

Resultados en salud de personas cuidadoras tras una estrategia de intervención educativa grupal

María Paula Martín-Andrade (RN)^{1,2}, Aroa Camejo-Guerra (RN)^{1,3}, Dolores María Ruano-López (RN)^{1,3}, Raquel del Rosario Medina-Ponce (RN)^{1,3}, Andrea Duarte-Díaz (PsyD)^{4,5,6}, Beatriz Candela-Angulo (MSN)^{1,2}, Francisco J. Navarro-Vázquez (MD)^{1,3,7}, Juan José Suárez-Sánchez (PhD)^{1,3}, Lilisbeth Perestelo-Pérez (PhD)^{5,6}, Vanesa Ramos-García (PsyD)^{4,5,6}, Ana Isabel Barreno-Estévez (MSN)^{1,8}, Yolanda Álvarez-Pérez (PhD)^{4,5,6}

¹Servicio Canario de la Salud (SCS), España | ²Dirección General de Programas Asistenciales de la Comunidad Autónoma de Canarias, España | ³Gerencia de Atención Primaria, Área de Salud de Gran Canaria, España | ⁴Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC), Tenerife, España | ⁵Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Tenerife, España | ⁶Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), Tenerife, España | ⁷Unidad de Apoyo a La Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Área de Salud de Gran Canaria, España | ⁸Dirección General de Salud Pública, Servicio de Epidemiología y Prevención, Programa de vacunas, Comunidad Autónoma de Canarias, Gran Canaria, España.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: yolanda.alvarezperez@sescs.es

Manuscrito recibido: 16/09/2024 Manuscrito aceptado: 14/07/2025

Cómo citar este documento

Martín-Andrade M.P., Camejo-Guerra A., Ruano-López D.M., del Rosario Medina-Ponce R., Duarte-Díaz A., Candela-Angulo B., Navarro-Vázquez F.J., Suárez-Sánchez J.J., Perestelo-Pérez L., Ramos-García V., Barreno-Estévez A.I., Álvarez-Pérez Y. Resultados en salud de personas cuidadoras tras una estrategia de intervención educativa grupal. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2025 Julio; 13 (2): 25-42.

Financiación: Este estudio fue financiado por la Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC) en la Convocatoria "Salvador Tranche", a través del proyecto "Resultados en salud de las personas cuidadoras tras una estrategia de intervención educativa grupal continuada" (ST22/05). Esta convocatoria tuvo como objetivo financiar proyectos de investigación, desarrollo e innovación en el ámbito de la Atención Primaria, orientados a satisfacer las necesidades de salud de la población de Canarias y a la mejora de la sostenibilidad y solvencia del Servicio Canario de la Salud.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos: Agradecemos a David Díaz Pérez y Ricardo Jose Pinto Plasencia, enfermeros del SCS, por sus aportaciones durante la investigación. El uso del cuestionario EQ-5D-5L™ por parte del equipo investigador fue aprobado (ID 64682) por EuroQol© Research Foundation. EQ-5D™ es una marca comercial de la Fundación de Investigación EuroQol.

Contribución de autoría: Siglas: María Paula Martín-Andrade (MPMA), Aroa Camejo Guerra (ACG), Dolores María Ruano López (DMRL), Raquel del Rosario Medina Ponce (RRMP), Andrea Duarte-Díaz (ADD), Beatriz Candela Angulo (BCA), Francisco J. Navarro Vázquez (FJNV), Juan José Suárez Sánchez (JJSS), Lilisbeth Perestelo-Pérez (LPP), Vanesa Ramos García (VRG), Ana Isabel Barreno Estévez (AIBE), Yolanda Álvarez Pérez (YAP)

Conceptualización: MPMA, DMRL, BCA, FJNV, LPP, AIBE, YAP Metodología: MPMA, DMRL, BCA, FJNV, LPP, VRG, AIBE, YAP Software: MPMA, ACG, DMRL, ADD, BCA, JJSS, YAP Análisis Formal: ADD, JJSS, YAP Investigación: MPMA, ACG, DMRL, RRMP Recursos: MPMA, ACG, DMRL, RRMP, ADD, BCA, YAP Curación de Datos: MPMA, ACG, DMRL, ADD, YAP Redacción (Borrador Original): MPMA, ACG, DMRL, YAP, ADD Redacción (Revisión y Edición): MPMA, ACG, DMRL, ADD, BCA, FJNV, JJSS, LPP, YAP Visualización: MPMA, YAP Adquisición de fondos: MPMA, DMRL, RRMP, BCA, FJNV, JJSS, LPP, VRG, AIBE, YAP Administración del proyecto: MPMA Supervisión: MPMA, YAP

Original

RESUMEN

Antecedentes: El incremento de la esperanza de vida y enfermedades crónicas elevan la complejidad y carga del cuidado de pacientes crónicos. Este estudio evalúa una intervención educativa grupal dirigida a personas cuidadoras de estos pacientes, sobre la percepción de sobrecarga, salud mental, calidad de vida y alfabetización en salud.

