



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo Fin de Grado

Curso 2024/2025

Convocatoria Junio



Modalidad: Diseño de una propuesta de intervención

Título: Cuidando(me) - Programa de intervención dirigido a cuidadores informales de pacientes con Alzheimer en etapa moderada

Autor: Carmen Lucía Martínez Altarejos

Tutora académica: Pérez Jover, María Virtudes

Elche a 2 de Junio de 2025

Índice

1. Resumen	1
2. Introducción	2
3. Método	6
3.1 Evaluación de las necesidades	6
3.2 Descripción de la intervención	8
3.3 Participantes	9
3.4 Temporalización	10
3.5 Evaluación	13
3.6 Descripción de las sesiones	15
4. Discusión y conclusiones	19
5. Referencias bibliográficas	22
Anexos	29

1. Resumen

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva y persistente. Se desarrolla a lo largo de cinco etapas, durante las cuales el paciente va perdiendo de forma gradual su autonomía, hasta el punto en el que depende de otros para realizar actividades básicas como el aseo, alimentación o tomar medicación.

En la mayoría de los casos, estos cuidados recaen en familiares más cercanos, quienes asumen un nuevo rol como cuidador informal. Sin embargo, suelen carecer de la formación necesaria para llevar a cabo estos cuidados y es por eso que genera en ellos un impacto significativo a nivel físico, mental y emocional.

Con el objetivo de abordar esta problemática, se ha diseñado el programa “Cuidando(me)”, que integra los elementos más efectivos de programas existentes destinados a cuidadores de personas con demencias. Este programa está específicamente enfocado en cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer en la etapa moderada de la enfermedad. Consta de ocho sesiones destinadas a reducir la ansiedad, depresión y sobrecarga percibida, así como a mejorar la calidad de vida y los conocimientos de los participantes sobre la enfermedad mediante psicoeducación.

Palabras clave: Alzheimer, cuidadores informales, etapa moderada, psicoeducación

2. Introducción

Debido a los avances médicos la esperanza de vida se ha incrementado, por lo que nos encontramos ante una población más envejecida que padecen enfermedades progresivas como es el Alzheimer (González, Pérez & López, 2019), ya que la edad considerada como factor de riesgo es a partir de los 65 años.

El Alzheimer es clínicamente una demencia con comienzo insidioso y progresión lenta; en líneas generales comienza con fallos de la memoria reciente y termina con pacientes que tienen total dependencia de sus cuidadores, ya que necesitan ayuda para todo tipo de actividades (Donoso, A. (2001). Es importante, además mencionar la definición de demencia ya que la enfermedad de Alzheimer se encontraría dentro de esta denominación, puesto que es un término que engloba a varias enfermedades que afectan a la memoria, pensamiento y capacidad para realizar actividades cotidianas. Además, esta enfermedad empeora con el tiempo y afecta principalmente a personas de edad avanzada. Importante citar, que no significa que todas las personas que envejecen deben sufrir este tipo de enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Los porcentajes de prevalencia que encontramos en España, según estudios realizados y publicados por el ministerio de la sanidad, esta enfermedad ronda el 0,05% entre las personas de 40 a 65 años; 1,07% entre los 65-69 años; 3,4% en los 70-74 años; 6,9% en los 75-79 años; 12,1% en los 80-84; 20,1 en los 85-89; y 39,2% entre los mayores de 90 años. Teniendo en cuenta estos datos, se podría decir que en España el número de personas afectadas por Alzheimer, supera las 700.000 personas entre los mayores de 40 años (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

En la evolución de la enfermedad de Alzheimer, se podrían reconocer cinco etapas (Clínica Mayo, 2023).

La primera etapa hace referencia a la enfermedad de Alzheimer preclínica, dónde el paciente aún no muestra síntomas evidentes.

La segunda se centra especialmente en el leve deterioro cognitivo por la enfermedad, se muestran cambios muy leves en la memoria y capacidad de pensamientos, estos cambios no llegan a ser lo suficientemente significativos como para afectar a áreas importantes de la persona, como son el trabajo o relaciones interpersonales. Pero sí pueden tener lagunas mentales en información general o fácil de recordar, como haber tenido alguna conversación, citas, problemas para calcular el tiempo que puede llevar realizar una tarea, eventos etc. (Clínica Mayo, 2023).

La tercera etapa, se denomina leve y es principalmente cuando se diagnostica, ya que empieza a ser evidente para la familia y médicos. Algunos de los síntomas que se pueden presentar en esta etapa son pérdida de memoria de eventos recientes, problemas para resolver problemas, realizar tareas complejas o tener buen juicio, cambios en la personalidad o poca motivación para realizar y completar tareas, dificultad para organizar y expresar sentimientos y pérdida de pertenencias (objetos incluso aquellos considerados de valor) (Clínica Mayo, 2023).

Tras esta etapa, llegaría la etapa denominada como moderada dónde las personas se pueden confundir más, sufren olvidos más frecuentes y empiezan a necesitar ayuda en actividades diarias y cuidado personal. Algunas de las características que puede mostrar esta etapa son trastornos del lenguaje como son apraxias (trastorno que representa la incapacidad de llevar a cabo tareas o movimientos cuando se le (MedlinePlus, 2023) y síndrome de Gerstmann (afección neurológica), además de mostrar confusión profunda, pierden la noción de espacio-tiempo y presentan una pérdida de memoria aún mayor llegando a olvidar detalles de su vida personal. Por todos estos síntomas, puede ser que veamos a estos pacientes inquietos o agitados, incluso con arrebatos de comportamientos físicos y agresivos (Clínica Universidad de Navarra, s.f.)

Por último, la etapa grave, es la más avanzada y muestra una pérdida de capacidad para comunicarse y mantener conversaciones, problemas de cuidado personal impidiendo que puedan realizar actividades por sí mismos, por lo que necesitan asistencia total para comer, ducharse, etc. (Clínica Mayo, 2023). Se observa un deterioro de capacidades físicas, en esta etapa las personas son incapaces de caminar o sentarse, con el tiempo se pierde capacidad de tragar y controlar funciones de vejiga e intestino, por ello la persona queda incapacitada y postrada en cama, siendo dependiente de todos los cuidados por terceras personas que comúnmente suelen ser cuidadores informales (Donoso, Quiroz & Yulis, 1990).

Esta enfermedad, es considerada de las principales causas de discapacidad y dependencia, ya que suponen graves y progresivas limitaciones para realizar actividades básicas de la vida cotidiana de forma autónoma (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019). Por ello a medida que avanza esta enfermedad, los pacientes van necesitando ayuda y cuidados, los cuales especialmente suelen estar producidos por sus familiares quedando a un lado el papel del Estado, siendo este más reducido. (García-Calvente, Eguiguren & Mateo-Rodríguez, 2018)

Esta implicación de cuidado por parte de una persona que no está formada en cuidados específicos puede llegar a desbordarse con síntomas característicos como son agotamiento físico, emocional y mental debido a la responsabilidad de cuidar a un ser querido a largo plazo (Fernández Letamendi, 2021).

Por ello, es necesario implementar programas que vayan dirigidos a éstos cuidadores para que sean capaces de cuidar pero sin olvidar cuidar de ellos mismos. Intentando así que este nuevo rol tenga el menor impacto posible, ya que en muchos casos afecta a varias áreas personales como son tener que abandonar su trabajo, reducir el tiempo de ocio personal, modificación de hábitos para adaptarlos a los requeridos que implica el rol de cuidador y nuevos patrones de conducta (Ortega de la Torre, 2022).

Ya que estos cuidadores se van a tener que adaptar a este nuevo rol, es importante que conozcan la información necesaria sobre esta enfermedad para poder hacerse cargo de las necesidades particulares de la persona cuidada y las suyas propias, por ello, la psicoeducación es una variable destacada a tener en cuenta. Esto lo podemos observar en la mayoría de los estudios realizados y comparados para realizar este programa. (Anexo A)

Además, es fundamental destacar que este papel, considerado altamente estresante, puede provocar una sobrecarga. Esta se entiende como el conjunto de consecuencias emocionales, físicas y sociales derivadas de la labor de cuidado, las cuales pueden afectar el bienestar psicológico de quien atiende a un familiar con esta enfermedad (Giraldo Ospina, Cardona Orozco & Acevedo Osorio, 2016)

Podríamos decir que esta nueva responsabilidad repercute directamente en la calidad de vida del cuidador, según el análisis de González, Pérex y López (2019) a raíz de estos cuidados se produce un desgaste físico y emocional. Este hallazgo se alinea con lo planteado por Thomas, Saunders, Roland y Paddison (2015), quienes hallaron que los cuidadores en atención primaria mostraban una calidad de vida más baja a la de la población general. Por estos datos se ha llegado a la conclusión de que a medida que los problemas de salud y la demanda aumenta, se produce un aumento de la carga para el cuidador, disminuyendo los índices de su calidad de vida.

Otra de las variables relacionadas con el desarrollo de este rol, es la ansiedad, descrita como una emoción que se da en respuesta ante el estrés, normalmente es una respuesta adaptativa, pero cuando se dispara en momentos que no suponen una amenaza, se considera una respuesta desadaptativa. Esta variable, ha sido estudiada y mencionada en diferentes estudios como una variable destacada a analizar y trabajar con este tipo de cuidadores (Anexo A)

Por último, la variable depresión, se puede relacionar con este nuevo papel debido a que por falta de tiempo los cuidadores dejan de realizar actividades que les resultan placenteras y ya no disfrutan de su tiempo libre, esto perjudica a las relaciones sociales las cuales se ven alteradas. Además repercute en que los cuidadores ya no dedican tanto tiempo a sus necesidades personales y eso puede generar un estado de apatía y anhedonia de acuerdo con Pérez, M., Cartaya, M. y Olano, B. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer de acuerdo con la Revista Cubana de Enfermería 28(4), 509-520.

