

Intervención grupal para cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo: estudio piloto

Paula Royo-Hernández¹, Carlota Arrondo Elizarán²
y Laiene Olabarrieta-Landa^{1,3}

RESUMEN

Introducción: Las personas con trastornos neurocognitivos requieren el cuidado de sus familiares. Este cuidado prolongado conlleva un riesgo de problemas de salud mental y física. El objetivo del estudio fue evaluar preliminarmente una intervención grupal cognitivo-conductual para cuidadores informales en un contexto asistencial español.

Método: La muestra estuvo compuesta por nueve cuidadores de una persona con trastorno neurocognitivo mayor, con un mínimo de tres meses de experiencia de cuidado. Los grupos experimental ($n=5$) y control ($n=4$) fueron evaluados antes y después de la intervención en medidas de depresión (Patient Health Questionnaire-9), fatiga (Fatigue Assessment Scale), estrés (Perceived Stress Scale) y sobrecarga (Zarit Burden Interview). Se calculó el Índice de Cambio Fiable y la significancia clínica de los cambios en cada medida y se analizaron la adhesión, aceptabilidad y utilidad percibidas del programa.

Resultados: Pese a existir señales preliminares de beneficio, los efectos de la intervención fueron modestos: en depresión y fatiga, el 60% de los sujetos experimentales redujo su sintomatología, pero sólo el 20% reportó una mejoría fiable. En estrés no se observaron cambios fiables en ninguno de los grupos. En sobrecarga, el 80% del grupo experimental redujo su sintomatología, pero sólo el 20% presentó un cambio clínicamente significativo.

Conclusión: La intervención mostró buena aceptabilidad y utilidad percibida. Se observaron mejorías fiables en casos puntuales, pero no cambios consistentes a nivel grupal ni en el grupo control. Se sugiere cierta eficacia preliminar del programa en depresión, fatiga y sobrecarga.

Palabras clave:

cuidadores informales, intervención, salud mental, demencia, sobrecarga.

Autor de correspondencia:

Laiene Olabarrieta Landa
Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Avenida de Barañain, s/n 31008, Pamplona, España
laiene.olabarrieta@unavarra.es

¹Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España

²Solera Active, Solera Asistencial, Pamplona, España

³Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, España.

ABSTRACT

Introduction: Individuals with neurocognitive disorders require constant care from their family members. This prolonged caregiving is associated with a high risk of mental and physical health problems. The aim of the study was to preliminarily evaluate a group-based cognitive-behavioral intervention for informal caregivers within a Spanish healthcare context.

Method: The sample consisted of nine caregivers of a person with major neurocognitive disorder, with a minimum of three months of caregiving experience. The experimental (n=5) and control (n=4) groups were assessed before and after the intervention on measures of depression (Patient Health Questionnaire-9), fatigue (Fatigue Assessment Scale), stress (Perceived Stress Scale), and burden (Zarit Burden Interview). The Reliable Change Index and the clinical significance of changes in each measure were calculated, and adherence, acceptability, and perceived usefulness of the program were analyzed.

Results: Despite preliminary indications of benefit, the effects of the intervention were modest. In depression and fatigue, 60% of participants in the experimental group showed a reduction in symptoms, but only 20% reported reliable improvement. In stress, no reliable changes were observed in either group. Regarding burden, 80% of the experimental group reduced their symptomatology, but only 20% demonstrated a clinically significant change.

Conclusion: The intervention showed good acceptability and perceived usefulness. Reliable improvements were observed in individual cases, but no consistent changes at group level or in the control group were found. Preliminary evidence suggests some efficacy of the program in depression, fatigue, and caregiver burden.

Keywords:

informal caregivers, intervention, mental health, dementia, burden.

INTRODUCCIÓN

Las demencias, o trastorno neurocognitivo mayor (TNM)¹, son una de las principales causas de discapacidad y dependencia en adultos mayores² y constituyen uno de los desafíos más importantes en salud pública³. Para el año 2050 se prevén 115,4 millones de afectados³, convirtiéndose el TNM en una epidemia global entre adultos mayores⁴⁻⁷. En España, se espera que el número de afectados se duplique, acercándose a los dos millones⁸.

Los TNM son progresivos e irreversibles^{9,10}, afectan a la cognición a nivel global y reducen la autonomía de la persona⁶. A medida que la

enfermedad avanza, el paciente experimenta mayor dependencia⁶ y requiere de más asistencia en sus actividades de la vida diaria¹¹. Habitualmente, el cuidado de la persona recae en la familia, que se convierte en la fuente principal de cuidado no profesional^{12,13}. Se considera cuidadores informales a aquellas personas no profesionales que prestan atención domiciliaria continua a personas dependientes^{14,15}. Generalmente, existe un cuidador principal sobre el que recae la mayor parte de la carga de cuidados, que se estima en alrededor de 70 horas semanales⁶.

La disminución de la funcionalidad del paciente conforme la enfermedad progresa incrementa la

presión sobre el cuidador, que corre un alto riesgo de padecer el Síndrome de Cuidador/a (SC)²⁶. Este se define como el conjunto de dificultades físicas, emocionales, psicosociales y financieras derivadas del cuidado prolongado de una persona cercana y dependiente¹⁶. Diversos estudios entorno al SC reportan que los cuidadores informales presentan una salud física más deteriorada¹⁷⁻²¹ y mayores niveles de aislamiento social²², estrés, ansiedad⁶ y depresión²² que la población general. Además, el cuidado de personas con TNM puede llevar a conflictos en la familia relacionados con factores económicos, sociales y de salud²³. A ello se le suma el impacto económico vinculado a los cuidados informales y a la pérdida de productividad de pacientes y cuidadores^{6,24}.

Existe una creciente evidencia sobre el valor de los cuidadores informales en el manejo de las enfermedades crónicas en adultos mayores²⁵. Sin embargo, los apoyos disponibles para cuidadores informales son insuficientes y tardíos respecto a las necesidades de las familias²⁶. En los últimos años, el desarrollo de intervenciones psicosociales prometedoras con cuidadores informales ha ganado popularidad²⁷. Revisiones recientes señalan que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoeducación son las más efectivas para reducir la sintomatología depresiva²⁷⁻²⁹ y la carga del cuidador³⁰, y que su combinación con terapias de tercera generación, como Mindfulness y Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), muestra mejores resultados²⁸.