Metodología: Diseño cuasiexperimental con grupo control. El grupo experimental participó en un taller de 16 sesiones y el grupo control no recibió intervención. Se evaluó la sobrecarga del cuidador (EZA), salud mental (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), calidad de vida (EQ-5D-5L), calidad de vida del cuidador familiar (ICUB-97-R) y conocimientos adquiridos, antes y después del taller, así como a los 3 meses de seguimiento.

Resultados: Participaron 37 personas (edad media 55,2 años) de las cuales el 35,1% llevaba más de 10 años como cuidadora. Los resultados mostraron mejoras significativas en el conocimiento adquirido post-intervención ($p=0,033$) a favor del grupo experimental. Los resultados intragrupo mostraron una mejora significativa del impacto del cuidado (ICUB-97-R subescala repercusión) en el grupo experimental post-intervención ($p=0,023$) y un empeoramiento significativo de la sobrecarga del cuidador y ansiedad en el grupo de control. En el seguimiento, hubo mejoras significativas en ansiedad y depresión en el grupo experimental. El 78% de las cuidadoras valoraron positivamente las sesiones del taller.

Conclusiones: El taller grupal mostró efectos beneficiosos en el bienestar y capacidad de cuidado de las cuidadoras. Sin embargo, se requieren de estrategias para optimizar estas intervenciones y mantener estos beneficios a largo plazo.

Palabras clave

Cuidadoras, apoyo social, calidad de vida, capacitación, alfabetización en salud.

Health Results of Caregivers After a Group Educational Intervention Strategy

Abstract

Background: The increase in life expectancy and chronic diseases has elevated the complexity and burden of caring for chronic patients. This study evaluates a group educational intervention aimed at caregivers of these patients, focusing on their perceptions of burden, mental health, quality of life, and health literacy.

Methodology: A quasi-experimental design with a control group was used. The experimental group participated in a 16-session workshop, while the control group received no intervention. Caregiver burden (Zarit Burden Interview), mental health (Goldberg Anxiety and Depression Scales), quality of life (EQ-5D-5L), family caregiver quality of life (ICUB-97-R), and acquired knowledge were assessed before and after the workshop, as well as at 3-month follow-up.

Results: A total of 37 participants (mean age 55.2 years) took part, 35.1% of whom had been caregivers for over 10 years. The results showed significant improvements in knowledge acquisition post-intervention ($p=0.033$) in favour of the experimental group. Intragroup results demonstrated a significant improvement in the impact of caregiving (ICUB-97-R repercussion subscale) in the experimental group post-intervention ($p=0.023$) and a significant worsening in caregiver burden and anxiety in the control group. At follow-up, there were significant improvements in anxiety and depression in the experimental group. Additionally, 78% of caregivers rated the workshop sessions positively.

Conclusions: Group workshops demonstrated beneficial effects on the caregivers' well-being and caregiving capacity. However, strategies are needed to optimise these interventions and sustain benefits in the long term.

Key words

Caregivers, Social Support, Quality of Life, Education, Health Literacy

Introducción

El aumento de la esperanza de vida está provocando el envejecimiento de la población, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y un incremento del grado de dependencia [1]. Actualmente los servicios de salud apuestan por dar un cuidado integral, centrado en la persona y lo que se pretende es que el paciente pase el mayor tiempo posible en su entorno. Además, los hospitales están evolucionando hacia centros de alta tecnología diagnóstica y terapéutica, donde las estancias o ingresos quedan reducidos a cuidados altamente especializados, desarrollando para ello nuevas fórmulas asistenciales (hospitalización parcial, a domicilio, hospitales de día) que generan un gran número de pacientes que permanecen en su entorno familiar con más carga de enfermedad y de cuidados. Esto, aunque repercute directamente en beneficio del paciente, origina un aumento significativo de la demanda de cuidados en domicilio, abocando a un cambio en las necesidades de la comunidad, siendo necesario construir estrategias que permitan afrontarlas y que palien la presión sobre los recursos sanitarios, sociales y sobre las personas cuidadoras familiares (en adelante "cuidadoras") [2-16].