3. Método

3.1 Evaluación de las necesidades

Para desarrollar el programa de intervención dirigido a los cuidadores de personas con Alzheimer, en primer lugar se realizó una búsqueda exhaustiva para conocer la investigación e intervención de este ámbito. Se encontraron numerosos estudios que se encargan de prevenir el malestar en los cuidadores (Anexo A) usando especialmente como variable mejorar la calidad de vida de éstos. Como se puede percibir en esta tabla, la mayoría de los estudios llevan a cabo la intervención a través de psicoeducación, se observa en siete de los nueve estudios analizados (77.78%), como variable ansiedad se puede encontrar en cuatro de estos estudios (44.44%), sin embargo se debe mencionar que aunque no se trate como variable, puede estar mencionada en los estudios viéndose influida de manera indirecta en muchos de sus casos, como es en el programa “Efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal en la mejora del bienestar de personas cuidadoras de un familiar con enfermedad Alzheimer: Estudio CuiDem”, destaca como trabajando en la variable de apoyo social podemos disminuir la ansiedad de los participantes.

Las variables calidad de vida y sobrecarga percibida se encuentran en seis de los nueve estudios, lo que sería un total del 66.67%, otra de las variables más mencionadas sería depresión, presente en cinco estudios (55.56%).

Apoyo social y creencias, conocimientos y pensamientos disfuncionales se encuentra presente en tres de estos estudios (33.33%), a su vez, la variable resiliencia se puede observar en dos de ellos (22.22%). Por último, las variables menos citadas serían ambivalencia, habilidades comunicativas, necesidades psicológicas, físicas y sociales, bienestar psicológico, percepción de aspectos positivos de prestación de cuidados, estrés, estado de ánimo, comportamientos problemáticos del familiar que recibe los cuidados y dependencia. Cada una de ellas, se encuentran mencionadas en uno de los nueve estudios, por ello independientemente representan un 11.11%.

Tras analizar la presencia de estas variables en los estudios mencionados, se llega a la conclusión de que las variables más relevantes y reiteradas son psicoeducación, ansiedad, depresión, calidad de vida y sobrecarga percibida. Por esta razón, serán las variables utilizadas en este programa de intervención.

Sin embargo, se han encontrado ciertas limitaciones en estos estudios, por ello en este programa se tendrán éstas, para generar un programa de intervención unificado que resulte eficaz y eficiente para los participantes. Además, se tendrán en cuenta aquellas características que han resultado útiles y beneficiosas para ser incluidas en este programa. Algunas de las limitaciones más destacadas encontramos que un número elevado de sesiones provoca una baja adherencia al programa, tampoco se tienen en cuenta las diferencias individuales de los participantes, ni variables como desarrollo profesional, redes sociales, disponibilidad de tiempo y recursos económicos.

Otra limitación es no conocer el grado de deterioro cognitivo de los pacientes con Alzheimer o la familiaridad de éstos con sus cuidadores. Por lo que se demuestra que en muchos de estos programas se ha dejado a un lado al paciente que recibe los cuidados, centrando toda la atención en el bienestar emocional de los cuidadores.

3.2 Descripción de la intervención

El objetivo general es desarrollar un programa de intervención psicológica dirigido a cuidadores informales de personas con Alzheimer, que se encuentran en la etapa moderada de la enfermedad. Se realiza con la finalidad de generar un único programa, debido a que existen gran variedad que van dirigidos a los cuidadores de personas con Alzheimer o demencia, por ello, este programa recoge aquellas variables que mejor explican esta problemática con el fin de desarrollar un programa efectivo, unificado y específico. Este programa está diseñado para adaptarse a las necesidades de los cuidadores, como son aumentar tanto su calidad de vida como la de los cuidados, reducir la sobrecarga, reducir la ansiedad y depresión. Todo esto se llevará a cabo mediante intervenciones psicoeducativas, cognitivas conductuales y de apoyo social, siendo éstas las más efectivas tras la revisión de diferentes estudios.

Para la correcta realización de este programa es necesario contar con un recinto amplio que disponga de proyector, sillas, mesas y espacio suficiente para desempeñar las tareas y actividades propuestas en la intervención.

En la primera sesión, los participantes deberán realizar el pre-test, mediante un Google Forms, la escala de sobrecarga del cuidador Zarit, la escala de depresión de Hamilton (HAMD), la escala de ansiedad Hamilton (HARS) y el cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF). Al finalizar la intervención

con los participantes, se volverán a cumplimentar estos cuestionarios (post-test) para comprobar que se han adquirido estos conocimientos, y si se observan cambios en la sintomatología depresiva, ansiosa y la calidad de vida.

Los contenidos que forman este programa son, en primer lugar, conceptos básicos sobre el Alzheimer (qué es, cómo se diagnostica, fases, síntomas cognitivos y conductuales, causas, mitos y realidades), recursos y apoyo, impacto de la enfermedad en la vida de los cuidadores y pacientes, factores de riesgo, hábitos saludables, factores que contribuyen a la sobrecarga percibida, técnicas de afrontamiento, consecuencias del cuidado prolongado, gestión del tiempo y prioridades, identificar síntomas de ansiedad y depresión, técnicas regulación emocional, importancia autocuidado y autoestima, apoyo social, hábitos saludables, actividades de ocio y descanso, recursos legales y sociales y resolución de problemas.

Tras la realización de este programa, los cuidadores tendrán la información y conocimientos necesarios para realizar los cuidados pertinentes aumentando así, su calidad de vida, reduciendo ansiedad, depresión y sobrecarga percibida.

3.3 Participantes

El número mínimo de participantes será de 6 y el máximo de 8, para facilitar el establecimiento de una relación de confianza entre los participantes y así puedan compartir su experiencia y ofrecerse apoyo mutuo. Este programa va dirigido a cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, en etapa moderada, debido a que según afirma Rogero-García (2009), el 7,5 % de las personas mayores que necesitan cuidado no lo reciben, y que el 89,4 % recibe cuidado informal, el 14,8% servicios privados y el 8,1% servicios públicos.

El sexo y la edad no serán considerados como criterio de exclusión. Siendo considerados cómo únicos, que el beneficiario del programa sea el cuidador informal principal de la persona con Alzheimer.

Los participantes serán residentes de la Comunidad Valenciana, miembros de la Federación Valenciana de Asociaciones de Familiares y Amigos de Personas con Alzheimer (FEVAFA). Para llevar a cabo el reclutamiento, nos pondremos en contacto con diferentes sedes próximas a Elche (ciudad dónde se desarrollarán las sesiones) con el fin de facilitar a los participantes la asistencia. Para ello, se contactará con la Federación, la cual nos ayudará a difundir entre sus miembros la información de este programa. Además se les invitará a asistir a diversas charlas, proporcionándoles horarios y fechas concretas sobre éstas. Las cuales se llevarán a cabo en las distintas sedes de Alcoy, Ibi, Castalla, San Juan de Alicante, Novelda, La torreta, Crevillente y Santa Pola.

En estas charlas se explicará el proyecto y se dejará un folleto con toda la información relevante, teléfono y email para que contacten con nosotros, una vez hayan decidido formar parte de este programa y así pasar al reclutamiento.

Los interesados podrán contactar por teléfono o correo, y se seleccionará a los ocho primeros participantes que cumplan los criterios: ser cuidador informal de paciente en etapa moderada, tener disponibilidad y compromiso para asistir regularmente.

3.4 Temporalización

Se realizarán sesiones una vez a la semana durante 8 semanas. Esta reunión se llevará a cabo los sábados a las 10:30 horas y la duración de las sesiones será de 60 minutos (previamente consensuados con los participantes para corroborar que disponen de ese tiempo contando con los desplazamientos). A continuación, se presenta una tabla

resumen que incluye la fecha, los objetivos, el contenido y el material necesario para cada sesión.

Tabla 1

Cronograma del Programa

Sesión	Fecha	Objetivos	Contenidos
“Juntos en el cuidado: Presentación y expectativas”	1º Semana	-Generar un rapport adecuado	- Pre-test
		-Compartir pruebas	- Dinámica inicial
		-Conocer técnicas	- Introducción
		relajación	técnicas de relajación
“Conociendo el Alzheimer: Realidades, mitos y cuidados”	2º Semana	Brindar información sobre la enfermedad de Alzheimer	- Conceptos básicos
			- Actividades
			dinámicas
			(Kahoot)
“Cuidando al cuidador: Construyendo tu calidad de vida”	3º Semana	Conocer el término calidad de vida	- Concepto calidad de vida
			- Actividades
			dinámicas
			(Mentimeter, rueda de vida y casos ficticios)
	4º Semana	- Concepto	- Análisis de casos

“Sobrecarga percibida: Cuidarse para cuidar”		sobrecarga percibida	ficticios - Debate - Concepto sobrecarga percibida
"Técnicas de relajación: Atendiendo a nuestras sensaciones"	5º Semana	-Profundizar en técnicas de relajación	- Práctica técnicas de relajación
“Comprendiendo la ansiedad: Identificación y Soluciones”		6º Semana -Conocer variable ansiedad y herramientas	- Conceptos y herramientas sobre ansiedad - Actividad dinámica (ansiedad adaptativa y desadaptativa)
“Depresión y cuidado: Estrategias para el Bienestar del Cuidador”	7º Semana	Conocer la variable depresión	- Conceptos básicos de depresión - Plan de autocuidado - Práctica técnicas de relajación
“Cierre y reflexión:	8º Semana	Repaso de lo aprendido y	- Carta al “Yo cuidador del

Nuestro progreso como cuidadores”	compartir pruebas	futuro” - Kit herramientas para cuidar - Post-tests
--------------------------------------	-------------------	--