Sin embargo, se requiere más investigación en distintos contextos culturales para evaluar la aplicabilidad intercultural de las intervenciones^{31,32}. La evidencia sobre adaptaciones de intervenciones para cuidadores hispanos sigue siendo limitada³³. En este sentido, hace años se evidencia la escasez de información y de resultados de intervenciones con cuidadores en España³⁴. Por ello, es necesario seguir desarrollando estudios que contribuyan a determinar su efectividad en este contexto³⁴.

Por todo ello, el objetivo de este estudio fue evaluar preliminarmente un programa de intervención para cuidadores informales de personas con TNM, originalmente desarrollado en Estados Unidos de

América, y posteriormente traducido al español de España, con el fin de explorar su aplicabilidad en un contexto asistencial español y contribuir a generar evidencia sobre su utilidad y eficacia.

MÉTODOS

Participantes

El presente estudio contó con una muestra no probabilística por conveniencia de cuidadores principales de usuarios que asisten a un Centro de Día de la Comunidad Foral de Navarra que ofrece atención especializada a adultos mayores con TNM. La muestra inicial estuvo compuesta por diez participantes, pero debido a un abandono, la muestra final fue de nueve participantes. Se asignaron cinco personas al grupo experimental y cuatro al grupo control. Los criterios de inclusión para participar fueron: (a) ser el cuidador principal de dicha persona, (b) proporcionar cuidado durante al menos 3 meses y (c) no presentar antecedentes auto informados de trastornos neurológicos o psiquiátricos ni de dificultades de aprendizaje anteriores al diagnóstico del paciente.

Instrumentos

Entrevista clínica y demográfica. Se creó un cuestionario con la finalidad de recopilar información sobre edad, sexo, relación con el paciente, deterioro del paciente, antigüedad como cuidador/a, apoyo domiciliario formal e ingresos.

*Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)*³⁵. Es un cuestionario autoadministrado de 9 ítems con escala Likert de 4 puntos destinados a medir sintomatología depresiva. Las puntuaciones totales varían de 0 a 27 puntos, con puntuaciones elevadas indicando niveles altos de depresión. Se utilizó la adaptación a población española³⁶.

*Fatigue Assessment Scale (FAS)*³⁷. Es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems con escala Likert de 5 puntos destinados a evaluar la percepción subjetiva de fatiga física y mental. Las puntuaciones totales varían de 10 a 50 puntos, con puntuaciones más elevadas indicando niveles altos de fatiga. Se utilizó la adaptación a población española³⁸.

*Perceived Stress Scale (PSS)*³⁹. Es un cuestionario autoadministrado que contiene 14 ítems con escala Likert de 5 puntos destinados a evaluar el grado en que la persona percibe distintas situaciones de su vida como estresantes. Las puntuaciones totales varían de 0 a 56 puntos, con puntuaciones elevadas indicando altos niveles de estrés percibido. Se utilizó la adaptación a población española⁴⁰.

*Zarit Burden Interview (ZBI)*⁴¹. Es un cuestionario autoadministrado de 22 ítems con escala Likert de 5 puntos destinados a evaluar la salud física, el bienestar psicológico, la situación financiera y la vida social del cuidador/a. Las puntuaciones totales varían de 22 a 110 puntos, con puntuaciones elevadas indicando niveles altos de sobrecarga. Se utilizó la adaptación a población española⁴².

Cuestionario de feedback. Se creó un cuestionario específico para el estudio donde se recogió la opinión de los participantes acerca de aspectos positivos del programa y sugerencias de mejora. Este cuestionario fue autoadministrado para reducir sesgos de deseabilidad social.

Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo protegiendo los derechos de los participantes, bajo las pautas de los estándares éticos y con la aprobación del Comité de Ética, Experimentación Animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado antes de su participación.

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo por conveniencia y se asignaron a grupo experimental o control según su disponibilidad y preferencias. Tras la evaluación inicial de ambos grupos, el grupo experimental realizó el programa de intervención grupal durante cuatro semanas y el grupo control realizó sus actividades cotidianas. Al finalizar, ambos grupos fueron evaluados nuevamente. La intervención, recogida y análisis de datos fueron llevadas a cabo por una única investigadora en formación de posgrado, bajo supervisión continuada.

Intervención

Para este estudio se utilizó el manual *STrategies for Relatives (START, 2ª edición)*, adaptado a partir del manual original⁴³ y con traducción al castellano⁴⁴. Los objetivos del programa son: (a) dotar a los cuidadores de habilidades para manejar conductas problemáticas asociadas a los problemas de memoria del familiar, (b) fomentar el autocuidado y (c) trazar un plan para abordar las futuras necesidades del cuidador y del familiar.

La intervención consta de ocho sesiones grupales de una hora, que incluyen un tema principal a tratar, una estrategia de manejo del estrés y tareas a poner en práctica entre las sesiones. Las sesiones de intervención se realizaron los martes y jueves de octubre de 2025 en una sala del centro. La temática y el contenido de cada sesión se presentan en la Tabla 1. El contenido de las sesiones puede adaptarse a las necesidades del grupo. En este caso, a partir de la sesión 4 se ajustó la dinámica en base al feedback del grupo, sustituyendo los ejercicios escritos por actividades orales en grupo.

Análisis estadísticos

Se calculó el cambio individual de cada medida mediante la resta entre las puntuaciones post y pre-intervención en cada participante. En las escalas utilizadas, puntuaciones altas indican niveles altos del constructo medido, por lo que un resultado negativo indica una mejora, uno positivo un empeoramiento, mientras que el cero representa ausencia de cambio.

