depresión Carga del cuidador Bienestar psicológico Autoeficacia	HDRS CBI y una medida de 4 ítems de sobrecarga de roles. Versión de 18 ítems de la Ryff's Psychological Well- being Scale. RSCSE	GE: programa <i>Benefit- finding</i> . GC1: <i>Standard psychoeducation program</i> (con todos los componentes de benefit-finding program, excepto pensamientos disfuncionales, ciclo de mantenimiento y la reevaluación positiva). GC2: <i>Simplified psychoeducation</i> (todos los componentes de GC1, pero a través de conferencia).	2 meses Grupal Presencial 8 sesiones Pre y post	Diferencias significativas en todas las variables entre GE y GC2. Diferencias significativas en depresión y carga del cuidador entre GE y GC1: GE < GC1.
Cristancho-Lacroix et al., 2015	49 M: 32 H: 17 32%-29.16%	Estrés percibido Autoeficacia Carga del cuidador Estado de salud percibido Síntomas depresivos Comportamiento ante síntomas conductuales y cognitivos del paciente con demencia. Niveles de: conocimiento de la EA, estrés general, autoeficacia para enfrentar la enfermedad y calidad de la relación entre paciente-cuidador.	PSS-14 RSCSE CBI NHP BDI-II RMBPC VAS	GE: programa psicoeducativo "Diapason" con enfoque cognitivo. GC: atención habitual	3 meses Individual A distancia 12 sesiones Pre, post y seg. 6 meses.	No hay diferencias significativas en ninguna de las variables excepto en VAS en el postratamiento: GE > GC, pero no a los 6 meses.
Drentea, Clay, Roth y Mittleman, 2006	183 M: 113 H: 70 4.7%	Apoyo social	Lista de redes sociales de Stokes (Método de Stokes, 1983).	GE: intervención multicomponente. GC: atención habitual e información de recursos.	12 meses Individual/Familiar y grupal. Presencial Pre, 4, 8 y 12 meses. Seguimiento cada 6 meses hasta los 5 años.	A los 4 meses la satisfacción con el apoyo social: GE > GC, estos resultados permanecen altos durante los 5 años.

Tabla 1. Resumen de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores informales de mayores dependientes (2005-2016) (continuación)

Autores	Participantes Abandonos (GE-GC)	Variables	Instrumentos de medida	Intervención	Duración Formato Modalidad Nº de sesiones Momentos Medida	Resultados
Etxeberria-Arritzabal, Yanguas-Lezaun, Buiza-Bueno, Galdona-Erquicia y González-Pérez, 2005	108 M: 75 H: 33 41.2%-93.7%	Conducta del paciente y carga del cuidador. Comportamientos neuropsiquiátricos del paciente. Actitudes y creencias del cuidador. Apoyo social Estilos de afrontamiento Síntomas depresivos Estrés	MBPC NPI DAST CRET APSOT COPET CES-D PSS	GE: intervención psicosocial (basada en planteamientos, modelo TCC y psicoeducativo). GC: no especificado	14 meses y 2 semanas Grupal Presencial 10 sesiones durante 2 meses y medio y luego 1 sesión mensual durante 1 año. Pre y post	Apoyo social: GE < GC Depresión y pensamientos disfuncionales: GE < GC. Estrés percibido: GE > GC. Tanto en el GE como en el GC la frecuencia de las conductas aumenta a lo largo de un año. Irritabilidad y alucinaciones del paciente: GE < GC.
Farran et al., 2007	143 M: 118 H: 25 -----	Malestar ante síntomas conductuales y cognitivos del paciente con demencia. Habilidades del cuidador como medida de autoeficacia de la efectividad de la intervención.	RMBPC BMS-R	GE: intervención psicosocial en desarrollo de habilidades del cuidador. <i>Caregiver skill building (CSB) treatment intervention</i> . GC: intervención en proporcionar información y apoyo, pero sin el desarrollo de habilidades individualizadas dirigidas a los síntomas de comportamiento.	3 meses Grupal e individual por teléfono. Presencial y a distancia. 5 grupales y 12 individuales telefónicas. Pre, post, 6, 9, 12 y 18 meses.	El GE fue más efectivo que el GC.
Ferré-Grau et al., 2012	122 100% mujeres 29.5%-9.8%	Síntomas de ansiedad Síntomas de depresión Percepción de la salud emocional.	EADG Escala de salud emocional del cuidador principal (NANDA).	GE: modelo solución de problemas. GC: atención habitual	1 mes Individual Presencial 4 sesiones Pre y post	Ansiedad, depresión y bienestar emocional percibido: GE < GC.
Finkel et al., 2007	36 M: 24 H: 12 30.5%	Depresión Carga del cuidador Comportamiento y salud del cuidador. Apoyo social	CES-D Subescala RMBPC CHHB ISSB	GE: intervención psicoeducativa (tecnología). GC: materiales educativos básicos y 2 llamadas telefónicas breves.	6 meses Individual (8) y grupal (6). Distancia (12)/presencial (2). 14 sesiones Pre y post	A medida que aumentaba la depresión basal, se obtuvieron mejorías significativas en GE: pre > post. Además, cambios significativos: GE < GC. Lo mismo ocurría con el apoyo social: GE: pre < post y cambios significativos GE > GC. Carga: GE: pre > post.
Gallagher-Thompson et al., 2007	55 100% mujeres 18.1%	Síntomas de depresión Estrés percibido Estrés específico de cuidado Autoeficacia	CES-D PSS Subescala <i>The Conditional Bother Subscale</i> de RMBPC. RSCSE	GE: programa <i>Inhome behavioral management</i> basado en principios de cognitivo-conductuales. GC: apoyo telefónico + material informativo.	4 meses Individual Presencial 6 módulos: 1-2 sesiones por módulo. Pre y post	Diferencias significativas en síntomas depresivos y estrés específico de cuidado: GE < GC.
Gallagher-Thompson, Gray, Dupart, Jiménez y Thompson, 2008	184 100% mujeres 15%	Síntomas de depresión Estrés percibido Estrés específico del cuidado Uso de habilidades	CES-D PSS Subescala de RMBPC Cuestionario propio <i>Skill utilization Questionnaire</i> .	GE: programa <i>Cope with the problems of caregiving (CWC)</i> (basado en principios cognitivo-conductuales). GC: apoyo mínimo telefónico.	4 meses Grupal Presencial 13 a 16 sesiones Pre y post	Depresión: GE < GC Estrés percibido y estrés específico del cuidado: GE < GC. Uso de habilidades: en 5 de 21 ítems: GE > GC.
Gant et al., 2007	32 100% hombres 23.5%-0%	Problemas de memoria y de comportamiento. Autoeficacia Emociones positivas y negativas del cuidador.	RMBPC RSCSE PANAS	GE: intervención psicosocial con enfoque conductual, a distancia (video y teléfono). GC: material educativo (folleto y 7 llamadas).	3 meses Individual Distancia 10 sesiones de video y 12 llamadas telefónicas semanalmente. Pre y post	Pre y post: tanto en GE y GC hubo cambios significativos en las tres variables recogidas. No diferencias significativas entre GE y GC.