3.5 Evaluación

Para evaluar la eficacia del programa, se aplicarán cinco cuestionarios al inicio y al final del mismo (primera y octava sesión). El primer cuestionario es acerca del cuidado a pacientes con Alzheimer. Se trata de un Google Forms (Anexo B), formado por diez preguntas. Para cumplimentarlo deberán identificarse con las iniciales de su nombre y de sus apellidos, además de las dos primeras cifras de su DNI (CMA49), tras esto se encuentran diez preguntas de respuesta abierta, hacen referencia a comprender qué es el Alzheimer, síntomas, diferencia entre Alzheimer y Demencia, fases, diagnóstico, hábitos de vida, término sobrecarga percibida, factores de riesgo, estrategias y recursos o apoyos existentes. La sobrecarga percibida del cuidador se medirá a través de la Escala de sobrecarga del cuidador Zarit abreviada, que cuenta con siete preguntas (Álvarez, González y Santana, 2005). Consta de 20 ítems con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre), se puntúan del 1 al 5, y con un rango de 7 a 35 en la puntuación total. En función a la puntuación obtenida se establecen los diferentes grados de sobrecarga, pueden ser ausencia de sobrecarga (puntaje menor o igual a 16) o sobrecarga intensa (mayor o igual a 17). La versión española muestra una alta fiabilidad (índice kappa:0.91) y una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach: 0.87)

Para medir la calidad de vida, se usará el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión breve (WHOQOL-BREF; World Health Organization, 1996.). Está formado por 26 preguntas, dos generales y 24 agrupadas en las

áreas de salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno. Se trata de una escala Likert con cinco opciones de respuesta; nunca, raramente, moderadamente, frecuentemente y siempre. Cada dimensión o dominio se puntúa de forma independiente y cuanto mayor sea la puntuación en cada uno de ellos, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona que ha sido evaluada (Servicio Andaluz de Salud, 2020). El WHOQOL-BREF, muestra una validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad correctas, cuenta con una correlación de sus áreas de aproximadamente 0,9. Por ello, nos permite obtener una visión más completa y observar las necesidades de bienestar de la persona. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Para medir la ansiedad se compartirá la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS; Hamilton, 1959), compuesta por 14 ítems que se puntúan de 0 a 4. Se divide en dos puntuaciones, ansiedad psíquica y ansiedad somática. No existen puntos de corte específicos, pero una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Esta escala muestra una fiabilidad de 0,92, consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,82, además de una validez discriminante de $p < 0,001$.

Por último, la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD o HDRS; Hamilton, 1960), está compuesta por 17 ítems. Cada pregunta ofrece entre tres y cinco opciones de respuesta, con valores que oscilan entre 0 y 2, o entre 0 y 4. La puntuación global puede variar entre 0 y 52. Los puntos de corte son; No deprimido (0-7), depresión ligera/menor (8-13), depresión moderada (14-18), depresión severa (19-22) y depresión muy severa (> 23). Esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92), un coeficiente de correlación intraclase de 0,92 y fiabilidad entre 0,65 y 0,9.

3.6 Descripción de las sesiones

Sesión 1 “Juntos en el cuidado: Presentación y expectativas”

El objetivo de la primera sesión es generar un rapport adecuado entre los participantes para fomentar un ambiente cómodo y de apoyo mutuo. Además, se hará una presentación del programa junto con cumplimentar los cuestionarios y escalas necesarios.

En primer lugar, presentaremos este programa, la finalidad de él y los recursos esperados. Asimismo, esta primera sesión sirve como presentación de miembros y participantes del programa, mediante una breve dinámica en círculo, dónde cada cuidador compartirá brevemente su experiencia, iniciando por el responsable del taller. Se les pedirá que utilicen este espacio para mostrar sus emociones, ya que se trata de un lugar seguro.

Por último, se hará una concisa introducción sobre las técnicas de relajación, dónde se explicará a los participantes la importancia de éstas, en las cuales se irá profundizando a lo largo del programa.

Sesión 2 "Conociendo el Alzheimer: Realidades, mitos y cuidados"

El objetivo de esta sesión es informar sobre el Alzheimer, se hablará de qué es, qué fases conocen, síntomas, mitos, hábitos saludables, factores de riesgo e impacto en pacientes y cuidadores

Se iniciará con un kahoot (Anexo C) que contiene 10 mitos y realidades del Alzheimer. Con esto, se intenta aclarar y desmentir información. Las respuestas se

comentarán en la presentación (Anexo D), que profundizará en los conceptos clave, intentando que los participantes dispongan de todo el contenido posible.

Tras esto, se invitará a reflexionar y a compartir qué les ha sorprendido o interesado más.

Sesión 3 "Cuidando al cuidador: Construyendo tu calidad de vida"

Para comenzar se hará una breve introducción sobre qué es para ellos la calidad de vida, de manera dinámica se les compartirá un QR (Anexo E) dónde les dirigirá a MentiMeter. Deberán escribir qué es lo primero que se les viene a la mente cuando hablamos del término "Calidad de vida".

Cuando se haya plasmado todo esto en la pantalla, comentaremos juntos los resultados.

Para explicar este término y familiarizarnos con él, se facilitará un video-presentación (Anexo F). A continuación, realizarán la "rueda de la vida" valorando del 1 al 10 cada dimensión de su bienestar y reflexionando sobre qué mejorar. (Anexo G)

Luego, en pequeños grupos, analizarán casos ficticios (Anexo H) de cuidadores con distintos perfiles, identificando factores positivos y negativos que pueden afectar al bienestar de la persona. Además deberán proponer estrategias de mejora.

Sesión 4 "Sobrecarga percibida: Cuidarse para cuidar"

La sesión iniciará con una presentación del término "sobrecarga percibida" (Anexo I), que contiene datos clave sobre éste. Tras esto, se reproducirá un vídeo (Anexo J) que habla del autocuidado para poder cuidar al familiar, seguido de una reflexión grupal para compartir experiencias y normalizar emociones.

Una vez finalice el vídeo, en grupos, analizarán casos ficticios (Anexo K) aplicando distintas herramientas proyectadas (Anexo L) que ayudan a afrontar distintas situaciones de sobrecarga justificando su uso y proponiendo nuevas estrategias si las consideran útiles. Al finalizar, habrá una puesta en común para debatir soluciones y recursos compartidos.

Sesión 5 "Técnicas de relajación: Atendiendo a nuestras sensaciones"

El objetivo de esta sesión es profundizar en las técnicas de relajación, que sirven como herramientas para intentar gestionar las emociones que pueden experimentar.

Se hará una presentación (Anexo M) con dos técnicas de relajación, se explicará cómo realizarlas y se pondrá en práctica dos veces de forma guiada, cada una de ellas y otras dos de manera independiente (sin las pautas del terapeuta).

Por último, se comentará en grupo las sensaciones experimentadas tras la práctica de las técnicas de relajación.

Sesión 6 "Comprendiendo la Ansiedad: Identificación y Soluciones"

El objetivo de esta sesión es comprender la ansiedad en el rol de cuidador y aprender herramientas para gestionarla.

Se iniciará con una presentación teórica (Anexo N) sobre la ansiedad, síntomas, factores causantes, cómo prevenirla y cómo diferenciar entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad desadaptativa.

A continuación se les repartirá dos carteles (Anexo Ñ), hechos con cartulina, en uno de ellos vendrá escrito "ansiedad adaptativa" y en el otro "ansiedad desadaptativa", la

dinámica consiste en que ellos aprendan a diferenciar en qué situaciones (Anexo 16) resulta útil la ansiedad y en cuáles es desadaptativa y explicar por qué.

Tras esto, se les proporcionará un folleto (Anexo O) que contiene herramientas para intentar reducir la ansiedad que pueden experimentar. Se les explicará cada punto de éste para intentar normalizarlas y que puedan ponerlas en práctica en las situaciones que necesiten.

Sesión 7 "Depresión y Cuidado: Estrategias para el Bienestar Del Cuidador"

El objetivo principal de esta sesión es abordar la depresión en cuidadores informales y fomentar el autocuidado.

Se iniciará con una presentación teórica (Anexo P) sobre la depresión, síntomas, diagnóstico y factores de riesgo. Cada participante deberá elaborar en casa un plan de autocuidado con actividades placenteras diarias, semanales o mensuales, y lo compartirán en grupo para intercambiar ideas.

Además, se realizará una práctica de técnicas de relajación vistas previamente en la sesión 5, con la finalidad de afianzar estos conocimientos y que los participantes puedan generalizar lo aprendido en la vida cotidiana. Para concluir la sesión, se realizará una breve conclusión y se les pedirá un feedback sobre cómo ha ido la sesión, sugerencias, cambios, ideas...

Sesión 8 "Cierre y Reflexión: Nuestro progreso como cuidadores"

Esta sesión está enfocada a intentar mantener y generalizar en el tiempo lo adquirido en el programa. Para ello, se les pedirá que realicen una carta al “Yo cuidador del futuro”, dónde escriban qué han aprendido, qué se llevan del taller, qué no quieren olvidar, agradezcan su labor como cuidador informal y no se olviden del propio cuidado.

Tras esto, se realizará una última actividad que consistirá en realizar en conjunto un “kit de herramientas para cuidar”, cada participante deberá mencionar herramientas, frases o estrategias aprendidas durante la realización del programa.

Por último, se les compartirán de nuevo los cuestionarios compartidos en el inicio del programa (Forms para medir la psicoeducación, Zarit para medir sobrecarga percibida, WHOQOL-BREF para Calidad de vida, HARS para ansiedad y HAMD para depresión) para comparar y contrastar los resultados iniciales con los finales tras la realización del curso. Y de esta manera observar si ha surgido efecto en ellos los conocimientos y prácticas aplicados en dicho programa de intervención.

4. Discusión y conclusiones

El aumento de la esperanza de vida de los últimos años, repercute en una mayor cantidad de población envejecida, que padece enfermedades neurodegenerativas (Sierra Sanjurjo et al., 2019), por ello tienden a volverse progresivamente dependientes en actividades básicas de la vida diaria. Estos cuidados son realizados especialmente por familiares que pasan a convertirse en cuidadores informales, sin recibir formación de ello (García-Calvente et al., 2018). Este cuidado influye notablemente en la vida de estos familiares, debido a que se encuentran frente un nuevo rol muy demandante que puede ser difícil de gestionar y acomodar a su vida cotidiana.

