

# **TRABAJO PRÁCTICO**

DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA 2017

## **SÍNDROME DE SOBRECARGA**

### **DEL CUIDADOR INFORMAL**

**La Enfermera Familiar y Comunitaria profesional de  
referencia para la prevención y el tratamiento**

**Ana María García Soletó**

## **Índice**

1. Introducción
2. Metodología
3. Resultados
4. Discusión
5. Conclusiones

## **Introducción**

Los cambios demográficos actuales: Aumento de la esperanza de vida, Envejecimiento de la población; así como las mejoras en materia de sanidad (tanto asistencial como de salud pública), junto con el estilo de vida actual, tienen como consecuencia, una sociedad con un aumento del número de personas ancianas y/o dependientes, que son muy demandantes de asistencia y que a la vez, también son las que utilizan más recursos sociosanitarios (1). En España (INE) en 2016, el número total de personas > 65 a. es el 19,94% del total, de este porcentaje el 6,84% son >de 80 años, se ha producido un incremento de algo más de 1% en los últimos 15 años. Según la Encuesta Nacional de Salud (2016) de las personas de 85 años y mayores, aproximadamente el 30% de los hombres y el 60% de las mujeres, tienen dificultades para las actividades instrumentales básicas y el aseo personal.(2- 4). Para los próximos años se espera que estas cifras vayan en aumento. Según el IMSERSO, Hoy en día de forma global, el 20% de la población supera los 80 años y el 17% de la población supera los 85 años. A ellos se destina el 70% del gasto farmacéutico. Las estimaciones demográficas prospectivas apuntan a que en nuestro país, para el 2050, el 17% de las personas de más de 65 años, carecerá de autonomía para realizar actividades tanto instrumentales, como básicas (5- 7).

Cambios socioeconómicos como la incorporación de la mujer al trabajo, podrían poner en peligro el “derecho a envejecer en casa”, que es el objetivo de las políticas sociosanitarias en los países desarrollados (6).

Envejecer en el domicilio, es sin duda lo que desean las personas ancianas y sus familias, es un derecho, además de ser una solución a un problema socioeconómico y sociosanitario, que puede plantearse dentro de pocos años. Envejecer en el domicilio,

requiere del compromiso y el esfuerzo de familiares y entorno de la persona anciana. Adquiere así una gran relevancia el cuidador informal, CI (cuidador familiar o cuidador principal). En la actualidad, se calcula que el 85% de la ayuda que requieren las personas dependientes la presta la familia (8, 9).

La actividad de cuidar, requiere un esfuerzo importante: Físico, emocional, económico y/o social, lo que puede ocasionar problemas de salud a la persona que cuida. Las personas cuidadoras, son más susceptibles de padecer problemas físicos o emocionales que las que no lo son. Según algunas fuentes, en España, existe la mayor diferencia de bienestar entre las personas que cuidan con respecto a las que no lo hacen, de toda la zona Euro (10).

**Cuidador informal** es “La persona que presta cuidados en el contexto familiar sin recibir prestación económica por ello” (11). La ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia define *el cuidado informal* como “La atención prestada a personas en situación de dependencia, en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”<sup>1</sup>. En la actualidad, se manejan definiciones que definen el cuidado informal desde el punto de vista de las relaciones y también, teniendo en cuenta el tiempo durante el que se prestan los cuidados.

Definiendo el **cuidado informal** como “*El proporcionado por la familia o entorno familiar, en el hogar, a personas ancianas o enfermas y dependientes. Que se basa en relaciones de afecto o parentesco, no es remunerado y sin límite de tiempo*” (12)

---

<sup>1</sup> LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Artículo 2 punto 5. Disponible en <https://goo.gl/J2Spb7>