Tabla 1. Resumen de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores informales de mayores dependientes (2005-2016) (continuación)

Autores	Participantes Abandonos (GE-GC)	Variables	Instrumentos de medida	Intervención	Duración Formato Modalidad Nº de sesiones Momentos Medida	Resultados
Hou et al., 2014	141 M: 117 H: 24 19.9%	Síntomas de depresión Ansiedad estado/rasgo Estrés percibido Salud física y mental Actitud de autocompasión Autoeficacia de cuidado 5 facetas de <i>mindfulness</i>	CES-D STAI PSS SF-12 SCS RSCSE FFMQ	GE: programa <i>Mindfulness-based stress reduction</i> (MBSR). GC: material educativo	2 meses Grupal Presencial 8 sesiones Pre, post y seg. 3 meses.	Diferencias significativas en síntomas depresivos: GE < GC en el post y a los 3 meses. Proporción significativamente mayor de participantes con mejoría clínica en GE que en GC, pero no a los 3 meses. Diferencias significativas en síntomas de ansiedad: GE < GC, pero no a los 3 meses. Diferencias significativas a los 3 meses en RSCSE y FFMQ: GE > GC.
Joling et al., 2012	192 M: 135 H: 57 13%	Síntomas de ansiedad Síntomas de depresión Carga cuidador Calidad de vida	MINI HADS-A CES-D SSCQ, CRA y SRB SF-12	GE: intervención de reuniones estructuradas familiares (psicosocial). GC: atención habitual	12 meses Individual/grupal Presencial 2 individuales y 4 grupales (familiares). Pre, 3, 6, 9 y 12 meses.	GE no fue superior a GC en ninguna de las variables recogidas.
Livingston et al., 2013	260 M: 178 H: 82 12.1%-11.4%	Síntomas de ansiedad Síntomas de depresión Calidad de vida Comportamientos hacia el receptor de cuidado.	HADS <i>Health Status Questionnaire</i> MCTS	GE: terapia individual de estrategias de afrontamiento (<i>Strategies for relatives</i>) basado en el CWC. GC: atención habitual.	2 meses Individual Presencial 8 sesiones Pre, 4 y 8 meses tras aleatorización.	Depresión y ansiedad: GE < GC. Incidencia de depresión: GE < GC. Calidad de vida: GE > GC. En el seguimiento, GC tenía 4 veces más posibilidades de presentar depresión clínicamente significativa.
Losada, Márquez-González y Romero-Moreno, 2011	157 M: 130 H: 27 17%-33.3%	Pensamientos disfuncionales Síntomas de depresión Frecuencia actividades ocio	DTCQ CES-D Adaptación de la medida de satisfacción de tiempo libre (Stevens et al., 2004).	GE: intervención cognitivo-conductual. GC: atención habitual	3 meses Grupal Presencial 12 sesiones Pre y post	Depresión y pensamientos disfuncionales: cambios significativos en GE: pre > post, pero no en GC. Actividades de ocio: GE: pre < post.
Losada et al., 2015	135 M: 114 H: 21 69.6%	Síntomas de depresión Síntomas ansiedad Frecuencia actividades de ocio Pensamientos disfuncionales del cuidado. Evitación	CES-D POMS LTS DTCQ EACQ	GE1: terapia de aceptación y compromiso. GE2: terapia cognitivo-conductual. GC: apoyo mínimo	2 meses Individual Presencial 8 sesiones Pre, post y seg. 6 meses.	Síntomas depresivos: GE1 < GC y GE2 < GC. A los 6 meses se mantuvieron para GE2. Síntomas ansiedad: GE1 < GE2 y GE1 < GC. No se mantienen en el seguimiento. Cambios significativos en el post en pensamientos disfuncionales: GE2 < GC; no a los 6 meses. Cambios significativos en el post en frecuencia actividades ocio: GE2 > GC; no a los 6 meses. Cambios significativos en evitación: GE1 < GC; no a los 6 meses.

Tabla 1. Resumen de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores informales de mayores dependientes (2005-2016) (continuación)