Debido a este nuevo rol de cuidador, muchos de éstos muestran síntomas de agotamiento emocional, físico y mental (Fernández Letamendi, 2021). Para intentar paliar con estas repercusiones se diseñan programas destinados a cuidadores informales de

pacientes con demencias, de ésta forma se intenta disminuir la sobrecarga percibida, ansiedad y depresión, intentando aumentar su percepción de calidad de vida.

A día de hoy, existen numerosos programas dirigidos a cuidadores informales de demencias, que incluyen distintas variables y métodos. Sin embargo, no existe un programa que unifique todos éstos, generando un programa que cuente con todo lo destacable de cada uno de ellos. Además, no se observan programas concretos sobre un grupo para intentar llegar a todas las necesidades posibles. Al generar programas de intervención genéricos, dónde se engloban todas las demencias (teniendo en cuenta que cada una de ellas tiene una sintomatología distinta) y usuarios en cualquier fase de la enfermedad. Es complicado que entiendan correctamente la enfermedad, síntomas, evolución, conductas características...

Considerando esto, el programa Cuidando(me), corresponde a una intervención psicoterapéutica, que brinda herramientas para lidiar con este nuevo rol. Este programa se genera unificando aquellas variables que al trabajar con ellas han resultado útiles, beneficiosas y eficientes en otros programas dirigidos a cuidadores informales. Junto con objetivos y destinatarios más específicos. Ya que en España, los programas más actuales encontrados suelen estar destinados a cuidadores de pacientes con demencias en general o para cualquier fase de la enfermedad de Alzheimer, sin especificar en esto.

El fin de estos programas de intervención, es reducir la sintomatología que puede generar desempeñar el rol de cuidador, en muchas ocasiones producida por el desconocimiento del avance de ésta enfermedad. Por ello, es importante que sean pacientes de Alzheimer y no de demencias en general, ya que muchos cuidadores se pueden alarmar de sintomatología que no va a experimentar la persona que recibe esos cuidados.

A su vez es relevante, que las personas que reciben los cuidados se encuentren en la misma fase de evolución de la enfermedad, ya que la información es más concreta, se pueden dar herramientas específicas y al encontrarse todos ante problemas similares se puede lograr una mayor cohesión de grupo y apoyo mutuo.

Realizar la intervención psicoterapéutica con modalidad grupal permite mejorar la red de apoyo de los cuidadores que tienden a percibir aislamiento, de esta manera pueden sentirse identificados con el resto de participantes y compartir aprendizajes individuales entre todos. Por ello, el programa Cuidando(me) está destinado a un grupo pequeño de cuidadores con necesidades específicas estudiadas anteriormente, intentando paliar todas las dificultades posibles.

Las limitaciones encontradas en este programa, son especialmente relevantes y a tener en cuenta, entre ellas es encontrar la disponibilidad de los participantes ya que muchos de éstos no disponen del tiempo suficiente para poder dedicarlo a este tipo de actividades. Sin embargo, se ha considerado intentando generar un horario cómodo en la menor cantidad de sesiones posibles para trabajar lo necesario sin abrumar más a los cuidadores.

Por este motivo y en sumo de todo lo mencionado anteriormente, era necesario el diseño de este programa “Cuidando(me)”, ya que integra todos los aspectos relevantes y útiles encontrados en otros programas de intervención, además es un programa específico y concreto que se centra en las necesidades precisas de una enfermedad concreta, en fases determinadas, grupos pequeños que se encuentran en una situación lo más similar posible.

A pesar de que se esperan resultados óptimos en la realización del programa, es conveniente llevar a cabo una aplicación a modo prueba con la finalidad de conocer la eficacia del mismo.

5. Referencias bibliográficas

- Aldana, G., & Guarino, L. R. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST*, 9(1), 5–14. <https://doi.org/10.18774/448x.2012.9.47>
- Armenteros Borrell, F. M. (2017). Enfermedad de Alzheimer y factores de riesgo ambientales. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1), 159–172. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2017/cnf171r.pdf>
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. (2024, 31 de marzo). *Apraxia*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/apraxia.html>
- Caballo, V. E. (1996). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo Veintiuno.
- Casal Rodríguez, B., Rivera Castiñeira, B., & Currais Nunes, L. (2019). Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(2), 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.10.008>
- Cerquera Córdoba, A. M., Dugarte Peña, E., Tiga Loza, D. C., Plata Osma, L. J., Castellanos Suárez, L., & Álvarez Anaya, W. A. (2022). Factores que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer. *Universitas Psychologica*, 20, 1–11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy20.fisc>

Cerquera Córdoba, A. M., Pabón Poches, D. K., Granados Latorre, F. J., & Galvis Aparicio, M. J. (2016). Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial. *Psicogente*, 19(36).

Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Síndrome de Gerstmann*. Diccionario médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sindrome-gerstmann>

Donoso, A. (2001). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (3ª ed.). Santiago de Chile: Ediciones Universitarias.

Donoso, A. (2003). *La enfermedad de Alzheimer*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41(Supl. 2), 13–22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>

Espín Andrade, A. M. (2009). "Escuela de cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), o19.

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 579–586. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>

Fernández Letamendi, N. (2021, 7 de septiembre). *Síndrome de sobrecarga del cuidador del paciente con demencia*. Llenar de vida los años. Quirónsalud. <https://www.quironsalud.com/blogs/es/llenar-vida/sindrome-sobrecarga-cuidador-paciente-demencia>

Fundació ACE. (2020, 8 de septiembre). *30 cosas que no sabías sobre el Alzheimer*.

Fundació

ACE

<https://www.fundacioace.com/index.php/es/noticias/sensibilizacion/30-cosas-que-no-sabias-sobre-el-alzheimer-.html>

Fundació ACE. (2023, mayo 17). *Mitos sobre el Alzheimer*. Fundació

ACE. <https://www.fundacioace.com/es/noticias/sensibilizacion/mitos-sobre-el-alzheimer.html>

Fundación Pascual Maragall. (2022, 19 de mayo). *Síndrome del cuidador quemado: ¿Qué*

es?

Fundación

Pascual

Maragall.

<https://blog.fpmaragall.org/sindrome-del-cuidador-quemado-que-es>

Fundación Pasqual Maragall. (2020, 22 de mayo). *¿El Alzheimer es hereditario?* Fundación

Pasqual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/el-alzheimer-es-hereditario>

Fundación Pasqual Maragall. (s.f.). *10 mitos sobre la enfermedad de Alzheimer: Creencias*

sometidas

a

análisis.

Fundación

Pasqual

Maragall.

<https://blog.fpmaragall.org/10-mitos-sobre-la-enfermedad-de-alzheimer>

García Benavente, M. B. (2017). *Ansiedad y depresión en cuidadores informales de enfermedad de Parkinson y Alzheimer: Estudio transversal* (Tesis de maestría).

Universidad Miguel Hernández. <https://dspace.umh.es/jspui/handle/11000/33707>

González, M., Pérez, M., & López, F. (2019). Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(3), 152–158.

González Contreras, A. E., Martín Hernández, M., & Ortiz González, I. (2007, 7 de noviembre). El enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. *Portales Médicos*. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/808/1/El-Enfermo-de-Alzheimer-y-sus-cuidadores.html>

Hamilton, M. R. (1959). *Escala de ansiedad de Hamilton* [Ficha técnica]. Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental, CIBERSAM.

Hospital Clínic de Barcelona. (s.f.). *¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?* Hospital Clínic de Barcelona. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/alzheimer>

Konexión Alzheimer. (s.f.). *Requisitos para el acceso a prestaciones por Alzheimer*.
Konexión Alzheimer.
<https://konexionalzheimer.com/requisitos-acceso-prestaciones-alzheimer/>

Linuesa Ureña, S. (2021, 26 de febrero). *¿A qué nos referimos cuando hablamos de «calidad de vida»?* Federación Autismo Madrid. <https://autismomadrid.es/noticias/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/>

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad*. *Medicina Clínica*, 118(13), 493–499. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72429-9)

López, M. M., & García, R. (2021). La ansiedad en la adolescencia: Un estudio sobre su prevalencia y factores asociados. *Revista de Psicología y Salud*, 2(1), 259–274.

- Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Cobaleda, S., & Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38(8), 701–708.
<https://doi.org/10.33588/rn.3808.2003522>
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338–346.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2959659>
- Mayo Clinic. (2019, 20 de junio). *Trastornos de ansiedad: síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- Mayo Clinic. (2023, 7 de junio). *Etapas de la enfermedad de Alzheimer*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers-stages/art-20048448>
- Mayo Clinic Staff. (2024, 24 de enero). *Técnicas de relajación: prueba estas medidas para disminuir el estrés*. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/relaxation-technique/art-20045368>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Plan integral de Alzheimer y otras demencias* [PDF].
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf

National Institute on Aging. (s.f.). *¿Cómo se trata la enfermedad de Alzheimer?* National Institutes of Health.
<https://www.nia.nih.gov/espanol/cuidado-medico-enfermedad-alzheimer/como-se-trata-enfermedad-alzheimer>

National Institute on Aging. (s.f.). *Enfermedad de Alzheimer*. National Institute on Aging.
<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*.

Organización Mundial de la Salud. (2025, 31 de marzo).
Demencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023, 27 de septiembre). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Depresión: Qué debe saber*. <https://www.paho.org/es/documentos/depresion-que-debe-saber-0>

Pascual Cuesta, Y., Garzón Patterson, M., & Ravelo Jiménez, M. (2018). *Relación entre dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer y la sobrecarga en el cuidador principal*. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1), 102–113.
<https://doi.org/10.1590/S1729-519X2018000100009>

Pérez, M., Cartaya, M., & Olano, B. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con

Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(4), 509–520.