*El perfil del cuidador informal*, ha sido ampliamente estudiado, y como ponen de manifiesto diversas fuentes, podría decirse que coincide con: Mujer adulta, de entre 45 y 64 años; que convive con el paciente (79% de los casos); no tiene trabajo remunerado fuera de casa (70% de los casos); dedica al menos 3h al día a los cuidados, con una duración media de 5 años; consume psicofármacos (30 % de los casos aproximadamente); tiene estudios primarios; el apoyo más frecuente que recibe procede de otros familiares, generalmente también mujeres (hermanas, hijas principalmente) (13). Una de cada cuatro mujeres cuida a una persona mayor o enferma (4). El cuidador asume tareas, a veces de forma imprevista, que pueden ser complejas, y para las que no ha recibido formación ni la información adecuada. Esta situación provoca en el cuidador inseguridad y puede llegar a ocasionar un deterioro de la salud: Ansiedad y/o depresión, lo que puede ser la causa del consumo de psicofármacos; problemas físicos como dolor de espalda; deterioro en las relaciones sociales y familiares como aislamiento social; empeoramiento de la situación económica familiar (14), si no se interviene a tiempo, acaba ocurriendo un deterioro en los cuidados que presta y en definitiva una quiebra en el sistema de cuidados.

*El síndrome de sobrecarga del cuidador*, lo definió por primera vez Zarith, en la década de los 80: “*el conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionales, sociales y económicos, que se producen en las personas como consecuencia de la actividad como cuidadora*”. Elaboró también un cuestionario para medir el grado de sobrecarga, junto con los cuestionarios de Ansiedad y depresión de Goldberg (EGA, EGD) permiten clasificar a los cuidadores por su nivel de sobrecarga.

La sobrecarga del cuidador se ha estudiado principalmente en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer concluyendo, que aproximadamente la mitad de los cuidadores padece una sobrecarga entre moderada y severa (15).

En la actualidad, al hablar de sobrecarga se hace referencia a la *sobrecarga objetiva*, es decir las actividades, el conflicto de rol que debe asumir la persona que cuida, se refiere a las repercusiones o carga física y a la *carga subjetiva*, se refiere a las emociones, los sentimientos, los pensamientos negativos y la percepción que el cuidador tiene sobre su actividad de cuidar, (pensamientos disfuncionales), que tienen una gran relevancia para la aparición del cansancio o sobrecarga del cuidador (16).

El cuidador informal de personas dependientes, por el contrario, manifiesta *bienestar* cuando está satisfecho emocionalmente, con el acto de cuidar, este es un importante objetivo a conseguir y a lo que deben ir encaminadas las actuaciones que se lleven a cabo.

Los cuidadores informales constituyen un colectivo, cada vez más numeroso y según algunos estudios, **descuidan el autocuidado** y tardan en demandar asistencia sanitaria. Son un grupo de riesgo que requiere captación activa. Para llevar a cabo las intervenciones, algunas fuentes recomiendan que se individualicen (17,18).

La sustitución total de cuidados informales por cuidados formales, no es socialmente deseable ni tampoco económicamente posible. En España la familia se considera como soporte fundamental del cuidado a los pacientes dependientes. Es un modelo bien asentado, En otros países de Europa en la actualidad, se intenta impulsar esta modalidad de cuidado, promoviendo el “envejecer en casa” (16).

El aumento de personas en situación de dependencia, genera a su vez un aumento de la demanda de asistencia a domicilio. Los Equipos de atención primaria, son los que gestionan esta demanda y el profesional del equipo, de referencia en la atención domiciliaria, es la enfermera de Atención primaria. Está capacitada para hacer una valoración integral de los cuidados que se prestan en el domicilio y también, de los riesgos. Identifica y valora las necesidades del cuidador informal, con la finalidad de gestionar unos cuidados de calidad, para conseguir calidad de vida a la vez que para procurar una mejora en los cuidados a la persona dependiente, siempre en colaboración con el resto del equipo (19-21). Actuar de forma eficaz, permitirá posiblemente, una disminución de los costes sociosanitarios, permitirá optimizar los recursos existentes, disminuyendo la demanda de asistencia urgente, así como los ingresos hospitalarios y conseguir el bienestar de las familias cuidadoras (8, 21).