Autores	Participantes Abandonos (GE-GC)	Variables	Instrumentos de medida	Intervención	Duración Formato Modalidad Nº de sesiones Momentos Medida	Resultados
Márquez-González, Losada, Izal, Pérez-Rojo y Montorio, 2007	74 M: 60 H: 14 47.3%	Síntomas de depresión Memoria y problemas de conducta. Pensamientos disfuncionales	CES-D MBPC DTCQ	GE: intervención cognitivo-conductual (modificación de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado). GC: lista de espera	2 meses Grupal Presencial 8 sesiones Pre y post	Depresión, MBPC y DTCQ: GE: pre > post y diferencias significativas: GE < GC.
Martín-Carrasco et al., 2009	115 M: 79 H: 36 9.6%	Carga del cuidador Salud mental Calidad de vida	CBI GHQ-28 SF-36	GE: programa intervención psicoeducativo con componentes cognitivos-conductuales. GC: atención habitual e información.	4 meses Individual Presencial 8 sesiones Pre, post y seg. 6 meses.	Carga: GE < GC y tendencia a la reducción de la puntuación de la carga a los 6 meses, pero no es significativo. Salud mental: GE < GC y hay diferencias significativas a los 6 meses. Calidad de vida a los 6 meses: GE > GC.
Mittelman, Brodaty, Wallen y Burns, 2008	158 M: 89 H: 69 48.10%	Síntomas de depresión Apoyo social	BDI Lista de redes sociales de Stokes (método de Stokes, 1983).	GE: intervención psicosocial al cuidador y fármaco al paciente. GC: fármaco al paciente	3 meses Individual y grupal familiar. Presencial 5 sesiones y asesoramiento telef. a demanda. Pre, post y seg. 6,9,12,18 y 24 meses.	Depresión: GE < GC. En GE disminuye y en GC aumenta; tendencia que continúa durante los 2 años de estudio. La depresión era mayor cuando el cuidador estaba menos satisfecho con su apoyo emocional.
Moore et al., 2013	100 M: 74 H: 26 12.2%-15.7%	Biomarcadores: D-dimer e Interleukin-6. Síntomas depresivos Emociones positivas y negativas del cuidador. Apoyo social	Plasma IL-6 (<i>Meso Scale Discovery, Gaithersburg, MD</i>) y D-dimer (<i>Asserachrom Stago, Asnières, France</i>). CES-D PANAS	GE: intervención <i>Behavioral Activation (Pleasant Events Program - PEP)</i> . GC: manual de recursos	1 mes y 2 semanas Individual Presencial 6 sesiones Pre, post y seg. 12 meses.	Dimero-D: no diferencia significativa en post ni a los 12 meses. IL-6: diferencia significativa en post, pero no a los 12 meses. Síntomas depresivos: GE < GC en post, pero no a los 12 meses. No diferencias significativas en emociones positivas y negativas del cuidador.
Oken et al., 2010	31 M: 25 H: 6 9.6%	Estrés percibido Estado de ánimo deprimido Energía y fatiga Autoeficacia <i>Mindfulness</i>	RMBPC y adicional la PSS. CES-D Pregunta de SF-36 GPSE MAAS y FFNJ	GE: programa adaptado <i>Mindfulness-based cognitive therapy</i> GC1: programa <i>Power tolls of caregivers</i> . GC2: respiro. Relevo de cuidado durante 3h.	1 mes y 3 semanas Grupal Presencial 7 sesiones Pre y post	Diferencias significativas en estrés percibido (RMBPC). GE < GC1 y GC1 < GC2. Pero no entre GE y GC1. Correlaciones significativas entre mindfulness y estado ánimo autoevaluado y PSS.
Otero et al., 2015	173 100% mujeres 5.6%-3.6%.	Incidencia de depresión Síntomas de depresión Malestar emocional Carga del cuidador	Entrevista clínica estructurada para trastornos Eje I del DSM-IV (SCID). CES-D GHQ-8 CBI	GE: intervención breve en resolución de problemas. GC: atención habitual	1 mes y 1 semana. Grupal Presencial 5 sesiones Pre, post y seg. 1, 3, 6, 12 meses.	Incidencia de depresión a los 12 meses: GE < GC. Diferencias significativas en síntomas depresivos: GE < GC, se mantuvieron los resultados a lo largo de todo el seguimiento. Diferencias significativas en malestar emocional: GE < GC, se mantuvieron los resultados a los 3, 6 y 12 meses. Diferencias significativas en la carga del cuidador: GE < GC, se mantuvieron los resultados a los 6 y 12 meses.

Tabla 1. Resumen de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores informales de mayores dependientes (2005-2016) (continuación)

Autores	Participantes Abandonos (GE-GC)	Variables	Instrumentos de medida	Intervención	Duración Formato Modalidad Nº de sesiones Momentos Medida	Resultados
Perren, Schmid y Wettstein, 2006	99 M: 62 H: 37 39%	Bienestar subjetivo del cuidador Bienestar emocional (efectos positivos y negativos). Satisfacción con la vida	Efectos positivos y negativos mediante una medida utilizada en la encuesta de salud de Suiza. SEIQoL	GE: intervención psicoeducativa. GC: reciben un folleto con instrucciones entrenamiento de memoria.	2 meses Grupal Presencial 8 sesiones Pre, 1 año y 2 años	El bienestar subjetivo en GE permaneció estable en el tiempo, mientras que GC disminuyó significativamente. A los 2 años disminución significativa en los 2 grupos, aunque GC tenía menos puntuación que GE. Resultados significativos para el GC en cuanto que a más problemas conductuales y mayor deterioro funcional y cognitivo del paciente, menor bienestar del cuidador.
Rodríguez-Sánchez et al., 2012	125 M: 93 H: 32 13%-26.9%	Salud mental Pensamientos disfuncionales Calidad de vida Carga del cuidador	GHQ-12 DTCQ Cuestionario de Ruiz y Baca. CBI	GE: intervención cognitivo- conductual. GC: atención habitual	2 meses Grupal Presencial 8 sesiones Pre y post	Salud mental y pensamientos disfuncionales: GE < GC. No hubo diferencias significativas en calidad de vida y carga.
Sepe-Monti, Vanacore, Bartorelli, Tognetti y Giubilei, 2016	164 M: 108 H: 56 25%	Estrategias de afrontamiento Carga del cuidador Alteraciones conductuales Estrés percibido Percepción salud y calidad de vida. Síntomas depresivos Ansiedad estado-rasgo	COPE-NIV CBI NPI NPI- Caregiver distress Scale. SF-12 CES-D STAI-Y	GE: programa psicoeducativo <i>Savvy Caregiver Program</i> . GC: programa grupal de 2 sesiones informativas sobre la enfermedad de Alzheimer.	1 mes y 2 semanas Grupal Presencial 6 sesiones Pre, seg. 2 semanas y seg. 6 meses.	Diferencias significativas a los 6 meses en estrategias afrontamiento – factor afecto positivo: GE > GC. Diferencias significativas a los 6 meses en NPI-ítem 7 (apatía/ indiferencia): GE < GC. Tendencia no significativa en síntomas depresivos y ansiosos: GE < GC.
Steffen y Gant, 2016	74 100% Mujeres 10.8%	Comportamiento ante síntomas conductuales y cognitivos del paciente. Síntomas depresivos Estado de ánimo negativo Síntomatología ansiosa Hostilidad Autoeficacia	RMBPC BDI-II NAS Versión corta de MAACL-R RSCSE	GE: intervención en entrenamiento conductual (video y teléfono). GC: guía de atención básica y 7 llamadas telefónicas.	3 meses Individual A distancia 10 sesiones de vídeo y 12 llamadas telefónicas semanales. Pre, post y seg. 6 meses.	Resultados significativos en depresión, RMBPC y estado de ánimo negativo: GE < GC. Autoeficacia: GE > GC. No se mantienen a los 6 meses.
Tremont, Duncan Davis, Bishop y Fortinsky, 2008	60 ----- 45%	Depresión Carga del cuidador Comportamiento ante síntomas conductuales y cognitivos del paciente.	GDS CBI RMBPC	GE: intervención psicosocial telefónica (<i>Family Intervention: Telephone Tracking – Dementia FITT-D</i> y material educativo). GC: atención habitual. Material educativo.	12 meses Individual A distancia 23 llamadas telefónicas. Pre y post	CBI y RMBPC: GE < GC. Resultados no significativos en depresión.