Dado que la significación estadística muestra limitaciones para su uso en la investigación en psicoterapia⁴⁵⁻⁴⁷, se completaron los análisis descriptivos con el cálculo del *Índice de Cambio Fiable (ICF)*. El ICF se calculó según los criterios de Jacobson y Truax: $ICF = [(X_{post} - X_{pre}) / S_{dif}]$, donde, S_{dif} es el error estándar de la diferencia de las medidas [$S_{dif} = DT \sqrt{(1 - R_{xx})} \sqrt{2}$]; siendo DT la desviación típica en la muestra de referencia y R_{xx} la fiabilidad test-retest de la medida. Se consideró que un participante presentaba un cambio fiable si $ICF \geq 1,96$ o $ICF \leq -1,96$ (valor z correspondiente al punto en una curva normal de niveles de confianza del 95%). Los cálculos se

Tabla 1. Resumen de los objetivos clave de cada sesión del programa START

Temática de la sesión	Objetivos clave
Sesión 1. Estrés y bienestar	Comprender la demencia y sus síntomas; identificar fuentes de estrés del cuidador/a, cómo impactan en su bienestar y comportamientos difíciles del familiar; introducir la primera técnica de relajación.
Sesión 2. Causas del comportamiento	Comprender la función del comportamiento problemático; aprender a registrar las conductas; identificar desencadenantes y factores de mantenimiento; introducir la segunda técnica de relajación.
Sesión 3. Planes de modificación de conducta	Aprender a modificar comportamientos difíciles; desarrollar estrategias para cambiar los desencadenantes y reacciones; introducir la tercera técnica de relajación.
Sesión 4. Reestructuración cognitiva	Identificar pensamientos disfuncionales; aprender técnicas de reestructuración cognitiva; introducir la cuarta técnica de relajación.
Sesión 5. Estrategias de comunicación y asertividad	Identificar los diferentes estilos de comunicación; desarrollar habilidades de comunicación asertiva para realizar peticiones; introducir la quinta técnica de relajación.
Sesión 6. Planificación de necesidades futuras	Abordar cuestiones difíciles sobre el futuro del familiar; conocer recursos comunitarios y de apoyo social; planificar aspectos legales, financieros y de cuidados; introducir la sexta técnica de relajación.
Sesión 7. Planificación de actividades placenteras	Abordar la importancia del autocuidado; planificar e integrar actividades agradables en la rutina diaria; introducir la séptima técnica de relajación.
Sesión 8. Repaso de contenidos y mantenimiento	Revisar todas las habilidades aprendidas durante el programa; identificar qué estrategias han sido más útiles; elaborar un plan de recaídas.

realizaron a partir de la Calculadora del Índice de Cambio Fiable⁴⁸. Además, el término “cambio clínicamente significativo” se utilizó para hacer referencia a participantes que, además de presentar un cambio fiable, pasan de una zona clínica a una no clínica de acuerdo con los puntos de corte de cada instrumento⁴⁹.

Las respuestas al cuestionario de satisfacción se analizaron mediante estadísticos descriptivos: la adhesión, aceptabilidad, utilidad general y feedback abierto se representaron a través de porcentajes y la utilidad de cada sesión a través de la mediana.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 9 participantes, distribuidos en un grupo experimental ($n = 5$) y un grupo control ($n = 4$).

En el grupo experimental, la edad osciló entre los 75 y 90 años, con predominio del sexo

masculino ($n = 3$). Todos ellos mantenían una relación de pareja con el paciente. El tiempo de cuidado osciló entre 2 y 8 años, y el grado de deterioro del paciente, evaluado mediante la escala Global Deterioration Scale (GDS), se situó principalmente en niveles moderado a grave. En cuanto al apoyo domiciliario formal, se observaron perfiles variables, desde ausencia de apoyo hasta más de 20 horas semanales. Todos los participantes presentaban un nivel de ingresos medio-alto.

En el grupo control, la mayoría de las participantes fueron mujeres con edades que oscilaron entre los 50 y 75 años. A diferencia del grupo experimental, se observó una mayor heterogeneidad en la relación con el paciente, incluyendo pareja, hija, hermana y persona contratada. El tiempo de cuidado varió entre 1 y 10 años, y el grado de deterioro del paciente abarcó desde niveles leves hasta moderado-graves. El apoyo domiciliario formal incluyó tanto ausencia de apoyo como más de 20 horas semanales. Los niveles de ingresos oscilaron entre bajo-medio y medio-alto. La información sociodemográfica completa puede encontrarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Características de la muestra

ID	Sexo	Edad	Relación con el paciente	GDS paciente	Años de cuidado	Apoyo domiciliario formal	Ingreso mes	Tramo de ingresos *
Exp. 2	Mujer	81	Pareja	Moderado-grave	2	5 h/semana	2000/3000€	Medio -alto
Exp. 3	Mujer	78	Pareja	Leve-moderado	8	24 h/semana	3000/6000€	Medio -alto
Exp. 4	Hombre	83	Pareja	Grave	6	9 h/semana	2000/3000€	Medio -alto
Exp. 5	Hombre	83	Pareja	Moderado-grave	5	21 h/semana	2000/3000€	Medio -alto
Exp. 6	Hombre	86	Pareja	Moderado-grave	3	No	2000/3000€	Medio -alto
Con.7	Hombre	53	Cuidador contratado	Leve	7	48 h/semana	No informa	No informa
Con. 8	Mujer	73	Hermana	Moderado-grave	1	140 h/semana	2000/3000€	Medio - alto
Con. 9	Mujer	72	Pareja	Leve	10	No	1000€/2000€	Bajo - medio
Con. 10	Mujer	65	Hija	Leve - moderado	5	85 h/semana	2000/3000€	Medio - alto

Nota. GDS= Global Deterioration Scale⁵². El tramo de ingresos se calculó en base a la clasificación del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁵³.