<https://www.redalyc.org/journal/213/21351764006/html/>

Pérez Perdomo, M. (2008). Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 2-7.

Pérez Pérez, J. A. (2013). *Sentido de coherencia y calidad de vida en la tercera y cuarta edad* (Trabajo de fin de máster). Universidad de Zaragoza. <https://zaquan.unizar.es/record/11708/files/?docname=TAZ-TFM-2013-617&version=all&ln=es>

Purriños, M. J. (s.f.). *Escala de ansiedad de Hamilton* [PDF]. Medsol. <https://medsol.co/informacion/medixen/hamilton.pdf>

Ramos-Brieva, J. A., & Cordero-Villafáfila, A. (1986). *Escala de Hamilton para la depresión* [Instrumento de evaluación]. Adaptación española de la Hamilton Depression Rating Scale. <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=57>

Regueiro Martínez, A. A., Pérez-Vázquez, A., Gómara Villabona, S. M., & Ferreiro Cruz, M. C. (2007). *Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria*. *Atención Primaria*, 39(4), 185–188. <https://doi.org/10.1157/13100841>

Servicio Andaluz de Salud. (2020). *Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF*.

Servicios Sociales La Alfaguara. (s. f.). *Síndrome del cuidador: cómo afrontar el cambio de roles*. <https://www.laalfaguara.com/sindrome-del-cuidador/>

Thomas, G. P. A., Saunders, C. L., Roland, M. O., & Paddison, C. A. M. (2015). Informal carers' health-related quality of life and patient experience in primary care: Evidence from 195,364 carers in England responding to a national survey. *BMC Family Practice*, 16, 62. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0277-y>

Zueras, P., Spijker, J., & Blanes, A. (2018). Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(2), 66–72

Anexos

Anexo A.- Tabla comparativa estudios



Título	Variables	Técnicas	Limitaciones	Tipos de intervención y sesiones	Características
Intervención psicoeducativa eficacia autocuidado cuidadores informales personas demencia	-Calidad de vida y cuidador y cuidado del -Modos de afrontamiento y los recursos personales, de - creencias y valores, con -l redes de apoyo -necesidades psicológicas físicas y sociales	Psicoeducación	- A distancia -Dificultad avanzar en tratamiento -Resultados contradictorios-Eficacia demostrada psicoeducación	Psicoeducativa, educativa terapéutica	-Mejor intervención y grupal. -Eficacia psicoeducación
Propuesta intervención	de -Depresión con - Ansiedad	-Terapia aceptación	de Elevado número de sesiones que	18 sesiones	Presencial u online

terapias de tercera generación para cuidadores de personas con demencia en el ámbito rural

-Sobrecarga del compromiso (ACT) conlleva a un abandono de la terapia

-Mindfulness y programa Autocompasión (MSC)

-Evitación

-Ambivalencia ante el cuidado

Intervención psicoeducativa dirigida a la comunicación para cuidadores de personas con demencia, una

-Depresión

-Sobrecarga

-Habilidades comunicativas

-Calidad de vida

-Psicoeducación

-Técnicas de relajación

-Manejo conductual

-Reestructuración cognitiva

-Poca especificidad en grado de deterioro cognitivo, edad y demencia.

Entre 5 y 13 sesiones

Intervención virtual, herramienta que mejora notablemente la atención recibida por parte de los cuidadores

Comunicación como presencial

revisión sistemática

Eficacia de los programas de intervención dirigidos a los/las cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer: Una revisión sistemática	-Depresión - Cara y sobrecarga -Bienestar psicológico de los cuidadores -Calidad de vida -Percepción de aspectos positivos de prestación de cuidados - Estrés y ansiedad -Estrategias de afrontamiento -Conocimiento sobre la enfermedad, cómo	-Cognitivo-conductua - I -Psicoeducación -Intervención motora	-No especifica el grado de familiaridad entre el cuidador y el cuidado - Ignora desarrollo profesional, red social, disponibilidad y recursos económicos	Entre 4 y 16 sesiones	-Sugiere que es conveniente trabajar con cuidador y cuidado -Programa mixtos parte grupal e individual -Efectividad intervención cognitiva-conductual
---	---	--	---	---	---

actuar y recursos
disponibles

Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de alzheimer	-Calidad de vida	-Psicoeducación -Grupos de apoyo y programas de día -Multicomponente -Educativas	-Escasez de estudios que incorporan calidad de vida -Falta de eficacia en psicoeducación -No seguimiento	-Ámbito internacional
Efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal en la mejora del bienestar de personas cuidadoras	-Sobrecarga percibida -Estado de ánimo -Resiliencia - Apoyo social funcional percibido	-intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual	-No beneficios de 16 sesiones intervención psicoterapéutica y acompañamiento activo - Estudio	-Apoyo continuado -Mayor percepción de apoyo social fomenta resiliencia, reducir estrés, ansiedad porque

de un familiar con enfermedad Alzheimer: Estudio CuiDem	-Calidad de vida en personas mayores y relacionado con la salud		aleatorizado		impacta positivamente en la salud mental
Eficacia diferencial de intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia	-Sintomatología depresiva -Estrés percibido -Comportamientos problemáticos del familiar que recibe los cuidados -Pensamientos disfuncionales sobre el cuidado	-Intervención cognitiva-conductual -Psicoeducación -Resolución de problemas	-No aparecen mejoras significativas en la variable de depresión, (una sesión por semana) -En Resolución de problemas no aporta beneficios estadísticos -No se tiene en cuenta la edad de los participantes, no se evalúa la efectividad	16 horas en 8 sesiones de dos horas de duración (una sesión por semana)	-Sesiones dirigidas por terapeuta y coterapeuta - Importancia de la psicoeducación (reducción estrés y de comportamientos problemáticos del familia

a largo plazo

Ensayo controlado aleatorizado de un programa multicomponente para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer

-Sobrecarga
-Apoyo social

-Psicoeducación
-Comunicación sistemática
-Fisioterapia

-Adherencia al estudio en los grupos de intervención, no se recogen necesidades cambiantes de los cuidadores a lo largo del tiempo

al 8 semanas (una vez por semana) duración de 4 horas al día, un total de 8 sesiones

-Variables sobrecarga y apoyo social son estadísticamente significativos

-Efecto positivo en la salud mental del cuidador con intervención multicomponente transdisciplinar

Necesidades psicosociales e intervenciones psicológicas en

-Dependencia
-Estrés
-Depresión
-Ansiedad

-Psicoeducación
-Intervención cognitivo-conductual
-Terapia resolución

No se tienen en cuenta las 8 sesiones de psicoeducación se observa una

Según Livingston tras las 8 sesiones de psicoeducación se observa una

-Se requiere apoyo económico, servicios de apoyo, música como elemento

cuidadores primarios	-Sobrecarga	del	de problemas	necesitan protocolos	disminución	principal	de
informales	de cuidador		-Musicoterapia	y e investigaciones	significativa en la	-Tecnologías de la	
pacientes	con	-Resiliencia	aromaterapia	psicológicas.	sintomatología	Información y la	
demencia.	Una		-Terapia del relevo		El programa PIRCA	Comunicación y	
revisión teórica			-Terapia		está formado por 10	apoyo al cuidador	
			multicomponente		sesiones, cada una		
			-Intervención		con una duración de		
			tecnológica		90 minutos		



Anexo B. - Formulario google; Conocimientos básicos y escala Zarit abreviada

Programa de intervención: Cuidando(me)

Hola, a continuación deberán responder a las siguientes preguntas relacionadas con la enfermedad Alzheimer.

Debéis contestar todas las preguntas, para la correcta realización del programa. Muchas gracias.

** Indica que la pregunta es obligatoria*

1. Antes de comenzar, debéis identificaros con las iniciales de vuestro nombre y apellidos y las dos primeras cifras de vuestro DNI (CMA49). Con esto podremos observar si habéis adquirido los conocimientos del programa pero respetando el anonimato. Intentar recordarla, ya que es importante.

2. ¿Qué es el alzheimer? *

3. ¿Cuáles son los primeros síntomas? *

4. ¿Conoces la diferencia entre Alzheimer y Demencia? *

5. ¿Conoces cuáles son sus fases? ¿Podrías hacer un breve resumen de ellas? *

6. ¿Cómo se diagnostica el Alzheimer? *

7. ¿Existen hábitos de vida que puedan ayudar a prevenir o retrasar el desarrollo de la enfermedad? *

8. ¿Conoces el término sobrecarga percibida? ¿Si es así, podrías resumirlo? *

9. ¿Cuáles crees que son los principales factores de riesgo del Alzheimer? *

10. ¿Qué estrategias pueden ayudar a los cuidadores a manejar esta situación? *

11. ¿Sabes qué recursos o apoyos existen para los cuidadores de personas con Alzheimer? *



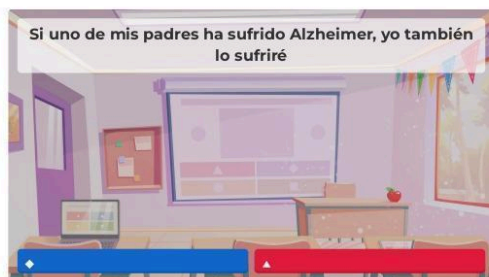
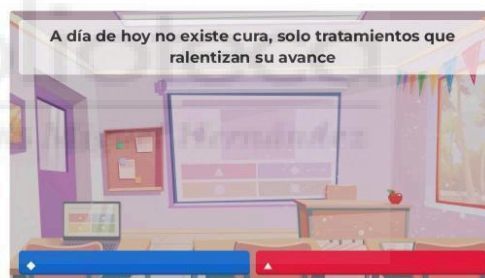
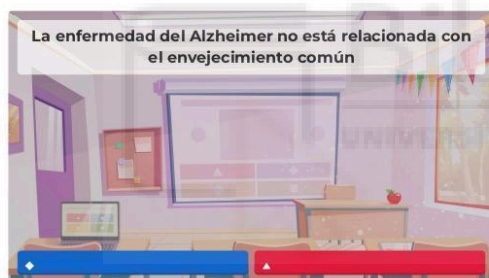
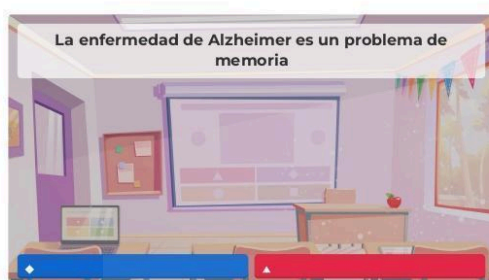
Anexo C. - Kahoot: Mitos y realidades sobre el Alzheimer



 Kahoot

Kahoot mitos y realidades del...