Tabla 1. Resumen de las intervenciones psicológicas dirigidas a cuidadores informales de mayores dependientes (2005–2016) (continuación)

Autores	Participantes Abandonos (GE-GC)	Variables	Instrumentos de medida	Intervención	Duración	Resultados
					Formato Modalidad Nº de sesiones Momentos Medida	
Williams et al., 2010	116 M: 90 H: 26 18.1%	Estrés percibido Ansiedad estado-rasgo Ira Síntomas depresivos Hostilidad Autoeficacia Calidad de sueño Cortisol salival, presión arterial y frecuencia cardíaca.	PSS STAI STAXI CES-D MMPI RSCSE PSQI	GE: programa psicoeducativo. multicomponente basado en habilidades <i>Video-Based Coping Skills</i> + llamadas telefónicas. GC: lista de espera	1 mes y 1 semana Individual A distancia 10 sesiones de vídeo y 5 llamadas telefónicas. Pre, a 7 semanas, 3 meses y 6 meses de Pre.	Diferencias significativas en estrés percibido y síntomas depresivos: GE < GC. Tendencia ansiedad-rasgo: GE < GC. Diferencias significativas en la presión arterial: GE < GC. Resultados se mantuvieron a los 6 meses.
Vázquez et al., 2013	173 100% Mujeres 3.4%-1.2%	Depresión Salud Mental Carga del cuidador	Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos Eje I del DSM-IV (SCID). CES-D GHQ-28 CBI	GE: intervención breve en resolución de problemas. GC: atención habitual	1 mes y 1 semana Grupal Presencial 5 sesiones Pre y post	Síntomas depresivos: GE < GC. GE y GC: pre > post. Incidencia depresión: GE < GC. Reducción en malestar emocional y carga del cuidador: GE < GC.
Winter y Gitlin, 2007	103 100% Mujeres 8.7%	Depresión Carga del cuidador Ganancias personales	CES-D CBI 6 ítems adaptados de <i>Gain through Group Involvement Scale</i> .	GE: intervención a través de teleconferencia. GC: atención habitual	6 meses Grupal Distancia 26 sesiones disponibles. Pre y post	No hubo diferencias significativas. Los ≥ 65 del GE tenían menos síntomas depresivos que los ≥ 65 del GC.

Nota. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire II; APSOT = Cuestionario de apoyo social; BDI = Beck Depression Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory II; BMS-R = Behavior Management Scale-Revised; CBI = Caregiver Burden Inventory; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression; CHHB = Caregiver Health and Health Behaviors Scale; COPE-NIV = Coping Orientations to Problems Experienced - New Italian Version; COPET = Coping Orientations to Problems Experienced Scale; CRA = Caregiver Reaction Assessment; CRET = Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales; DAST = Escala de Actitudes Disfuncionales; DTCQ = Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire; EACQ = The Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire; EADG = Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberd; FCI-MS = Mutuality Scale of the Family Care Inventory; FFMQ = Five Facets Mindfulness Questionnaire; FFNJ = measure of being nonjudgmental adapted from factor five; GC = grupo control; GDS = Geriatric Depression Scale; GE = grupo experimental; GHQ-12 = General Health Questionnaire 12; GHQ-28: General Health Questionnaire 28; GPSE = Generalized Self-efficacy Scale; H = hombres; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety subscale; HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; ISSB = Inventory of Socially Supportive Behaviors; LTS = Adaptation of the Leisure Time Satisfaction Scale developed by Stevens et al. (2004); M = mujeres; MAACL-R = Multiple Affect Adjective Check List-Revised; MAAS = Mindful Attention Awareness Scale; MBPC = Memory and Behavior Problems Checklist; MCTS = Modified Conflict Tactics Scale; MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview; MMPI = MMPI-based Cook-Medley Hostility Scale; MOS-SF-36 = Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey; NAS = Negative Affect Scale; NHP = Nottingham Health Profile; NPI: Neuropsychiatric Inventory; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire 9; PNAS = Positive and Negative Affect Scale; POMS = Tension-Anxiety subscale from the Profile of Mood States; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; PSS-14 = 14 item Perceived Stress Scale; RMBPC = Revised Memory and Behavior Problems Checklist; RSCSE = The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy; SCS = The Self- Compassion Scale - Short Form; SEIQoL = The Schedule for the Evaluation of Individualized Quality of Life; SF-12 = Short Form-12 item Questionnaire; SF-36: Short Form-36 item Questionnaire; SPICC = Self-perceived Pressure from Family Care; SRB: Self-rated Burden Question; SSCQ = Short Sense of Competence Questionnaire; STAI = State-trait Anxiety Inventory; STAI-Y = State-trait Anxiety Inventory Self-Evaluation Questionnaire, Form Y; STAXI = State-trait Anger Inventory; SWLS = Satisfaction with Life Scale; PSS = Perceived Stress Scale; TCC = terapia cognitivo-conductual; VAS = Visual Analog Scales; WCCL-R = Revised Ways of Coping Checklist.