Tabla 3. Cambio individual, ICF e interpretación clínica en el PHQ-9 y FAS

ID	PHQ-9					FAS				
	Puntuación pre-(gravedad)	Puntuación post-(gravedad)	Cambio individual	ICF	Interpretación del cambio	Puntuación pre-(gravedad)	Puntuación post-(gravedad)	Cambio individual	ICF	Interpretación del cambio
Exp. 2	10 (moderado)	14 (moderado)	4	1.38	Sin cambio fiable	20 (no)	27 (leve)	7	1.8	Sin cambio fiable
Exp. 3	6 (leve)	0 (ninguno)	-6	-2.07	Mejoría fiable	11 (no)	11 (no)	0	0	Sin cambio fiable
Exp. 4	5 (leve)	0 (ninguno)	-5	-1.73	Sin cambio fiable	14 (no)	12 (no)	-2	-0.51	Sin cambio fiable
Exp. 5	3 (leve)	2 (leve)	-1	-0.35	Sin cambio fiable	20 (no)	10 (no)	-10	-2.57	Mejoría fiable
Exp. 6	1 (leve)	3 (leve)	2	0.69	Sin cambio fiable	15 (no)	10 (no)	-5	-1.28	Sin cambio fiable
Con.7	4 (leve)	1 (leve)	-3	-1.04	Sin cambio fiable	17 (no)	13 (no)	-4	-1.03	Sin cambio fiable
Con. 8	1 (leve)	3 (leve)	2	0.69	Sin cambio fiable	11 (no)	10 (no)	-1	-0.26	Sin cambio fiable
Con. 9	4 (leve)	3 (leve)	-1	-0.35	Sin cambio fiable	21 (no)	14 (no)	-7	-1.8	Sin cambio fiable
Con. 10	4 (leve)	4 (leve)	0	0	Sin cambio fiable	16 (no)	18 (no)	2	0.51	Sin cambio fiable

Nota. PHQ-9= punto de corte para establecer zona clínica ≥ 10 . FAS= punto de corte para establecer zona clínica ≥ 22 .

Cambios en la sintomatología depresiva y fatiga

La tabla 3 muestra los datos de medición pre y post de cada participante, el cambio individual, el ICF y la interpretación del cambio en sintomatología depresiva y fatiga.

Tres de los cinco cuidadores del grupo experimental (60%) redujeron su sintomatología depresiva. Solo un participante (Exp. 3; 20%) reportó una mejoría fiable. No se observaron cambios fiables en el resto de los participantes.

Al igual que con la sintomatología depresiva, tres de los cinco cuidadores del grupo experimental (60%) redujeron su puntuación de fatiga. Solo un participante (Exp.5; 20%) mostró una mejoría fiable. No se observaron cambios fiables en el resto de los participantes.

Cambios en estrés percibido y sobrecarga

La tabla 4 muestra los datos de medición pre y post de cada participante, el cambio individual, el ICF y la interpretación del cambio en estrés percibido y sobrecarga.

En el caso del estrés percibido no se observaron cambios fiables en ninguno de los grupos. Sin embargo, en cuanto a la sobrecarga, cuatro de los cinco cuidadores del grupo experimental (80%) mostraron menor sobrecarga. Solo un participante (Exp.5; 20%) presentó un cambio clínicamente significativo. No se observaron cambios fiables en el grupo control.

Valoración del programa

En cuanto a la adhesión, el 60% acudió a las ocho sesiones y el 40% acudió a siete. Respecto a las tareas a poner en práctica entre sesiones, el 60%

Tabla 4. Cambio individual, ICF e interpretación clínica en el PSS-14 y ZBI

ID	PSS-14					ZBI				
	Puntuación pre-(gravedad)	Puntuación post-(gravedad)	Cambio individual	ICF	Interpretación del cambio	Puntuación pre-(gravedad)	Puntuación post-(gravedad)	Cambio individual	ICF	Interpretación del cambio
Exp. 2	18 (bajo)	29 (medio)	+11	1.85	Sin cambio fiable	56 (intensa)	60 (intensa)	+4	0.46	Sin cambio fiable
Exp. 3	15 (bajo)	17 (bajo)	+2	0.34	Sin cambio fiable	71 (intensa)	67 (intensa)	-4	-0.46	Sin cambio fiable
Exp. 4	11 (bajo)	8 (bajo)	-3	-0.5	Sin cambio fiable	39 (sin sobrecarga)	29 (sin sobrecarga)	-10	-1.15	Sin cambio fiable
Exp. 5	18 (bajo)	19 (medio)	+1	0.17	Sin cambio fiable	67 (intensa)	42 (sin sobrecarga)	-25	-2.86	Cambio clínicamente significativo
Exp. 6	4 (bajo)	0 (bajo)	-4	-0.67	Sin cambio fiable	33 (sin sobrecarga)	30 (sin sobrecarga)	-3	-0.34	Sin cambio fiable
Con.7	12 (bajo)	5 (bajo)	-7	-1.18	Sin cambio fiable	35 (sin sobrecarga)	39 (sin sobrecarga)	+4	0.46	Sin cambio fiable
Con. 8	2 (bajo)	5 (bajo)	+3	0.5	Sin cambio fiable	27 (sin sobrecarga)	30 (sin sobrecarga)	+3	0.34	Sin cambio fiable
Con. 9	12 (bajo)	2 (bajo)	-10	-1.68	Sin cambio fiable	72 (intensa)	62 (intensa)	-10	-1.15	Sin cambio fiable
Con. 10	14 (bajo)	18 (bajo)	+4	0.67	Sin cambio fiable	41 (sin sobrecarga)	53 (sobrecarga leve)	+12	1.37	Sin cambio fiable

Nota. El PSS-14 no dispone de punto de corte para establecer zona clínica; las categorías bajo/medio/alto se utilizaron solo con fines descriptivos (0–18 bajo; 19–37 medio; 38–56 alto). ZBI= punto de corte para establecer zona clínica ≥ 46 .

realizó al menos tres de siete, mientras que el 40% no completó ninguna. Con respecto a la aceptabilidad, el 100% consideró que la duración de las sesiones (1 hora) fue adecuada. El 80% consideró que el número de sesiones (8 sesiones) fue adecuado y el 20% hubiera preferido más sesiones. El 100% consideró que la frecuencia bisemanal de las sesiones fue adecuada, así como el cambio de formato de ejercicios escritos a actividades orales.

En cuanto a la utilidad, los participantes valoraron cada una de las ocho sesiones en una escala del 1 al 10, siendo las sesiones mejor valoradas la sesión 6 (planificación de necesidades futuras) y 5 (estrategias de comunicación y asertividad), con una puntuación de 9 sobre 10. Las sesiones peor valoradas fueron las sesiones 1 (estrés y bienestar) y 2 (causas del comportamiento), con una puntuación de 7 sobre 10. Además, el 40% de los participantes valoró la utilidad general de la intervención con un 9 sobre 10, el 40% con un 8 sobre 10 y el 20% con un 7 sobre 10.

En referencia al feedback abierto, como aspectos positivos, los participantes destacaron el compartir experiencias (80%), la problemática compartida (60%) y el carácter práctico de la intervención (40%). Como aspectos de mejora, el 80% no mencionó ninguno y el 20% mencionó la tendencia del grupo a hablar en exceso.