Preguntas (10)



10/5/25, 19:17

Kahoot mitos y realidades del Alzheimer - Detalles - Kahoot!





Programa: Cuidando(me)



Dirigido a cuidadores informales

¿QUÉ ES EL ALZHEIMER?

- * Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva
- * Se produce por la pérdida progresiva de las neuronas, por ende éstas pierden su función
- * Esta pérdida hace que el paciente muestre olvidos, menor habilidad de comunicación, mayor dependencia al realizar actividades físicas y desorientación





DIFERENCIA ENTRE ALZHEIMER Y DEMENCIA



La **demencia** es según la OMS, un término que **engloba varias enfermedades** que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividad cotidianas. Por ello, el Alzheimer sería una de éstas enfermedades que se encuentra dentro de demencias pero no significan lo mismo.

De hecho lo que sí es verdad, es que el **Alzheimer es la demencia más común**, representando un **60%-70% de los casos**.

Otras enfermedades dentro de este término, son demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy y un grupo de enfermedades que contribuyen a la degeneración del lóbulo frontal (demencia frontotemporal)

SÍNTOMAS

PUEDEN VARIAR SEGÚN CADA PERSONA, PERO ENTRE LOS MÁS COMUNES SE ENCUENTRAN:

Dificultad
expresar palabras

Problemas
espaciales y de
visión

Deterioro en el
razonamiento o
criterio

Repetir preguntas

Demorarse más
tiempo realizando
tareas

Deambular y perderse

ETAPAS

PRIMERA

Fallas de memoria
episódica reciente y
conflictos

SEGUNDA

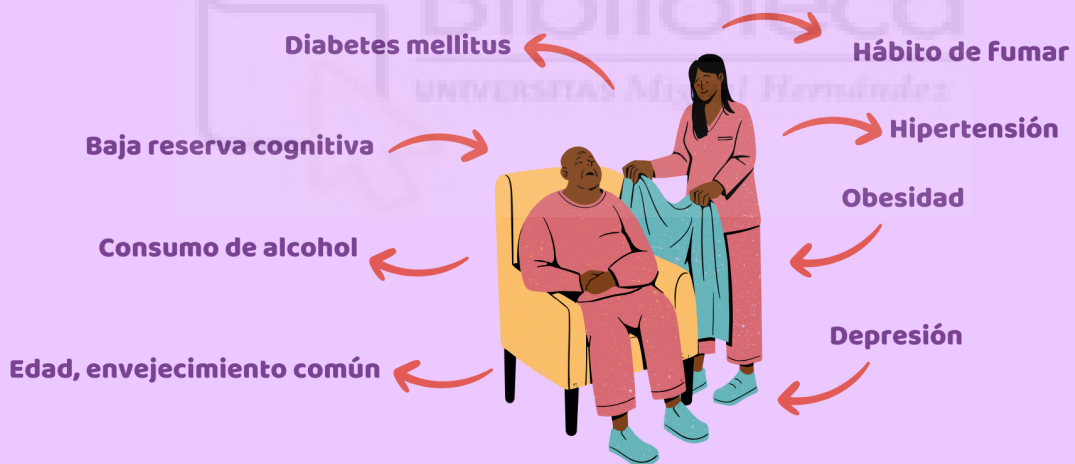
Defectos de
expresión, anomia y
parafasias, falla la
comprensión por
defectos de
atención o memoria

TERCERA

Paciente totalmente
dependiente, riesgo
vital



FACTORES DE RIESGO





¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA GENÉTICA ?



En la mayor parte de los casos el Alzheimer **no tiene solo una causa genética**.

Los descendientes de estas personas tienen un **50% de posibilidades** de desarrollar la enfermedad.

El gen que influye en el riesgo se conoce como **gen APOE**, se encarga de producir una proteína que se encarga de transportar el colesterol y otras grasas a la sangre.

Muchos de ellos no tienen antecedentes. Aún así, si se tienen familiares como padres o hermanos existe un mayor riesgo.



HÁBITOS SALUDABLES



Aún que existen factores que no podemos modificar como la edad y la genética, podemos actuar frente a otros mediante hábitos saludables



Cuidar y mantener relaciones sociales



Cuidar nuestro bienestar emocional



Ejercicio físico



Mantener un peso saludable



Mantener la mente activa



Dieta saludable



Evitar excesos y hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas)



TRATAMIENTOS

Actualmente no existen fármacos que curen la enfermedad, pero sí que ayudan a controlar la enfermedad e reducir la velocidad del deterioro cognitivo

Los tratamientos suelen ser más eficaces en la primera y segunda etapa de la enfermedad



APOYO Y RECURSOS



- * Servicios prevención situaciones de dependencia y promoción autonomía personal
- * Teleasistencia
- * Ayuda a domicilio
- * Centro de día y de noche
- * Servicio de Atención Residencial
- * Prestación económica vinculada a servicios o para cuidados en entorno familiar

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Estaremos encantados de resolver sus dudas.



Anexo E.- Mentimeter “Calidad de vida”



Anexo F.- Presentación variable “Calidad de vida”



Modelo calidad de vida

1. Relaciones interpersonales
2. Desarrollo personal
3. Bienestar emocional
4. Bienestar físico
5. Autodeterminación
6. Bienestar material
7. Inclusión social
8. Derechos (humanos y legales)



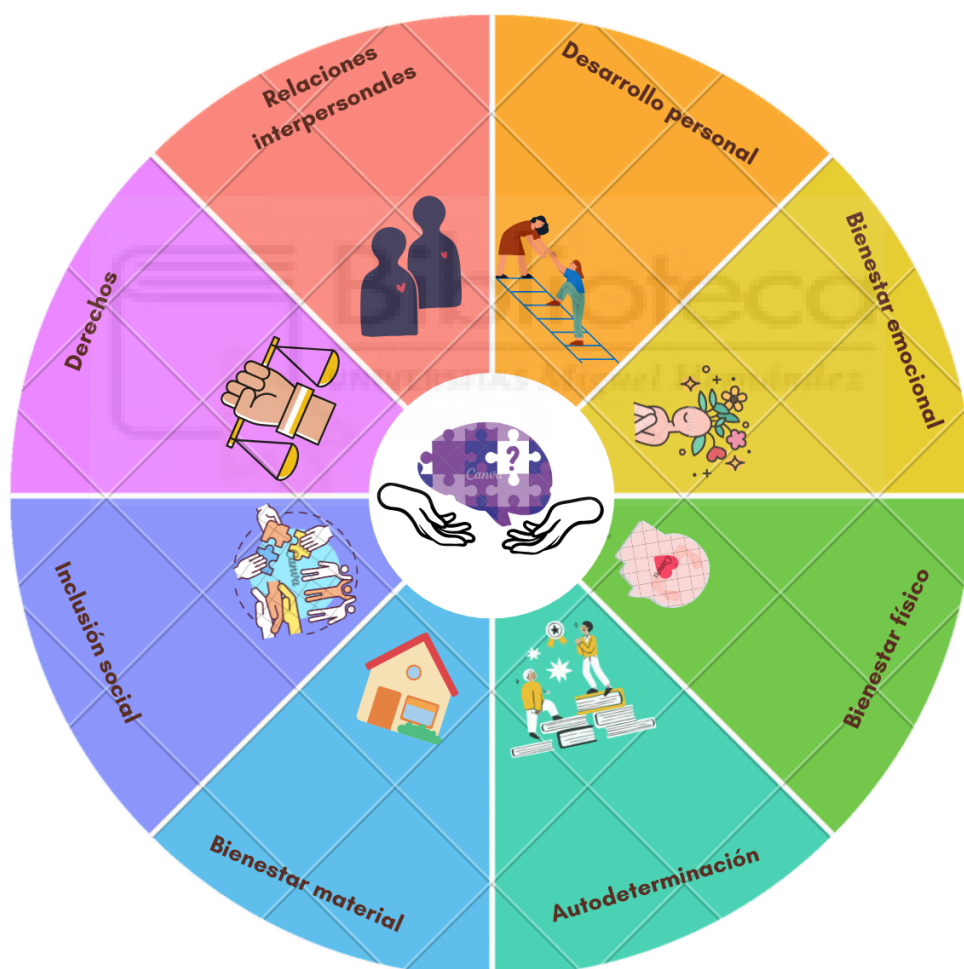
Es importante destacar, que es un concepto dinámico, que puede ir cambiando según los deseos o preferencias de las personas



Rueda de vida

CALIDAD PERCIBIDA

Puntúa del 1 al 10 cada dimensión, considerando su presencia en tu vida



Caso 1

MARTA

Edad: 54 años

Relación con el paciente: Hija

Tiempo que lleva como cuidadora: 5 años

Situación: Marta cuida a su madre desde hace 5 años, cuando le diagnosticaron Alzheimer, en este momento, su madre se encuentra en la etapa moderada de la enfermedad. Debido a estos cuidados, ha tenido que reducir su jornada laboral ya que necesita más tiempo para poder realizar todas las tareas necesarias de los cuidados, esto ha generado tensión económica en casa.

Desde hace un año, ya no hace planes con sus amigas porque apenas tiene tiempo libre por ello, ha perdido el contacto con sus amistades.