Participantes

El tamaño de la muestra varía desde los 32 (Gant, Steffen y Lauderdale, 2007) hasta los 260 participantes (Livingston et al., 2013) (véase la Tabla 1). El número de participantes en los estudios, en general, se podría considerar elevado, ya que 21 de los 33 estudios superan los 100 participantes.

Las intervenciones de los estudios están dirigidas a cuidadores de personas con demencia y, en el caso de que especifique algún tipo de demencia, siempre es la enfermedad de Alzheimer.

En cuanto al sexo de los participantes, 24 de los 33 estudios usan una muestra mixta de hombres y mujeres, aunque generalmente la proporción de mujeres es mayor que la de hombres.

La edad media de los cuidadores informales del conjunto de todos los estudios oscila entre los 53 y los 72 años. En relación con la edad media de las personas dependientes, esta se encuentra entre los 70 y los 83 años.

Descripción y Características de las Intervenciones

En relación al tipo de intervención, encontramos que las más comunes son las cognitivo-conductuales, aunque también se incluyen

intervenciones psicoeducativas, intervenciones centradas en estrategias de afrontamiento, intervenciones que usan el modelo de intervención basado en solución de problemas e intervenciones basadas en programas de *mindfulness*. Además dos de los estudios analizados tienen un carácter multicomponente, uno de ellos psicoeducativo.

El formato más usado (15 estudios) es el formato grupal, obteniendo en 11 de los estudios buenos resultados. En uno de los estudios no se obtienen resultados significativos y en 3 se obtienen solamente en algunas de sus variables. El formato individual se utiliza en 13 estudios, siendo 10 de ellos los que obtienen resultados significativos. En uno de los estudios no se obtienen resultados significativos y en 2 de ellos sólo en alguna de sus variables. Por último, en 5 estudios se usa una combinación de sesiones individuales y grupales, en 3 de estos las grupales son de carácter familiar. De estos, 4 estudios obtienen buenos resultados, esto es, se encuentran diferencias significativas en la evaluación tras la intervención.

En cuanto a la modalidad de las sesiones, la gran mayoría (24 estudios) usan la modalidad presencial, siendo 19 de ellos los que obtienen resultados significativos, 1 estudio no los obtiene y los otros 4 en alguna de sus variables. Tan solo en 7 casos usan la modalidad a distancia, 4 de ellos con buenos resultados, 1 estudio en alguna de sus variables y en 2 no obtienen buenos resultados. Los dos estudios

que combinan las dos modalidades obtienen resultados significativos, siendo mayor el número de sesiones a distancia (12 sesiones en ambos estudios) frente a las sesiones presenciales individuales (2 sesiones 1 estudio y 5 el otro).

Resultados de las Intervenciones

En relación a las variables valoradas en los estudios, encontramos que las más evaluadas son las respuestas emocionales de los cuidadores, con 24 estudios, siendo la depresión la variable más evaluada, generalmente mediante cuestionarios y en pocas ocasiones mediante entrevistas.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos en cada una de las variables evaluadas, hay resultados significativos tras la intervención en las variables de depresión (19 de 25 estudios), carga del cuidador (8 de 14 estudios), en niveles de estrés (5 de 10 estudios) y en ansiedad (5 de 9 estudios), así como la evaluación de la memoria y comportamientos del paciente (4 de 7 estudios) y, en menor medida, en las variables de apoyo social (2 de 5 estudios), calidad de vida (2 de 4 estudios) y salud mental (2 de 4 estudios).

Generalmente, las intervenciones que han mostrado su eficacia tras el programa son de tipo cognitivo-conductual, seguidas de las intervenciones psicoeducativas. En relación al tamaño del efecto de las intervenciones cabe destacar que suele ser moderado, ya que los valores, al margen de la medida utilizada, se encuentran habitualmente

en valores que indican un efecto de magnitud media, aunque se hallan algunas excepciones, que encuentran un efecto de alta magnitud, generalmente en relación a la sintomatología depresiva.

Aproximadamente la mitad de los trabajos revisados (16) no llevan a cabo seguimientos de la intervención y, los que los realizan, ofrecen resultados generalmente en relación con el no mantenimiento de los cambios alcanzados tras la intervención.

Calidad Metodológica de las Intervenciones

El análisis de la calidad metodológica de las intervenciones incluidas en este trabajo (véase [Tabla 2](#)) pone de manifiesto que una parte importante de los trabajos revisados (22 de 33) alcanzan niveles de máxima calidad metodológica, entre 5 y 6 puntos. Sin embargo, 11 trabajos presentan una limitada calidad metodológica, puesto que se sitúan en 3 puntos. Principalmente esta situación está relacionada con no incluir el tamaño del efecto de la intervención y/o el método llevado a cabo en la aleatorización. Así, 11 estudios no señalan el tipo de aleatorización que han seguido, indicando que lo han realizado “al azar” o “aleatoriamente” o que se trata de “estudio controlado aleatorizado”.

El grupo control que se utiliza con más frecuencia es la atención habitual, seguido de los programas educativos. La tasa de abandonos es muy variable, siendo especialmente elevada en algunos estudios, que alcanzan casi el 50%.