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue explorar, mediante un estudio piloto, la eficacia preliminar de la intervención START en un contexto natural. Mientras que ningún participante del grupo control obtuvo cambios fiables, algunos participantes del grupo experimental mostraron mejorías, pero con cambios fiables puntuales. En depresión y fatiga, el 60% del grupo experimental redujo sus puntuaciones, aunque solo el 20% presentó una mejoría fiable. En estrés percibido no se observaron cambios fiables. En sobrecarga, el 80% del grupo experimental redujo sus puntuaciones y un 20% mostró un cambio clínicamente significativo. La aceptabilidad del programa fue alta, además de la utilidad percibida, que recibió una puntuación de 8 sobre

10, siendo las sesiones mejor valoradas las sesiones 6 y 5, ambas con una puntuación de 9 sobre 10.

La eficacia de este programa ha sido previamente documentada en países anglosajones, con mejorías a largo plazo en depresión y ansiedad^{50,51}, y en Latinoamérica, con efectos beneficiosos en sobrecarga, depresión y satisfacción con la vida⁵⁴. Aunque en el presente estudio los efectos globales de la intervención fueron modestos, se identificaron señales preliminares de beneficio en algunos participantes. Además, el programa mostró una adecuada aceptabilidad, y se observaron cambios fiables en el grupo experimental, si bien la magnitud de dichos cambios no fue homogénea. En este sentido, los hallazgos sugieren una eficacia preliminar del programa sobre la sintomatología depresiva, la fatiga y la sobrecarga. No obstante, dada la naturaleza exploratoria del estudio, estos resultados deben interpretarse con cautela y ser confirmados en investigaciones futuras.

Numerosos estudios respaldan el uso de la TCC para la depresión^{27-29,55}, incluido el trabajo de Arango-Lasprilla et al.⁵⁴, que aplicó este mismo programa en población colombiana. Sin embargo, las intervenciones de mayor duración tienden a mostrar mejores efectos en la depresión⁵⁶, lo que podría explicar parcialmente los resultados del presente estudio, dado que la intervención se desarrolló a lo largo de cuatro semanas por motivos logísticos, frente a las ocho semanas del diseño original. Además, la integración de los aprendizajes puede requerir tiempo, retrasando el impacto en el estado de ánimo⁵⁷, habiéndose observado en otros estudios mejorías en depresión únicamente a los tres meses tras la intervención^{58,59}.

En relación con la fatiga, la mayoría de las intervenciones basadas en TCC dirigidas a cuidadores no suelen incluirla como variable de resultado. No obstante, incluso en estudios que sí la evalúan, tampoco se han encontrado diferencias significativas consistentes⁶⁰⁻⁶². En línea con estos hallazgos, los resultados del presente estudio no muestran cambios relevantes en fatiga.

En todo caso, en ambas variables la mayoría de los participantes presentaba niveles no clínicos

previos a la intervención (80% en depresión y 100% en fatiga), lo que pudo restringir el margen de mejora y dificultar la detección de cambios significativos (efecto suelo)⁵⁷.

En cuanto a la sintomatología de estrés percibido, no hubo diferencias significativas en ninguno de los grupos. Los resultados de este estudio coinciden con revisiones⁵⁵ y estudios^{63,64} que sugieren evidencia insuficiente para afirmar que la TCC reduzca significativamente el estrés de los cuidadores, así como con el estudio de Arango-Lasprilla et al.⁵⁴, que aplicó este mismo programa sin encontrar reducciones, a pesar de que otras revisiones sistemáticas sí las hayan reportado⁶⁵⁻⁶⁶.

Investigaciones previas señalan que algunas intervenciones no producen cambios significativos en las medidas cuantitativas de estrés, pese a que los participantes reporten mejoras subjetivas significativas⁶⁷. Esto podría sugerir que ciertos beneficios podrían manifestarse inicialmente a nivel cognitivo y experiencial, sin reflejarse inmediatamente en cambios detectables por instrumentos estandarizados. Esto podría guardar relación con la buena percepción de utilidad del programa observada en este estudio.

En cuanto a la sobrecarga, los resultados coinciden con algunos estudios de intervenciones TCC con cuidadores, que tampoco hallaron cambios significativos^{58, 68-71}. No obstante, Arango-Lasprilla et al.⁵⁴ sí observaron mejoras clínicamente significativas en sobrecarga utilizando este programa. Dado que la carga de cuidado incrementa gradualmente, las intervenciones con una duración limitada pueden resultar insuficientes para reducir la sobrecarga⁷². En esta línea, Fialho et al.⁷⁰ exponen que su intervención de ocho sesiones de TCC no afectó a la percepción de sobrecarga, si bien observaron indicios de que la intervención fue demasiado corta para generar un impacto. Asimismo, Cheng et al.⁶⁹ exponen que las medidas de sobrecarga global, como el ZBI, pueden no ser apropiadas para todas las intervenciones, ya que evalúan tanto la sobrecarga asociada al rol del cuidador/a como la asociada a la carga personal⁷³. Dado que las intervenciones no suelen abordar

ambas dimensiones, sería conveniente explorar sus efectos de forma diferenciada y emplear instrumentos que evalúen ambas facetas de forma bidimensional.

Por otro lado, cabe mencionar el caso del sujeto Exp.2, quien empeoró en todas las variables evaluadas. La situación vital explica estos resultados dado el reciente diagnóstico de una patología terminal de un familiar cercano. Dado que el cuidado de una persona con TNM es una labor prolongada, las circunstancias vitales del cuidador pueden cambiar y afectar a su sintomatología emocional⁵⁴.

Finalmente, la aceptabilidad y la percepción de utilidad del programa fueron altas, con una puntuación global de 8 sobre 10. Las sesiones mejor valoradas fueron las más prácticas (sesiones 5 y 6), mientras que las más teóricas (sesiones 1 y 2) recibieron valoraciones más bajas. Esto concuerda con otros estudios que muestran que los cuidadores valoran los componentes prácticos de las intervenciones⁷⁴, aspecto también señalado por los cuidadores de este estudio en el feedback abierto. Además, los participantes valoraron el formato grupal y la problemática compartida. Esto coincide con la literatura que señala que las intervenciones grupales pueden ser especialmente beneficiosas puesto que el entorno de apoyo social es terapéutico y reduce el estrés y la depresión de manera holística⁶⁵.