*El objetivo* de esta revisión, es la búsqueda bibliográfica de diferentes tipos de intervención en cuidadores informales. Analizar con que intervención se consiguen mejores resultados en la sobrecarga del cuidador. Si pueden utilizarse en Atención Primaria, con la finalidad de mejorar o prevenir la sobrecarga y como consecuencia de ello, mejorar los cuidados y evitar la quiebra familiar.

### **Metodología**

*Búsqueda:* en Clinical key, Google académico y Pub med.

*Palabras clave:* Cuidador informal. Cuidador familiar. Cuidador principal. Caregivers. Terapia grupal. Sobrecarga del cuidador. Bienestar. Síndrome del cuidador.

*Filtros:* Establecí los límites de tiempo (10 años) e idioma (español e inglés),

He seleccionado para la revisión aquellos artículos que se refieren a **estudios de investigación** sobre la eficacia de las intervenciones en los cuidadores para mejorar el síndrome del cuidador informal publicados en los últimos 10 años (2007-17). No revisiones bibliográficas.

La principal dificultad que he encontrado, es que la bibliografía es muy abundante cuando se refiere al estudio del cuidador informal, el perfil del cuidador y las causas de sobrecarga del cuidador, y no tanta bibliografía referida a las intervenciones en cuidadores, en los últimos 10 años.

### **Resultados**

En la bibliografía revisada, encuentro diferentes tipos de intervención: Las intervenciones **Psicoeducativas**, cognitivo conductuales y de resolución de problemas (22-27). Intervenciones **Mindfulness** meditación, conocimiento y control del cuerpo (28). Intervenciones de **ejercicio físico** (29). Algunas son grupales y se llevan a cabo en un centro (23, 25, 26, 28), en algún caso lo completan con actividades para el domicilio; otras son individuales, se realizan en el domicilio del cuidador informal (22, 25, 27, 29), entre ellas una ha utilizado **internet**, lo que requirió la instalación de equipos informáticos. Las intervenciones individuales, en el domicilio, obtienen un grado de cumplimiento (22, 27, 29), en algunos casos alcanza el 100%: en la de ejercicio físico, los únicos abandonos son debidos a defunciones de la persona dependiente, tanto en el grupo control como en el grupo experimento (25,29). No hay unanimidad en cuanto a la duración de las sesiones, varía de 60-120 minutos, coinciden en que tienen una periodicidad semanal, el número de sesiones también es variable entre 10 y 24.



En lo que se refiere al contenido: Algunas intervenciones tienen un programa fijo, con unos contenidos previamente definidos, aunque en alguna intervención permiten alterar el orden para adaptarlo al grupo (23, 25, 27, 29); en otras intervenciones, las sesiones se elaboran teniendo en cuenta las necesidades de los cuidadores, tras pasar un cuestionario diseñado para ello, una vez seleccionada la muestra. (22, 24, 26, 28).

Los estudios, coinciden en general en el análisis de las variables sociodemográficas, edad, sexo, relación familiar con la persona dependiente, convivencia o no con ella, apoyos formales/informales, APGAR familiar, también coinciden en el estudio de variables sobre los problemas de salud físicos (dolor); la intervención de ejercicio físico también analiza las variables fuerza física, flexibilidad, resistencia y equilibrio.

También hay semejanza en las variables psicológicas que analizan: ansiedad, depresión, estrés, satisfacción con el cuidado, pensamientos disfuncionales sobre el cuidado. No utilizan sin embargo, los mismos cuestionarios para medir una misma variable.

En el análisis preintervención, independientemente del tipo de estudio y del cuestionario utilizado, Todos los cuidadores, padecen un nivel de sobrecarga: ansiedad y/o depresión en mayor o menor grado y menor atención a las propias emociones, además, manifiestan falta de conocimientos sobre la enfermedad, déficit en el afrontamiento, ausencia de tiempo libre, aislamiento, pensamientos disfuncionales sobre el cuidado.