Tabla 2. Calidad metodológica de los estudios analizados

Autor/año	Aleatorizado	Adecuadamente aleatorizado ¹	Tasa de abandonos	Tasa de rechazos	Grupo control	Tamaño del efecto	Total
Arango-Lasparilla et al., 2014	1	1	0	0	1	0	3
Blom et al., 2015	1	1	1	1	1	1	6
Brown et al., 2016	1	0	1	1	1	1	5
Chen et al., 2015	1	1	0	0	1	0	3
Cheng et al., 2016	1	1	1	0	1	1	5
Cristancho-Lacroix et al., 2015	1	1	1	1	1	1	6
Dentrea et al., 2006	1	0	1	0	1	0	3
Etxeberria- Arritxabal et al., 2005	1	0	1	0	1	0	3
Farran et al., 2007	1	1	0	0	1	0	3
Ferre-Grau et al., 2012	1	1	1	0	1	1	5
Finkel et al., 2007	1	0	1	1	1	1	5
Gallagher-Thompson et al., 2007	1	0	1	0	1	1	4
Gallagher-Thompson et al., 2008	1	1	1	1	1	0	5
Gant et al., 2007	1	0	1	1	1	1	5
Hou et al., 2014	1	1	1	1	1	0	5
Joling et al., 2012	1	1	1	1	1	0	5
Livingston et al., 2013	1	1	1	1	1	1	6
Losada et al., 2011	1	1	1	1	1	1	6
Losada et al., 2015	1	1	1	1	1	1	6
Márquez- González et al., 2007	1	1	1	1	1	0	5
Martín-Carrasco et al., 2009	1	1	1	0	1	0	4
Mittelman et al., 2008	1	1	1	1	1	1	6
Moore et al., 2013	1	1	1	1	1	1	6
Oken et al., 2010	1	1	1	0	1	0	4
Otero et al., 2015	1	1	1	1	1	1	6
Perren et al., 2006	1	0	1	0	1	0	3
Rodríguez-Sánchez et al., 2012	1	1	1	1	1	1	6
Sepe-Monti et al., 2016	1	1	1	1	1	0	5
Steffen y Gant, 2016	1	1	1	1	1	1	6
Tremont et al., 2008	1	1	1	1	1	0	5
Williams et al., 2010	1	0	1	0	1	1	4
Vázquez et al., 2013	1	1	1	1	1	1	6
Winter y Gitlin, 2007	1	0	1	0	1	0	3

Nota. 0 = no; 1 = sí; ¹cuando se indica el método de aleatorización.

Discusión

Tras la revisión realizada, podemos afirmar que las intervenciones que mayoritariamente se aplican para mejorar el estado emocional de los cuidadores de las personas mayores dependientes son las de tipo cognitivo-conductual y las que han usado estos planteamientos o técnicas, como las intervenciones de solución de problemas y estrategias de afrontamiento. Estas intervenciones son, además, las que obtienen mejores resultados, coincidiendo con revisiones anteriores (López y Crespo, 2007; Selwood et al., 2007; Vázquez et al., 2014; Zabalegui et al., 2008). También se han desarrollado, aunque en menor medida y con resultados más modestos, intervenciones psicoeducativas, psicosociales o multicomponentes. Además, esta revisión pone de manifiesto la incorporación de otros programas de intervención basados en técnicas hasta ahora escasamente incorporadas, como es el *mindfulness*.

En relación a las variables evaluadas en los estudios que figuran como variables susceptibles de ser modificadas con la aplicación de la intervención, coincidimos con otras revisiones (Gallagher-Thompson y Coon, 2007; López y Crespo, 2007; Pinquart y Sörensen, 2006; Zabalegui et al., 2008) en que las variables más evaluadas son la depresión, la ansiedad, el estrés y la carga del cuidador. Por ello podemos afirmar que prácticamente la totalidad de ellas se centran en la mejora del malestar, sin contemplar variables relacionadas con emociones positivas del cuidador. Sin embargo, autores como Pendergrass, Becker, Hautzinger y Pfeiffer (2015) proponen la relevancia de incluir ese tipo de variables.

En general, tanto las intervenciones con formato grupal como individual obtienen buenos resultados. Por lo tanto, el formato no parece determinante a la hora de determinar la eficacia de la intervención, en consonancia con lo hallado por López y Crespo (2007).

Mayoritariamente se ha encontrado que los estudios utilizan la modalidad presencial, con la obtención de buenos resultados. No obstante, se han hallado intervenciones a distancia (llevadas a cabo con tecnología) que también obtienen buenos resultados, aunque en menor medida. Recientes revisiones, como la llevada a cabo por Godwin, Mills, Anderson y Kunik (2013) y Parra-Vidales et al. (2017), encuentran también intervenciones realizadas con tecnología que obtuvieron buenos resultados. Este hecho resulta de gran interés para poder continuar trabajando en la mejora de este tipo de intervenciones, ya que solventarían la dificultad que encuentran los cuidadores informales para asistir a un programa de intervención presencial.

En relación a los seguimientos, cabe destacar que una gran parte de las intervenciones no los llevan a cabo. Esta situación ya fue advertida en revisiones anteriores, como la realizada por López y Crespo (2007).

Conclusiones

Por todo ello, podríamos concluir que: a) las intervenciones de tipo cognitivo-conductual son las más aplicadas y las que obtienen una mayor eficacia, aunque sus resultados no siempre se mantienen en el tiempo, b) le siguen las intervenciones psicoeducativas, encontradas en menor medida, pero con buenos resultados, c) las variables más evaluadas son las emocionales (depresión, ansiedad y estrés) y la carga del cuidador, d) la depresión es la variable sobre la que las intervenciones obtienen un mayor impacto, e) se obtiene una eficacia muy similar en intervenciones que usan un formato grupal, individual o combinado, aunque estas últimas se han aplicado en menor medida, f) la modalidad presencial es la más aplicada y resulta más eficaz que la no presencial, pero la combinación de ambas ofrece resultados prometedores.

Además cabe, destacar, que es evidente el creciente interés, a nivel mundial y en concreto en España, por la atención psicológica dirigida a cuidadores de personas mayores dependientes. Así lo pone de manifiesto el aumento de las intervenciones españolas dirigidas a esta

población, ya que en la revisión realizada por López y Crespo (2007) de 54 programas de intervención encontrados, con similares criterios de inclusión que el presente trabajo, tan solo 1 fue llevado a cabo en España, mientras que en el presente trabajo asciende a 10.