Se siente agotada física y emocionalmente, sabe que debe cuidar de su madre y eso le hace sentir culpa y frustración por la situación. Además, presenta síntomas de ansiedad y tristeza frecuente.

Calidad de vida percibida: Baja, especialmente por la sobrecarga emocional y la falta de autocuidado, ha dejado de hacer cosas que le gustaban como quedar con amigas para tomar café.

¿Qué áreas clave están afectadas en Marta?

¿Qué estrategias pueden ayudar a reducir sus sentimientos de culpa?



Caso 2

LUIS

Edad: 65 años

Relación con el paciente: Esposo

Tiempo que lleva como cuidadora: 3 años

Situación: Cuida de su esposa desde hace tres años, cuando la diagnosticaron de Alzheimer, a día de hoy se encuentra en la etapa leve de la enfermedad, pero siente que está avanzando demasiado deprisa últimamente y eso le preocupa. Aunque es una tarea desafiante se organiza bien ya que ha establecido rutinas y mantiene espacios de ocio como salir a caminar e ir a jugar la partida con su grupo de apoyo, el cual es fundamental en su situación ya que le ayudan en todo lo necesario. Su estado emocional es estable, aunque está preocupado por su mujer y por el futuro de la enfermedad.

Calidad de vida percibida: Alta, tiene un gran apoyo social y autocuidado, dedica tiempo a sus necesidades y comparte ocio aún con su esposa por lo que las tareas de cuidado no le resultan complicadas de llevar.

¿Qué factores son protectores para Luis y hacen que se potencie su bienestar?

¿Cómo podría prepararse emocionalmente para el avance de la enfermedad?



Caso 3

MATEO

Edad: 34 años

Relación con el paciente: Nieto

Tiempo que lleva como cuidadora: 2 años

Situación: Mateo aceptó cuidar de su abuela, cuando su madre falleció hace dos años, desde ese momento vive con ella en su casa. Aunque está presente la mayor parte del tiempo siente que no tiene el tiempo suficiente para todos los cuidados que necesita, ya que no sabe como conciliar el trabajo, las responsabilidades familiares y su rol como cuidador.

Siente mucha culpa porque cree que no está manejando bien la situación, considera que “no hace lo suficiente”, además presenta dificultad para pedir ayuda al resto de familiares por lo que carga con toda la responsabilidad de la situación.

Calidad de vida percibida: Moderada, existe un gran conflicto interno por no sentirse un buen cuidador, falta de organización y comunicación con el resto de familiares.

¿Por qué la culpa está afectando a su malestar, que rol juega?

¿Cómo podría mejorar su situación y aprender a gestionar este nuevo rol?



Caso 4

CARMEN

Edad: 76 años

Relación con el paciente: Hermana

Tiempo que lleva como cuidadora: 6 años

Situación: Carmen lleva 6 años cuidando de su hermano mayor con Alzheimer, éste se encuentra en etapa avanzada. Viven en un entorno rural que les dificulta tener redes de apoyo cercanas. No quiere recurrir a servicios externos como ayudantes por desconfianza, entonces la situación le hace sentir sola y desbordada. Su salud es regular ya que desde hace un tiempo le duele mucho la espalda, pero desde que tiene que cuidar de su hermana prioriza la salud de ella sobre sí misma, ya que según Carmen "que ella esté bien es lo primero para mí"

Calidad de vida percibida: Muy baja, está afectada por un gran aislamiento social y falta de ayuda, mucha sobrecarga y salud física deteriorada.

¿Cómo influye el aislamiento social en la percepción de calidad de vida de Carmen?

¿Qué recursos o estrategias pueden ayudar en esta situación?



Anexo I.- Presentación “Sobrecarga percibida”



¿QUÉ ES?

La sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. Además, también puede definirse como el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien (Prieto-Miranda et al., 2015).



CÓMO AFECTA

En estudios se ha demostrado que la percepción de sobrecarga aumenta a medida que avanza la enfermedad y el grado de dependencia del paciente

FACTORES QUE INFLUYEN

Apoyo social

Situación económica

Edad y género

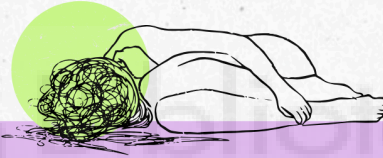
Condiciones laborales

Falta de información

Recursos disponibles

Etapas del Alzheimer

Cambios de rol



CONSECUENCIAS

- Abandono del trabajo
- Falta de autocuidado
- Ausencia de redes sociales
- Aplazamiento de proyectos personales
- Reacciones emocionales como ansiedad o depresión
- Privación de actividades percibidas como placenteras
- Poco tiempo de cuidado personal

Anexo J.- Vídeo

Centro de Emergencias Sanitarias 061. (2023, 7 de diciembre). *La sobrecarga de la persona cuidadora | Espacio Alzheimer* [Vídeo]. YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=gm1A2w_2jvg



Anexo K.- Casos ficticios de sobrecarga percibida

Caso 1: Laura, cuidadora informal de su madre con Alzheimer en etapa moderada. Está agobiada debido al estrés constante que le genera la pérdida de autonomía de su madre y la incertidumbre de la enfermedad. Cada día observa cómo su madre va empeorando y siente que no puede hacer nada para ayudarla.

Caso 2: Carlos cuida a su padre, desde hace 4 años, quien padece de Alzheimer en etapa temprana. Aunque su hermana la apoya algunos días, siente que nadie entiende realmente su situación. Siente que no tiene tiempo de socializar ni para pedir ayuda, cree que lo mejor es que él se encargue de todo ya que puede confundir a su padre con tantos cambios. Por esto, lo está llevando con una sensación de aislamiento y tristeza.

Caso 3: Julio cuida a su esposa desde hace tres años. Sufre dolores musculares y fatiga crónica. Considera que su papel como esposo es cuidar de ella y no quiere que otra persona cumpla con este rol. Sin embargo, se siente agotado y que su salud cada vez empeora más.

Caso 4: Lucía es la principal cuidadora de su padre con Alzheimer, desde hace 5 años. Sus hermanos no hicieron caso cuando le diagnosticaron y no han intentado involucrarse en el cuidado desde entonces.

Esta situación genera tensiones, ya que Lucía siente que está asumiendo una carga excesiva mientras sus hermanos no contribuyen en esto. Está muy resentida y agotada.

Anexo L.- Herramientas sobrecarga percibida



- **Autocuidado:** Realizar actividades placenteras personales (salir a correr, ir con amigos a cenar, salir de compras...), sueño reparador y alimentación.
- **Delegar tareas:** Pedir ayuda a familiares u otros recursos comunitarios para que colaboren en algunas tareas
- **Técnicas para manejar el estrés:** Respiración consciente, dedicar unos minutos al día de descanso y pausa.
- **Reestructuración cognitiva:** Identificar pensamientos irracionales como "Si no lo hago yo, nadie lo va hacer"
- **Buscar apoyo social**
- **Hablar de sus emociones y sentimientos**
- **Conocer la enfermedad y evolución**



Anexo M.- Presentación teórica de técnicas de relajación



Técnicas de respiración

La respiración controlada puede hacer frente a situaciones de estrés y manejar la activación fisiológica. Para entrenar el control de la respiración (Labrador, De la Puente y Crespo, 1995), es necesario concentrarse en las sensaciones corporales antes de desempeñar los ejercicios. Cada ejercicio se repetirá dos o tres veces, intercalando descansos de un minuto.

FASE DE INSPIRACIÓN:

1. Inspiración abdominal: Dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones. Coloque una mano encima del vientre y otra en el estómago.
2. Inspiración abdominal y ventral: Dirigir aire inspirado a la parte inferior y media de sus pulmones.
3. Inspiración abdominal, ventral y costal: Consta en llenar en tres tiempos el volumen disponible de los pulmones: primero vientre, después estómago y por último pectoral. Con objetivo de inspiración completa

FASE DE ESPIRACIÓN: Con los labios entrecerrados se realiza un breve resoplido, levantando un poco los hombros para ayudar a exhalar el aire de la zona superior de los pulmones.

FASE DE ALTERNANCIA INSPIRACIÓN-ESPIRACIÓN: Entrenar la rítmica y secuencia de alternancia continuada entre inspiración y espiración (sin marcar tiempos)

FASE DE GENERALIZACIÓN: Integrar la práctica para llevarla a cabo en la vida cotidiana

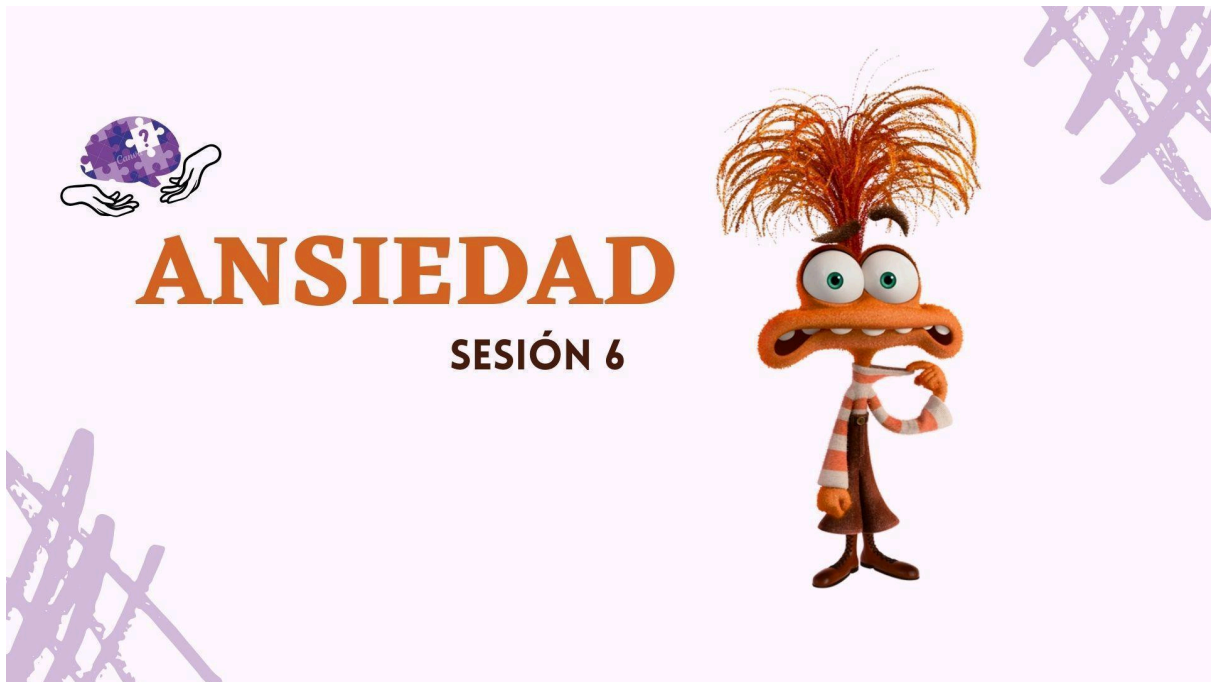
Técnica muscular progresiva

Tiene como objetivo lograr un estado de relajación intenso.