Sin embargo, los efectos modestos observados pueden entenderse a la luz de varios factores. En primer lugar, el tamaño de muestra es muy reducido, por lo que existe alta variabilidad individual y el poder estadístico para detectar el efecto real de la intervención es limitado⁷⁵. Además, el diseño cuasi-experimental supone una amenaza a la validez interna del estudio dados el sesgo de selección y la no equivalencia de los grupos⁷⁶. Concretamente, el grupo experimental estuvo compuesto por cuidadores de mayor edad que atendían a pacientes en un estado más grave en comparación con el grupo control. Asimismo, el grupo control incluyó a tres cuidadores que no convivían con el paciente, siendo uno de ellos un cuidador no profesional

contratado (Con.7), lo que pudo haber afectado a los resultados. Además, dado el efecto suelo⁵⁷, la intervención tuvo un potencial de mejora limitado.

Por otro lado, el programa original fue concebido para cuidadoras mujeres, mientras que la muestra del presente estudio fue mixta. Esta diferencia no es menor, ya que la literatura sugiere que hombres y mujeres tienden a vivir el cuidado de forma distinta, tanto en la percepción de carga como en las estrategias de afrontamiento empleadas⁷⁷. A ello se suma la adhesión parcial a los ejercicios para casa, una dificultad habitual en este tipo de intervenciones⁶⁵, que probablemente redujo las oportunidades de práctica y generalización de las estrategias aprendidas. Finalmente, el criterio empleado para determinar mejoría fue exigente, al combinar el índice de cambio fiable con el criterio de cambio clínicamente significativo⁴⁹, lo que aporta rigor a la evaluación, pero también puede haber contribuido a que los efectos detectados fueran más limitados.

Limitaciones, fortalezas e implicaciones clínicas

El estudio presenta limitaciones a considerar al interpretar los hallazgos. En primer lugar, su diseño cuasi-experimental impidió la aleatorización de los sujetos, lo que pudo generar diferencias sociodemográficas entre los grupos, especialmente en cuanto a sexo, edad y relación con el paciente. En segundo lugar, el tamaño muestral reducido incrementa la variabilidad individual y limita la capacidad para identificar patrones consistentes de cambio, así como la generalización de los resulta-

dos. Por otro lado, no fue posible realizar un seguimiento longitudinal ni incluir todas las medidas inicialmente previstas (como apoyo social, salud o aspectos positivos del cuidado), lo que limita la comprensión completa del impacto de la intervención. Asimismo, el uso de medidas autoinformadas supone un posible sesgo de respuesta⁷⁸ y el hecho de que la evaluación y la intervención fueran realizadas por la misma persona puede haber dado lugar a un sesgo del observador⁷⁹. Por último, la adherencia parcial a las tareas entre sesiones podría haber afectado a la eficacia observada.

A pesar de ello, este estudio aplica en España la intervención START (2ª edición), adaptación al castellano del programa de Gallagher-Thompson et al.⁴³, en un contexto natural. Se utilizaron medidas estandarizadas y puntos de corte, lo que fortalece la fiabilidad y facilita la comparación entre estudios⁷⁹. Además, se valoró el cambio fiable y el cambio clínicamente significativo, aportando mayor exigencia a la evaluación. Por último, se evaluó la aceptabilidad de la intervención, lo que permite una comprensión más completa de los hallazgos.

Conclusión

Pese a que la eficacia cuantitativa preliminar del programa START fue limitada, su alta aceptabilidad sugiere potencial como intervención psicoeducativa grupal en centros de día y recurso de apoyo inicial a cuidadores. No obstante, se requieren estudios con diseños más robustos, que incluyan cuidadores con mayor sintomatología inicial e incorporen medidas adicionales de salud mental.

Declaración de intereses

Las autoras no tienen conflictos de intereses que declarar.

Financiamiento

No se ha obtenido financiamiento para la realización de este estudio.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Nemcikova M, Katreniakova Z, Nagyova I. Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Front Public Health*. 2023;11:1104250. doi:10.3389/fpubh.2023.1104250
3. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):63-75.e2. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.007
4. Das SK, Pal S, Ghosal MK. Dementia: Indian scenario. *Neurol India*. 2012;60(6):618-624.
5. Trojanowski JQ, Arnold SE, Karlawish JH, Naylor M, Brunden KR, Lee VM. A model for improving the treatment and care of Alzheimer's disease patients through interdisciplinary research. *Alzheimers Dement*. 2012;8(6):564-573. doi:10.1016/j.jalz.2011.08.005
6. Villarejo Galende A, Eimil Ortiz M, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. Informe de la Fundación del Cerebro: impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*. 2021;36(1):39-49. doi:10.1016/j.nrl.2017.10.005
7. Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B, Alzheimer Disease International. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement*. 2013;9(1):1-11.e3. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.006
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023). Madrid: Centro de Publicaciones; 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
9. Cadar D. A life course approach to dementia prevention. *J Aging Geriatr Med*. 2017;1(2):1000106. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
10. Alzheimer's Association. 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2013;9(2):208-245. doi:10.1016/j.jalz.2013.02.003
11. Prince M, Acosta D. Ageing and dementia in developing countries - the work of the 10/66 Dementia Research Group. *Int Psychiatry*. 2006;3(4):3-6. doi:10.1192/S1749367600004926
12. Goto Y, Morita K, Suematsu M, Imaizumi T, Suzuki Y. Caregiver burdens, health risks, coping and interventions among caregivers of dementia patients: a review of the literature. *Intern Med (Tokyo)*. 2023;62(22):3277-3282. doi:10.2169/internalmedicine.0911-22 23
13. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Ginebra: World Health Organization; 2012. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
14. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(8):423-428. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x
15. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*. 2015;55(2):309-319. doi:10.1093/geront/gnu177
16. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*. 1986;26(3):260-266. doi:10.1093/geront/26.3.260
17. Kiecolt-Glaser JK, Dura JR, Speicher CE, Trask OJ, Glaser R. Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosom Med*. 1991;53(4):345-362. doi:10.1097/00006842-199107000-00001
18. King AC, Oka RK, Young DR. Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and caregiving in older women. *J Gerontol*. 1994;49(6):M239-M245. doi:10.1093/geronj/49.6.M239
19. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(7):332-339. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2009000200004&lng=es

20. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health.* 2002;92(3):409-413. doi:10.2105/AJPH.92.3.409
21. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(6):946-972. doi:10.1037/0033-2909.129.6.946
22. Peña-Longobardo LM, Oliva-Moreno J. Caregiver burden in Alzheimer's disease patients in Spain. *J Alzheimers Dis.* 2015;43(4):1293-1302. doi:10.3233/JAD-141374
23. Kimura H, Nishio M, Kukihara H, Koga K, Inoue Y. The role of caregiver burden in the familial functioning, social support, and quality of family life of family caregivers of elders with dementia. *J Rural Med.* 2019;14(2):156-164. doi:10.2185/jrm.2999
24. Sociedad Española de Neurología. Informe sociosanitario sobre demencias 2024. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2024. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2024/Informe_sociosanitario_2024.pdf
25. Fields B, Makaroun L, Rodriguez KL, Robinson C, Forman J, Rosland AM. Caregiver role development in chronic disease: a qualitative study of informal caregiving for veterans with diabetes. *Chronic Illn.* 2022;18(1):193-205. doi:10.1177/1742395320949633
26. Balladares J, Carvacho R, Basualto P, Coli Acevedo J, Molina Garzón M, Catalán L, et al. Cuidar a los que cuidan: experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas.* 2021;20(3). doi:10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue3-fulltext-2397
27. Wiegelmann H, Speller S, Verhaert LM, Schirra-Weirich L, Wolf-Ostermann K. Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia: a systematic literature review. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):94. doi:10.1186/s12877-021-02020-4
28. Barrero-Mejías MA, Gómez-Martínez S, González-Moreno J, Rueda-Extremera M, Izquierdo-Sotorrio E, Cantero García M. Effectiveness of psychological interventions for reducing depressive symptomatology and overload and improving quality of life in informal caregivers of non-institutionalized dependent elderly: a systematic review. *Front Med (Lausanne).* 2024;11:1394640. doi:10.3389/fmed.2024.1394640
29. Sun Y, Ji M, Leng M, Li X, Zhang X, Wang Z. Comparative efficacy of 11 nonpharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2022;129:104204. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104204
30. Encinas-Monge C, Hidalgo-Fuentes S, Cejalvo E, Martí-Vilar M. Interventions to relieve the burden on informal caregivers of older people with dementia: a scoping review. *Nurs Rep.* 2024;14(3):2535-2549. doi:10.3390/nursrep14030187
31. Cheng ST, Au A, Losada A, Thompson LW, Gallagher-Thompson D. Psychological interventions for dementia caregivers: what we have achieved, what we have learned. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(7):59. doi:10.1007/s11920-019-1045-9
32. Steffen AM, Gallagher-Thompson D, Arenella KM, Au A, Cheng ST, Crespo M, et al. Validating the Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: a cross-national review. *Gerontologist.* 2019;59(4):e325-e342. doi:10.1093/geront/gny004
33. Aravena JM, Gajardo J, Saguez R, Hinton L, Gitlin LN. Nonpharmacologic interventions for family caregivers of people living with dementia in Latin America: a scoping review. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2022;30(8):859-877. doi:10.1016/j.jagp.2021.10.013
34. Torres Egea M, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos.* 2008;19(1):9-15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2008000100002
35. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA.* 1999;282(18):1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737

36. Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63(4):679-686. doi:10.1097/00006842-200107000-00021
37. Michielsen HJ, De Vries J, Van Heck GL. Psychometric qualities of a brief self-rated fatigue measure: the Fatigue Assessment Scale. *J Psychosom Res*. 2003;54(4):345-352. doi:10.1016/S0022-3999(02)00392-6
38. Cano-Climent A, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, de Vries J, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Fatigue Assessment Scale: reliability and validity assessment in postpartum women. *PeerJ*. 2017;5:e3832. doi:10.7717/peerj.3832
39. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-396. doi:10.2307/2136404
40. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. 2006;9(1):86-93. doi:10.1017/S1138741600006004
41. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Zarit Burden Interview (BI, ZBI). *APA PsycTests*; 1980. doi:10.1037/t06571-000
42. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6(4):338-345.
43. Gallagher-Thompson D, Solano N, McGee JS, Krisztal E, Kaye J, Coon D, et al. Coping with caregiving: reducing stress and improving quality of life [manual]. Stanford (CA): Stanford University School of Medicine & VA Palo Alto Health Care System; 2002.
44. University College London, Division of Psychiatry. START: estrategias para familiares. 2a ed. (Suárez-González A, trad.). Londres: University College London; 2020. [Manual de intervención].
45. Iraurgi Castillo I. Evaluación de resultados clínicos I: entre la significación estadística y la relevancia clínica. *Norte Salud Ment*. 2009;8(33):94-108. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830140>
46. Iraurgi Castillo I. Evaluación de resultados clínicos (II): las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte Salud Ment*. 2009;8(34):94-110. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830218>
47. Iraurgi Castillo I. Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte Salud Ment*. 2010;8(36):105-122. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830423>
48. Vélez CH. Calculadora del Índice de Cambio Fiable (ICF) [Internet]. 2023 [citado 17 nov 2025]. Disponible en: <https://calcularicf.vercel.app>
49. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(1):12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
50. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual-based coping strategies programme (START, STrategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347:f6276. doi:10.1136/bmj.f6276
51. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Long-term clinical and cost-effectiveness of psychological intervention for family carers of people with dementia: a single-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(7):539-548. doi:10.1016/S2215-0366(14)00073-X
52. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139(9):1136-1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136
53. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF): hogares y personas según nivel de ingresos mensuales netos regulares del hogar [Internet]. Madrid: INE; [sin fecha] [citado 13 dic 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
54. Arango-Lasprilla JC, Panyavin I, Merchán EJ, Perrin PB, Arroyo-Anlló EM, Snipes DJ, et al. Evaluation of a group cognitive-behavioral dementia caregiver intervention in Latin America. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2014;29(6):548-555. doi:10.1177/1533317514523668