Sin embargo, parece que continúan pendientes algunos aspectos de los señalados en las revisiones realizadas hace ya 10 años, como es la necesidad de incorporar seguimientos que permitan conocer la estabilidad de los resultados tras la intervención. Además, se contemplan otros retos como incorporar en las intervenciones variables relacionadas con emociones positivas del cuidador, así como incorporar análisis de datos que permitan calcular el tamaño del efecto de la intervención, con el fin de mejorar la calidad metodológica de los estudios.

Conflicto de Intereses

Las autoras de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Acton, G. J. y Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, 24, 349-360. <https://doi.org/10.1177/2158244012470467>
- Arango-Lasprilla, J. C., Panyavin, I., Herrera, E. J., Perrin, P. B., Arroyo-Anlló, E. M., Snipes, D. J. y Arabia, J. (2014). Evaluation of a group cognitive-behavioral dementia caregiver intervention in Latin America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29, 548-555. <https://doi.org/10.1177/1533317514523668>
- Blom, M. M., Zarit, S. H., Groot-Zwaartfink, R. B. M., Cuijpers, P. y Pot, A. M. (2015). Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: Results of a randomized controlled trial. *PLoS One*, 10(2), e0116622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116622>
- Bremer, P., Cabrera, E., Leino-Kilpi, H., Lethin, C., Saks, K., Sutcliffe, C., ... Wübker, A. (2015). Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy*, 119, 1459-1471. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.014>
- Brodsky, H., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 657-664.
- Brown, K. W., Coogler, C. L. y Wegelin, J. (2016). A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging & Mental Health*, 20, 1157-1166. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1065790>
- Charlesworth, G. M. (2001). Reviewing psychosocial interventions for family carers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5, 104-106. <https://doi.org/10.1080/13607860120038401>
- Chen, H. M., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Huang, W. H. y Chen, C. S. (2015). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 15, 20-25. <https://doi.org/10.1111/psyg.12071>
- Cheng, S. T., Fung, H. H., Chan, W. C. y Lam, L. C. (2016). Short-term effects of a gain-focused reappraisal intervention for dementia caregivers: A double-blind cluster-randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 740-750. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.04.012>
- Cristancho-Lacroix, V., Wrobel, J., Cantegreil-Kallen, I., Dub, T., Rouquette, A. y Rigaud, A. S. (2015). A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e117. <https://doi.org/10.2196/jmir.3717>
- Drentea, P., Clay, O. J., Roth, D. L. y Mittelman, M. S. (2006). Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Social Science and Medicine*, 63, 957-967. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.020>
- Dunn, N. y Strain, L. (2001). Caregivers at risk? Changes in leisure participation. *Journal of Leisure Research*, 33, 32-55. Recuperado de <http://www.cabdirect.org/abstracts/20013084097.html>
- Etzeberria-Arritxabal, I., Yanguas-Lezaun, J. J., Buiza-Bueno, C., Galdona-Erquicia, N. y González-Pérez, M. F. (2005). Eficacia de un programa psicosocial con cuidadores de enfermos de Alzheimer: análisis de los resultados al año de seguimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 46-54. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75073-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75073-3)
- Farran, C. J., Gilley, D. W., McCann, J. J., Bienias, J. L., Lindeman, D. A. y Evans, D. A. (2007). Efficacy of behavioral interventions for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 944-960. <https://doi.org/10.1177/0193945907303084>
- Ferré-Grau, C., Sevilla-Casado, M., Boqué-Cavallé, M., Aparicio-Casals, M. R., Valdivieso-López, A. y Lleixà-Fortuño, M. (2012).

- Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria*, 44, 695-702. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.008>
- Finkel, S., Czaja, S. J., Schulz, R., Martinovich, Z., Harris, C. y Pezzuto, D. (2007). E-care: A telecommunications technology intervention for family caregivers of dementia patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 443-448. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180437d87>
- Gallagher-Thompson, D. y Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22, 37-51. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.37>
- Gallagher-Thompson, D., Gray, H. L., Dupart, T., Jiménez, D. y Thompson, L. W. (2008). Effectiveness of cognitive/behavioral small group intervention for reduction of depression and stress in non-Hispanic white and Hispanic/Latino women dementia family caregivers: Outcomes and mediators of change. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 286-303. <https://doi.org/10.1007/s10942-008-0087-4>
- Gallagher-Thompson, D., Gray, H. L., Tang, P. C., Pu, C. Y., Leung, L. Y., Wang, P. C., ... Thompson, L.W. (2007). Impact of in-home behavioral management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese caregivers: Results of a pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 425-434. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180312028>
- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y. M., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... Shyu, Y. I. (2012). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. *Clinical Gerontologist*, 35, 316-355. <https://doi.org/10.1177/08982643116660414>
- Gant, J. R., Steffen, A. M. y Lauderdale, S. A. (2007). Comparative outcomes of two distance-based interventions for male caregivers of family members with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22, 120-128. <https://doi.org/10.1177/1533317506298880>
- Godwin, K. M., Mills, W. L., Anderson, J. A. y Kunik, M. E. (2013). Technology-driven interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28, 216-222. <https://doi.org/10.1177/1533317513481091>
- Hiel, L., Beenackers, M. A., Renders, C. M., Robroek, S. J. W., Burdorf, A. y Croezen, S. (2015). Providing personal informal care to older European adults: Should we care about the caregivers' health? *Preventive Medicine*, 70, 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.028>
- Hou, R. J., Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Hung, A. T., Lo, H. H. M., Chan, P. H., ... Ma, S. H. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 45-53. <https://doi.org/10.1159/000353278>
- IMERSO. (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Retrieved from www.seg-social.es/imerso
- IMERSO. (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España*. Recuperado de https://www.incub.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2011/p04/j0/yfile=04143.pxyl=0%0A>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Estadística del padrón continuo*. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Indicadores demográficos básicos*. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxi/T3/Datos.htm?t=1489%0A>
- Joling, K. J., van Marwijk, H. W. J., Smit, F., van der Horst, H. E., Scheltens, P., van de Ven, P. M., ... van Hout, H. P. J. (2012). Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PloS one*, 7(1): e30936. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030936>
- Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., ... Cooper, C. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 347, f6276. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6276>
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15, 57-76.
- Losada, A., Márquez-González, M. y Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: Effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1119-1127. <https://doi.org/10.1002/gps.2648>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V. y Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 760-772. <https://doi.org/10.1037/ccp0000028>
- Marim, C. M., Silva, V., Taminato, M. y Barbosa, D. A. (2013). Effectiveness of educational programs on reducing the burden of caregivers of elderly individuals with dementia: A systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 21, 267-275 9p. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700033>
- Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G. y Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging and Mental Health*, 11, 616-625. <https://doi.org/10.1080/13607860701368455>
- Martín-Carrasco, M., Franco, M., Pelegrín, C., Roy, P., Iglesias, C., Ros, S., ... Balaña, M. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 489-499. <https://doi.org/10.1002/gps.2142>
- Mittelman, M. S., Brodaty, H., Wallen, A. S. y Burns, A. (2008). A 3-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 893-904. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181898095>
- Moore, R. C., Chattillion, E. A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., Mills, P. J., ... Mausbach, B. T. (2013). A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behaviour Research and Therapy*, 51, 623-632. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.005>
- Oken, B. S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D. y Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16, 1031-1038. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0733>
- Otero, P., Smit, F., Cuijpers, P., Torres, A., Blanco, V. y Vázquez, F. L. (2015). Long-term efficacy of indicated prevention of depression in non-professional caregivers: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45, 1401-1412. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002505>
- Parra-Vidales, E., Soto-Pérez, F., Perea-Bartolomé, M. V., Franco-Martin, M. A. y Muñoz-Sánchez, J. L. (2017). Intervenciones online para cuidadores de personas con demencia: revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45, 116-126.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. I. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pendergrass, A., Becker, C., Hautzinger, M. y Pfeiffer, K. (2015). Dementia caregiver interventions: A systematic review of caregiver outcomes and instruments in randomized controlled trials. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17, 459-468.
- Perren, S., Schmid, R. y Wettstein, A. (2006). Caregivers adaptation to change: The impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregivers subjective well-being. *Aging and Mental Health*, 10, 539-548. <https://doi.org/10.1080/13607860600637844>
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1079-5014 (Print)), 126-137. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126>
- Pusey, H. y Richards, D. (2001). A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5, 107-119. <https://doi.org/10.1080/13607860120038302>
- Rodríguez-Sánchez, E., Patino-Alonso, M. C., Mora-Simón, S., Gómez-Marcos, M. A., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A. y García-Ortiz, L. (2012). Effects of a psychological intervention in a Primary Health Care Center for caregivers of dependent relatives: A randomized trial. *The Gerontologist*, 53, 397-406. <https://doi.org/10.1093/geront/gns086>
- Sancho, M., Díaz, R., Castejón, P. y Barrio, E. del (2007). Las personas mayores y las situaciones de dependencia. *Revista Del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 70, 13-43. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2507626&yorden=271482&yinfo=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2507626>
- Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketos, C. y Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of affective disorders*, 101, 75-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.025>
- Sepe-Monti, M., Vanacore, N., Bartorelli, L., Tognetti, A. y Giubilei, F. (2016). The Savvy Caregiver Program: A probe multicenter randomized controlled pilot trial in caregivers of patients affected by Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 54, 1235-1246. <https://doi.org/10.3233/JAD-160235>

- Steffen, A. M. y Gant, J. R. (2016). A telehealth behavioral coaching intervention for neurocognitive disorder family carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 195-203. <https://doi.org/10.1002/gps.4312>
- Tremont, G., Duncan Davis, J., Bishop, D. S. y Fortinsky, R. H. (2008). Telephone-delivered psychosocial intervention reduces burden in dementia caregivers. *Dementia*, 7, 503-520. <https://doi.org/10.1177/1471301208096632>
- Trukeschitz, B., Schneider, U., Mühlmann, R. y Ponocny, I. (2012). Informal eldercare and work-related strain. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 257-267. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs101>
- Vázquez, F. L., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, Á. y Díaz-Fernández, O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: revisión sistemática y meta-análisis [Efficacy of brief psychological interventions to reduce depressive symptoms in caregivers: A systematic review ...]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 173-188. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.3.2015.15891>
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P. y Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46, 178-188. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70021-4](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70021-4)
- Vázquez, F. L. y Otero, P. (2009). La eficacia de las intervenciones psicológicas en la reducción de síntomas depresivos en cuidadores de personas con demencia: una revisión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 573-593.
- Vázquez, F. L., Otero, P., Torres, A., Hermida, E., Blanco, V. y Díaz, O. (2013). A brief problem-solving indicated prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25, 87-92. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.89>
- Vitaliano, P. P., Zhang, J. y Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>
- Weinbrecht, A., Rieckmann, N. y Renneberg, B. (2016). Acceptance and efficacy of interventions for family caregivers of elderly persons with a mental disorder: A meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 28, 1615-1629. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000806>
- Williams, V. P., Bishop-Fitzpatrick, L., Lane, J. D., Gwyther, L. P., Ballard, E. L., Vendittelli, A. P., ... Williams, R. B. (2010). Video-based coping skills (VCS) to reduce health risk and improve psychological and physical well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 72, 897-904. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181fc2d09>
- Winter, L. y Gitlin, L. N. (2007). Evaluation of a telephone-based support group intervention for female caregivers of community-dwelling individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21, 391-397. <https://doi.org/10.1177/1533317506291371>
- Yin, T., Zhou, Q. y Bashford, C. (2002). Burden on family members: Caring for frail elderly. A meta-analysis of interventions. *Nursing Research*, 51, 199-208. <https://doi.org/10.1097/00006199-200205000-00009>
- Zabalegui, A., Navarro, M., Cabrera, E., Gallart, A., Bardallo, D., Rodríguez, E., M., ... Argemí, J. (2008). Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43, 157-166. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71176-4](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71176-4)