Las principales necesidades de formación de los cuidadores, hacen referencia a: Traslado y movilización de pacientes, manejo de oxigenoterapia, aspiración de secreciones, comunicación y manejo de emociones, cuidados generales del paciente dependiente al que cuidan (26),

El perfil del cuidador que definen las variables sociodemográficas y socioeconómicas tras la valoración preintervención, coincide con el perfil definido por cualquier otro estudio previo, mujer, de una edad media 55 años; hija, esposa, madre, hermana (con menor frecuencia); sin actividad laboral remunerada; con pocos apoyos externos, si existen, proceden habitualmente del entorno familiar.

En el análisis post intervención. En todas las intervenciones se ha producido una mejoría estadísticamente significativa en las variables psicológicas: ansiedad y depresión, excepto en la intervención de ejercicio físico en la que solo mejora con significación estadística, la variable depresión (29).

En algún estudio tras el análisis, se aprecia una ligera tendencia a la mejoría de variables socioeconómicas, aunque sin significación estadística (utilización del tiempo libre y mejora de la economía familiar) (25). El APGAR familiar, mejora en sesiones Psicoeducativas con contenidos adaptados a las necesidades (26), en otras intervenciones o no mejora o no se analiza esta variable.

En la intervención por internet, mejoran las variables ansiedad y depresión (24), las otras variables no se modifican o no es estadísticamente significativo.

En la intervención Mindfulness, mejora la variable salud percibida y los indicadores de sobrecarga: ansiedad, depresión, pensamientos disfuncionales (28).

En el análisis post intervención de las intervenciones Psicoeducativas grupales, mejoran con significación estadística un número mayor de variables, en las intervenciones grupales con interacción entre iguales, se obtienen mejores resultados en satisfacción con el cuidado.

No hay datos de análisis a medio y largo plazo, salvo para la intervención Mindfulness en la que los datos indican que no se mantuvo la mejoría inicial.

### **Discusión**

La valoración integral del cuidador, al hacer el análisis preintervención, en todos los estudios, pone de manifiesto problemas de salud física, psicológica social y económica, con mayor o menor nivel de severidad, que requieren una intervención en profundidad. Los datos que resultan de este análisis no aportan nada nuevo a los estudios previos, que ponen de manifiesto que los cuidadores informales padecen sobrecarga en mayor o menor grado de severidad.

Las intervenciones llevadas a cabo por equipos multidisciplinares, tienen en común que favorecen una mejoría de los síntomas generadores de sobrecarga, ansiedad y depresión, con significación estadística. El APGAR familiar mejora, en las intervenciones con contenido adaptado a las necesidades de los cuidadores.

El absentismo, en las intervenciones individuales y en el domicilio del cuidador, es menor que en las que se realizan en los centros, es un dato a tener en cuenta. Algunos estudios en intervenciones grupales, hacen referencia al absentismo, relacionándolo con las condiciones particulares del cuidado de una persona dependiente, así como con la percepción de “falta de tiempo. Algunas fuentes consideran que el nivel de abandonos puede superar el 20%, la asistencia a todas las sesiones solo lo hace el 30% de los cuidadores aproximadamente (30).

Los estudios analizados se han llevado a cabo con muestras pequeñas, algunas no se han obtenido de forma aleatoria. Además no hay homogeneidad en el análisis de los

datos, no todos los estudios analizan las mismas variables y estas no son siempre medidas con los mismos cuestionarios, aunque todos son validados. La comparación entre ellos no es posible de ahí que analice solo resultados.

Las intervenciones Psicoeducativas, no necesitan importantes inversiones salvo la formación del personal para ello, por lo que pueden ser costoefectivas. Son intervenciones muy utilizadas, en otros campos además del sociosanitario y han sido ampliamente estudiados sus resultados, tanto si la metodología es cognitivo conductuales, como si se basan en la resolución de problemas (30). Otras intervenciones, que requieren inversiones para llevarlas a cabo como la instalación de equipos informáticos, (lo que puede ser un inconveniente), no aporta unos beneficios en el cuidador que iguale o mejore los conseguidos con las intervenciones psicoeducativas.