55. Vernooij-Dassen M, Draskovic I, McCleery J, Downs M. Cognitive reframing for carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(11):CD005318. doi:10.1002/14651858.CD005318.pub2
56. Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*. 2006;18(4):577-595. doi:10.1017/S1041610206003462
57. Verreault P, Turcotte V, Ouellet MC, Robichaud LA, Hudon C. Efficacy of cognitive-behavioural therapy interventions on reducing burden for caregivers of older adults with a neurocognitive disorder: a systematic review and metaanalysis. *Cogn Behav Ther*. 2021;50(1):19-46. doi:10.1080/16506073.2020.1819867
58. Lu YY, Bakas T, Yang Z, Weaver MT, Austrom MG, Haase JE. Feasibility and effect sizes of the revised daily engagement of meaningful activities intervention for individuals with mild cognitive impairment and their caregivers. *J Gerontol Nurs*. 2016;42(3):45-58. doi:10.3928/00989134-20160212-08
59. Losada-Baltar A, Izal-Fernández de Trocóniz M, Montorio-Cerrato I, MárquezGonzález M, Pérez-Rojo G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol*. 2004;38(8):701-708. Disponible en: https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13902/eficacia_diferencial_de_dos_intervenciones.pdf
60. Kubo A, Kurtovich E, McGinnis M, Aghaee S, Altschuler A, Quesenberry C Jr, et al. A randomized controlled trial of mHealth Mindfulness intervention for cancer patients and informal cancer caregivers: a feasibility study within an integrated health care delivery system. *Integr Cancer Ther*. 2019;18:1534735419850634. doi:10.1177/1534735419850634
61. Oken BS, Fonareva I, Haas M, Wahbeh H, Lane JB, Zajdel D, et al. Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *J Altern Complement Med*. 2010;16(10):1031-1038. doi:10.1089/acm.2009.0733
62. Smith TO, Pearson M, Smith MJ, Fletcher J, Irving L, Lister S. Effectiveness of caregiver interventions for people with cancer and non-cancer-related chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Br J Pain*. 2022;16(1):71-83. doi:10.1177/20494637211022771
63. Gallagher-Thompson D, Gray HL, Tang PC, Pu CY, Leung LY, Wang PC, et al. Impact of in-home behavioral management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese caregivers: results of a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(5):425-434. doi:10.1097/JGP.0b013e3180312028
64. Javadpour A, Ahmadzadeh L, Bahredar MJ. An educative support group for female family caregivers: impact on caregivers psychological distress and patient's neuropsychiatry symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(5):469-471. doi:10.1002/gps.2138
65. Hopkinson MD, Reavell J, Lane DA, Mallikarjun P. Cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in caregivers of dementia patients: a systematic review and meta-analysis. *Gerontologist*. 2019;59(4):e343-e362. doi:10.1093/geront/gnx217
66. Kwon OY, Ahn HS, Kim HJ, Park KW. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for caregivers of people with dementia: a systematic review and metaanalysis. *J Clin Neurol*. 2017;13(4):394-404. doi:10.3988/jcn.2017.13.4.394
67. Banningh LW, Vernooij-Dassen MJ, Vullings M, Prins JB, Rikkert MG, Kessels RP. Learning to live with a loved one with mild cognitive impairment: effectiveness of a waiting list controlled trial of a group intervention on significant others' sense of competence and well-being. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2013;28(3):228-238. doi:10.1177/1533317513481093
68. Aboulafia-Brakha T, Suchecki D, Gouveia-Paulino F, Nitrini R, Ptak R. Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Ment Health*. 2014;18(6):801-808. doi:10.1080/13607863.2014.880406
69. Cheng ST, Lau RW, Mak EP, Ng NS, Lam LC. Benefit-finding intervention for Alzheimer caregivers: conceptual framework, implementation issues, and preliminary efficacy. *Gerontologist*. 2014;54(6):1049-1058. doi:10.1093/geront/gnu018

70. Fialho PP, Köenig AM, Santos MD, Barbosa MT, Caramelli P. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012;70(10):786-792. doi:10.1590/S0004282X2012001000007
71. Gossink F, Pijnenburg YAL, Scheltens P, Pera A, Kleverwal R, Korten N, et al. An intervention programme for caregivers of dementia patients with frontal behavioural changes: an explorative study with controlled effect on sense of competence. *Psychogeriatrics*. 2018;18(6):451-459. doi:10.1111/psyg.12351
72. Meichsner F, Theurer C, Wilz G. Acceptance and treatment effects of an internet-delivered cognitive-behavioral intervention for family caregivers of people with dementia: a randomized-controlled trial. *J Clin Psychol*. 2019;75(4):594-613. doi:10.1002/jclp.22739
73. Whitlatch CJ, Zarit SH, von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist*. 1991;31(1):9-14. doi:10.1093/geront/31.1.9
74. Kurz A, Wagenpfeil S, Hallauer J, Schneider-Schelte H, Jansen S; AENEAS Study Group. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: the AENEAS Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(8):861-869. doi:10.1002/gps.2428
75. Salomón RV. Delimitación del tamaño muestral en estudios piloto. *Rev Latinoam Metodol Investig Soc (ReLMIS)*. 2025;29:7-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10140934>
76. Handley MA, Lyles CR, McCulloch C, Cattamanchi A. Selecting and improving quasi-experimental designs in effectiveness and implementation research. *Annu Rev Public Health*. 2018;39:5-25. doi:10.1146/annurev-publhealth040617-014128
77. Zygouri I, Cowdell F, Ploumis A, Gouva M, Mantzoukas S. Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):730. doi:10.1186/s12913-02106736-2
78. Craig K, Hale D, Grainger C, Stewart ME. Evaluating metacognitive self-reports: systematic reviews of the value of self-report in metacognitive research. *Metacogn Learn*. 2020;15(2):155-213. doi:10.1007/s11409-020-09222-y
79. Salazar J, Moustgaard H, Bracchiglione J, Hróbjartsson A. Empirical evidence of observer bias in randomized clinical trials: updated and expanded analysis of trials with both blinded and non-blinded outcome assessors. *J Clin Epidemiol*. 2025;183:111787. doi:10.1016/j.jclinepi.2025.111787