FASE DE ENTRENAMIENTO: Ejercicios tensión-distensión de los 16 grupos musculares

- 1 Instrucción: Tensar el grupo muscular correspondiente
- 2 Instrucción: Focalizar la atención en el grupo muscular en tensión (5-7")
- 3 Instrucción: Relajar el grupo muscular correspondiente
- 4 Instrucción: Focalizar la atención en el grupo muscular en relajación (30-40")





DEFINICIÓN DE ANSIEDAD

la ansiedad se caracteriza por una **preocupación excesiva** por que suceda algo adverso, por sufrir un daño, padecer una enfermedad o temer a la muerte. Por perder figuras de apego, por miedo a la separación o a estar solo, etc., que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o laboral (American Psychiatric Association, DSM.5, 2014)

Las **crisis de pánico** se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al **miedo**, aunque no se limitan solo a estos trastornos.



SÍNTOMAS Y TIPOLOGÍAS

Miedo o preocupación excesiva ante situaciones específicas o amplia gama de situaciones cotidianas como es el caso de la ansiedad generalizada.

Otros síntomas:

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Irritabilidad, tensión o inquietud
- Náuseas o malestar abdominal
- Palpitaciones
- Sudoración, tiritones o temblores
- Trastornos del sueño
- Sensación de peligro inminente, pánico o fatalidad



ANSIEDAD ADAPTATIVA

La ansiedad es necesaria en nuestro cuerpo ya que nos prepara frente amenazas como huir del ataque de un león.

Su función es valorar la situación y poner en marcha el sistema fisiológico, poniendo en marcha todos los mecanismos necesario como bombear sangre rápidamente, tensar músculos y aumentar la temperatura.

Por esto, es importante la **ansiedad y es adaptativa ya que nos activa y nos permite reaccionar ante peligros**





ANSIEDAD DESADAPTATIVA

Sin embargo, se vuelve desadaptativa cuando actúa frente amenazas que **no son reales**, es decir, que **no** suponen un **peligro real** para la persona.

Algunas de las reacciones de la ansiedad desadaptativas son a la incertidumbre, al fracaso, al juicio negativo de los demás, a los aviones, a exponer en público...

Y aunque este peligro tiene evidentes diferencias con el ataque de un león nuestra ansiedad se comporta igual.

Las respuestas de lucha o huida que antes nos ayudaban ahora nos va a impedir gestionar de manera eficaz las situaciones a las que nos enfrentamos



CAUSAS DE LA ANSIEDAD

FACTORES:

SOCIALES

BIOLÓGICOS

PSICOLÓGICOS

FACTORES DE RIESGO

TRAUMA

ENFERMEDAD

**ACUMULACIÓN
DE ESTRÉS**

PERSONALIDAD

**OTROS
TRASTORNOS**

**DROGAS Y
ALCOHOL**



PREVENCIÓN



PEDIR AYUDA

Puede complicarse más cuando aumenta la demora del diagnóstico

MANTENERSE ACTIVO

Participar en actividades que resulten placenteras y hagan sentirse bien con uno mismo y disfrutar de la interacción social

EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS

El alcohol o las drogas pueden provocar ansiedad o empeorarla



**Ansiedad
Desadaptativa**

**Ansiedad
Adaptativa**

Anexo O.- Casos ficticios ansiedad

Caso Marcos: Cuida a su madre, quien padece Alzheimer en etapa moderada, desde hace 4 años. Una noche, su madre se levanta varias veces y deambula por la casa, confundida y agitada. Marcos siente tener el corazón acelerado y decide quedarse vigilando que su madre al fin consiga dormir profundamente, al día siguiente se levanta con miedo y preocupada por si esta situación se vuelve a repetir.

Caso Claudia: Claudia cuida a su esposo, paciente de Alzheimer recién diagnosticado. Mañana tiene sesión con el neurólogo y lleva días preocupada por los resultados. Decide pasarse toda la noche buscando información en internet sobre la enfermedad y los peores escenarios posibles del diagnóstico. No puede conciliar el sueño por la preocupación, por ello, al día siguiente está agotada y le cuesta mucho concentrarse en la conversación con el médico y las indicaciones que les está dando.

Caso Roberto: Roberto cuida de su tía con Alzheimer, la cual además, tiene riesgos de caídas. Le está costando adaptarse a este nuevo rol, ya que le resulta complicado compaginarlo con el trabajo. Un día le llama un vecino al trabajo, diciendo que ha visto a su tía sola en el jardín, Aunque solo estuvo fuera unos minutos, Roberto se siente culpable y pasa los siguientes días revisando constantemente y de forma obsesiva las cerraduras y evita salir de casa por miedo a que esto suceda de nuevo.

Anexo P.- Folleto herramientas gestión de la ansiedad

APOYO



1. **Expresar emociones**
2. **Buscar apoyo** en familiares, amigos...
3. **Delegar** actividades
4. **Pedir ayuda** si es necesario:
Reconocer los límites personales

ESTRATEGIAS PERSONALES

1. Realizar **actividades placenteras**: Hobbies como leer, pintar...
2. Realizar **actividades físicas**: Caminar, yoga...



RECUERDA ES IMPORTANTE CUIDAR, CUIDÁNDOTE

CONTACTA CON NOSOTROS SI NECESITAS MÁS INFORMACIÓN.



HERRAMIENTAS GESTIÓN DE LA ANSIEDAD

Cuidadores pacientes con Alzheimer



1. **Reconoce los síntomas**
2. **Aplica técnica respiración**
3. **Reformular pensamiento** ¿Qué evidencia tengo?
4. **Enfócate en una acción concreta simple**

SÍNTOMAS

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- Irritabilidad, tensión o inquietud
- Nauseas o malestar abdominal
- Palpitaciones
- Sudoración, tiritones o temblores
- Trastornos del sueño
- Sensación de peligro inminente, pánico o fatalidad

TÉCNICAS RESPIRACIÓN

1. **Diafragmática:** Inhalar profundamente por la nariz 4 segundos, retener el aire 2 segundos y exhalar por la boca 6-8 segundos
2. **Muscular progresiva:** Tensar y relajar los grupos musculares desde los pies a la cabeza.

ESTRATEGIAS COGNITIVAS

1. **Reestructuración cognitiva:** Identificar pensamientos distorsionados y reformularlos.
 - Ejemplo: Cambiar “Si no estoy atento, algo malo va a pasar “ por “ Puedo estar atento sin exigir perfección.
2. Diferenciar lo que se puede **controlar y lo que no**, reduciendo carga mental.
 - Ejemplo: Controlables (rutinas, actitud) y No controlables (progreso de la enfermedad)



ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN

1. **Dividir tareas grandes en pasos pequeños.**
2. **Uso de agendas o planificadores**
3. **Planificar autocuidado diario:** Aunque sea solo durante 15 minutos al día. Es importante dedicarse un tiempo para nosotros





Depresión

Según OMS, se caracteriza por una tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, así como incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

Un 15% de la población, aproximadamente, sufrirá en el curso de su vida un estado depresivo que podría requerir ayuda profesional, y es posible que este porcentaje aumente las últimas décadas



SÍNTOMAS

- **Síntomas anímicos:** Tristeza, abatimiento, infelicidad, irritabilidad y sensación de vacío.
- **Síntomas motivacionales:** Apatía, indiferencia, pérdida de interés o placer
- **Síntomas cognitivos:** Memoria, atención, concentración, visión negativa (futuro, entorno y de sí mismos), culpa, pérdida de autoestima, pensamiento suicidas, desesperanza...
- **Síntomas físicos:** Alteraciones del sueño, fatiga, pérdida apetito e interés sexual
- **Síntomas interpersonales:** Deterioro relaciones y retraimiento social



DIAGNÓSTICO

La distimia requiere ser diagnosticada por un profesional de la salud mental.

Conocer e identificar los síntomas puede ayudar a buscar ayuda profesional.



Factores de riesgo

- **Sobrecarga del cuidador** (altos niveles de estrés y responsabilidad, demandas físicas y emocionales)
- **Aislamiento social:** Reducción de interacción social y tiempo de ocio
- **Falta de apoyo social o comunitario**
- **Deterioro o falta de calidad de vida:** Poca dedicación al autocuidado y desequilibrio entre vida personal y nuevo rol de cuidador
- **Duración e intensidad del cuidado:** Largos periodos durante muchas horas
- **Dificultades económicas:** Asociadas al cuidado y reducción de ingresos
- **Relación con el paciente:** Duelos anticipados y estrés emocional
- **Falta de recursos y apoyo:** Falta de información y estrategias
- **Factores personales:** Historia del paciente y personalidad