Los cuidadores informales, son un grupo con riesgo de sobrecarga, es necesaria una valoración integral que lo detecte y también son necesarios profesionales que lleven a cabo las intervenciones adecuadas para mejorarla o prevenirla. La individualización de las intervenciones contribuye a que se consigan mejores resultados en las variables estudiadas y disminuye el absentismo. La interacción en grupos de iguales también es positiva, por lo que las intervenciones con metodología mixta, deberían tenerse en cuenta.

Tras el análisis, podría decirse que una intervención, llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, con sesiones individualizadas, que tengan contenidos basados en las necesidades de los cuidadores, llevadas a cabo en el domicilio y que de forma simultanea o con posterioridad, realice actividades grupales con contenidos de control de las emociones y ayuda a mejorar el afrontamiento, con posibilidad de tener un contacto con un

profesional referente que solucione o contribuya a solucionar necesidades puntuales, sería una intervención ideal. Esta intervención puede gestionarse desde La Atención Primaria.

Las intervenciones Psicoeducativas no son novedosas en Atención Primaria, ya se llevan a cabo iniciativas de este tipo con otras finalidades, que están obteniendo buenos resultados en salud, sería conveniente aprovechar estas iniciativas, adaptando los contenidos a las necesidades de los cuidadores, con la finalidad de mejorar la salud y disminuir el riesgo en este grupo de población.

Los Equipos de Atención Primaria, son equipos multidisciplinarios, que están capacitados para asumir esta tarea, con funciones de atención a la familia y la comunidad. En su cartera de servicios está incluida la atención al cuidador del paciente dependiente. Entre las actividades que incluye se encuentran la identificación del cuidador principal y la valoración integral de este. La atención centrada en el individuo de espaldas a la familia y a la comunidad deja sin resolver una buena parte de los problemas de la atención al cuidador del paciente dependiente. Es necesaria una atención centrada en la familia y en la comunidad.

La Enfermera familiar y comunitaria tiene un papel muy importante como profesional referente en la atención a domicilio, aportando una visión global de las necesidades de cuidador del paciente dependiente, detectando los riesgos de que este cuidado se deteriore, puede identificar al cuidador informal, hacer una valoración de sus necesidades, así como de los riesgos existentes, iniciar intervenciones ante las necesidades planteadas por el cuidador, puede coordinar con otros miembros del equipo otras intervenciones, puede facilitar la continuidad de los cuidados y hacer el seguimiento, hacer evaluaciones periódicas, para identificar los riesgos y prevenir las complicaciones.

Son necesarios estudios con tamaños muestrales grandes, aleatorizados, que permitan comparar diferentes tipos de intervención y evaluaciones a medio y largo plazo de los resultados, para conocer si los beneficios de las intervenciones se mantienen y si son necesarias intervenciones de refuerzo, incluso con que periodicidad deben hacerse para mantener los beneficios.

Hay iniciativas en algunas comunidades Autónomas, dirigidas a pacientes con cuidados críticos, (Enfermera gestora de casos, Enfermera de enlace), se trata de intervenciones mixtas, psicoeducativas, con apoyo telefónico. Se han obtenido resultados positivos en los cuidados y disminución de ingresos en hospital, en las áreas sanitarias en las que se implantó, el modelo es eficaz y se extendió a nuevas áreas sanitarias. No son intervenciones dirigidas principalmente a los cuidadores, aunque en estas intervenciones también hay actividades dirigidas a ellos. (31).

Una enfermera referente en Atención Primaria, miembro del Equipo, que coordine la atención a los pacientes en situación de dependencia y sus cuidadores sin duda sería la solución. La enfermera Familiar y Comunitaria, tiene el perfil de formación y competencias necesarias para ello.

### **Conclusiones**

Los cuidadores informales, constituyen un grupo de riesgo cada vez más numeroso, con necesidades de formación, de mejorar su salud, física y psicológica, además de necesidades afectivas, sociales y económicas, que requieren solución.

Son una pieza clave en un sistema, tradicionalmente establecido en nuestro país, de atención al paciente dependiente en el domicilio. Contribuyen a hacer posible el

envejecimiento en el entorno familiar. La sobrecarga del cuidador pone en riesgo de quiebra este modelo.

Los Equipos multidisciplinares de Atención Primaria, tienen entre sus funciones la atención al anciano frágil, a la persona dependiente y al cuidador de la persona dependiente. Desde el Equipo se pueden llevar a cabo intervenciones de resolución de problemas y/o psicoeducativas, que son eficaces para abordar al cuidador y tratar o prevenir la sobrecarga.

La enfermera familiar y comunitaria, es la figura referente para la atención en el domicilio al paciente dependiente y al anciano frágil. Está capacitada para captar al cuidador y hacer una valoración de las necesidades y del riesgo, lleva a cabo actividades profesionales inherentes a la enfermería (cuidados invisibles) que contribuyen al bienestar y mejoría de las personas, tanto o más que las actividades técnicas y delegadas dirigidas al plano únicamente físico de la persona.

Impulsar esta figura es necesario, así como facilitar la formación de los profesionales y organizar las agendas para adaptarlas a una forma de trabajo diferente, menos asistencialista, con más actividad comunitaria y de EpS,

Es necesario impulsar la atención a la familia y la comunidad, en los Equipos de Atención Primaria.

## **Bibliografía**

1. 1º Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en personas mayores [Internet]2007[citado el 1 de agosto de 2017]:4. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/XwPFJR>
2. Instituto Nacional de Estadística.[Internet] 2016 [citado el 1 de agosto de 2017]. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/pw2e3gt>, <https://goo.gl/W7Y4ru>
3. Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura 2017-2023. Análisis de Situación. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2017 [citado el 19 de agosto de 2017]:19. Disponible en <https://goo.gl/PhPPnm>
4. Encuesta Nacional de Salud de España. [Internet] 2016[citado el 3 de agosto de 2017] Recuperado a partir de: <https://goo.gl/f93FXN>
5. IMSERSO. Ministerios de sanidad, servicios sociales e igualdad. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2014 [Internet] 2015:137. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/8xDQrx>
6. Portal Mayores (2009). “Las demandas de los mayores en Europa”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores [Internet] 2009 [citado el 13 de agosto de 2017];94:7. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/tjbKZW>
7. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. Atención Primaria [Internet] 2014 [citado el 5 de Agosto de 2017];46(9):475-482. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.004>



8. Canga A, Vivar CG, Naval C. Dependencia y familia cuidadora: Reflexiones para un abordaje familiar. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2011 [citado 19 agosto de 2017];34(3):463-469. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300012>
9. Abellán A, Esparza C. Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. *Informes Portal Mayores* [Internet] 2010 [citado el 12 de agosto de 2017];99. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/UzkH65>
10. Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. Ageing in Spain: it's a challenge or social problema?. *Gerokomos* [Internet]. 2012 [citado el 19 de agosto de 2017];23( 4 ): 151-155. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>
11. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. *Revista Motivación Emoción* [Internet] 2012 [citado el 19 de agosto de 2017];1:22-30. Recuperado a partir de: [http://reme.uji.es/reme/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf](http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf)
12. Vaquero Rodríguez S, Stieповich Bertoni J. Cuidado Informal, Un Reto Asumido Por La Mujer. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 [citado el 18 de agosto de 2017];16(2):17-24. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
13. Esteban Gimeno A, Mesa Lampre M. Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2008 [citado el 11 de agosto de 2017];8;43:146-53. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71174-0](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71174-0)
14. Félix Alemán A, Aguilar Hernández RM, Martínez Aguilar ML, Ávila Alpírez H, Vázquez Galindo L, Gutiérrez Sánchez G. “Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas”. *Cultura*

- Cuidados [Internet] 2013 [citado 11 de agosto de 2017];17(36):50-58.  
<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.06>
15. X. Badia NL, Suriñach MR. Calidad de vida: Tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Aten Prim [Internet] 2004 [citado el 21 de agosto de 2017];34(4):170-177.  
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78904-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78904-0)
  16. Lamura G, Mnich E, Nolan M, Wojszel B, Krevers B, Mestheneos L, et al. Family carers' experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE study. Gerontologist [Internet] 2008 [citado 1 de agosto de 2017];48(6):752-771. <https://doi.org/10.1093/geront/48.6.752>
  17. Pérez Trullena JM, Abanto Aldb J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia) Aten Primaria [Internet] 1996 [citado el 1 de agosto de 2017];18:194-202. Recuperado a partir de:  
<https://goo.gl/rwJRLj>
  18. Delgado Parada E, Suarez Alvarez O, de Dios del Valle R, Valdespino Paez I, Sousa Avilac Y, Braña Fernandez G. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. Semergen-Medicina de Familia [Internet] (2014) [citado 1 de agosto de 2017];40(2):57-64. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.04.006>

19. García Alcaraz F, Delicado Useros V, Alfaro Espín A, Lopez-Torres Hidalgo J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. Rev. Aten Primaria [Internet] 2015 [citado el 3 de agosto de 2017];47(4):195-204. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.05.008>
20. Modrego Aznar MF. Cuidados visibles e invisibles de enfermería en la población con patologías crónicas. Enfermería Comunitaria [Internet] 2013 [citado el 3 de agosto de 2017];9(1).Recuperado a partir de: <https://goo.gl/DMW5xh>
21. IMSERSO. Autonomía personal y dependencia.[Internet] 2017 [citado el 1 de agosto de 2017] Recuperado a partir de: <https://goo.gl/jZnCUX>
22. Lizarraga Armentia V, Artetxe Uribarri I, Pousa Mimbrero N. Eficacia de una intervención psicológica a domicilio dirigida a personas cuidadoras de mayores dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontolog [Internet] 2008 [citado el 8 de agosto de 2017];43(4):229-234. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71187-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71187-9)
23. Arritxabal Etxeberia I, Garcia Solera A, Iglesias Da Silva A, Urdaneta Artola E, Orea Gonzalez I, Diaz Veiga P, et al, Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer, Rev Esp Geriatr Gerontolog [internet] 2011 [citado el 8 de agosto de 2017];46(4): 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.12.009>

24. Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaafink RBM, Cuijpers P, Pot AM. Effectiveness of an Internet Intervention for Family Caregivers of People with Dementia: Results of a Randomized Controlled Trial. PLOS ONE [Internet] 2015 [citado el 24 de agosto de 2017];10(2):e0116622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116622>
25. Espin Andrade AM. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cub Salud Pública [Internet] 2009 [citado el 8 de agosto de 2017];35(2). <https://goo.gl/GVCxxh>
26. Franco Cl, Sola MM, Justo E, Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). Rev Esp Geriatr Gerontolog [internet] 2010[citado el 8 de agosto de 2017];45(5):252-258. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.03.006>
27. Sanchez-Martinez RT, Molina-Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Rev Cuid. [Internet] 2016 [citado el 23 de julio de 2017];7(1):1171-84. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
28. Martinez Lazcano F, Aviles Cura M, Ramirez Aranda JM, Riquelme Heras .H, Garza Elizondo T, Barron Garza F, Impacto de una intervención psicosocial en la carga del cuidador de niños con parálisis cerebral, Atención primaria [internet] 2014 [citado el 11 de agosto de 2017];46(8):401-407. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.005>

29. Madruga Vicente M, Gozalo Delgado M, Gusi Fuertes N, Prieto Prieto J. Efectos de un programa de ejercicio físico a domicilio en cuidadores de pacientes de Alzheimer: un estudio piloto. Rev Psicología Deporte [internet] 2009 [citado el 19de agosto de 2017];18(2):255-270. Recuperado a través de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235119253008>
30. Losada-Baltar A, Izal-Fernández de Trocóniz M, Montorio-Cerrato I, Márquez-González M, Pérez-Rojo G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. Rev Neurol [Internet] 2004 [citado el 28 de agosto de 2017];38(8):701-708. Recuperado a través de: <https://goo.gl/BbJGPj>
31. MORALES-ASENCIO JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clín [Internet] 2014 [citado el 25 de agosto de 2017];24(1):23-34. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>