En este sentido, la II Conferencia de Presidentes, de septiembre de 2005, acordó *"aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la Atención Primaria (AP)"* [17]. Posteriormente, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el documento *"Marco Estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012, Proyecto AP-21"*, en el que también participaron asociaciones de pacientes en su elaboración [18]. El acuerdo de 14 de marzo de 2007 del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud manifestó que *"la AP ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad, y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos..."* [19], considerando, de forma unánime,

este documento como marco estratégico para su desarrollo en las Comunidades Autónomas.

Más concretamente, en 2019 nace la estrategia +AP CANARIAS para el impulso de la AP en Canarias [14]. En ella se proponen nuevas acciones que permitan que la AP sea el principal pilar del Sistema de Salud. Estas acciones tendrán tres ejes fundamentales: organización y gestión, fortalecimiento del liderazgo de la AP y atención centrada en las personas y la comunidad. Dentro de este último eje, las cuidadoras deberían ser consideradas como agentes sobre los que intervenir para mejorar la atención domiciliaria, pudiendo ayudar en el cuidado de los pacientes crónicos complejos y en el desarrollo del papel de la cuidadora experta. De esta forma, los equipos de AP podrán hacer frente de forma eficiente a esa mayor demanda en el ámbito domiciliario, contando con los principales agentes de cuidados de esta población, sus cuidadoras familiares. Por tanto, los esfuerzos asistenciales de los equipos interdisciplinares deberán ir encaminados, no sólo a pacientes, sino también a sus cuidadoras [2,4-6,9,12].

El hecho de cuidar a personas con patologías crónicas cada vez más complejas, con aumento gradual de la dependencia, normalmente en el domicilio y con quien, además, existen lazos emocionales que influyen en la obligación del cuidado, repercute en muchas esferas de la vida de la cuidadora y en el funcionamiento familiar [2-4,6,10,11,20-22]. Dedicar la mayor parte del día al cuidado, con una elevada carga física y mental, afectando al ámbito emocional, laboral, social, etc. [2,3,20,22]. Todo ello hace evidente que el cuidar de forma continuada y durante años a sus seres queridos supone priorizar el cuidado por encima de la vida personal de la cuidadora [20,22].

Por ello, es necesario mejorar la calidad de vida de las cuidadoras, potenciando

la socialización, resiliencia, autocuidado y alfabetización en salud, haciendo posible y soportable las acciones cuidadoras [3,4,6,11,20,22]. Estas acciones podrían prevenir el riesgo de sufrir sobrecarga y el “síndrome del cansancio del rol del cuidador”, que hace referencia al agotamiento físico, mental y de bienestar general que experimentan estas personas como resultado de la atención ininterrumpida y constante al paciente. Si las cuidadoras no pueden gestionar eficazmente estas consecuencias negativas, tienen mayor predisposición a sufrir agotamiento crónico y sobrecarga [2-5,9-11,21-27].

Por otro lado, la idea de la carga que soporta la cuidadora se presentó inicialmente en estudios relacionados con el cuidado de personas con demencia, extendiéndose posteriormente a los cuidados a personas con trastornos mentales duraderos y otras afecciones crónicas [9,21,23,26]. Según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, en 2020 casi la mitad de las personas mayores de seis años con discapacidad reciben asistencia personal o cuidados. En el global, el 63.7% de las cuidadoras son mujeres frente al 36.3% de hombres. El perfil de edad más frecuente corresponde al intervalo de 45 y 64 años (61.7%). El 49.7% de las personas dependientes requieren atención durante, al menos, 8 horas diarias [28].

Si bien hay bastante literatura científica sobre la eficacia de las intervenciones en salud mediante talleres grupales para cuidadoras, la mayoría se centran en el cuidado de personas con demencia, cáncer, accidente cerebrovascular y problemas de salud mental [2,9,11,12,27,29-34] u otras enfermedades crónicas específicas [5,10,35]. No obstante, existen pocos estudios sobre el cuidado de personas con pluripatologías [8,22,35]. La multimorbilidad y la complejidad de los cuidados, asociadas a diferentes grados de dependencia, representan una dificultad

añadida. Las estrategias de intervención que resultan más beneficiosas son las que proporcionan formación, soporte y datos relevantes, implicando siempre una forma de comunicación bidireccional entre quien realiza la intervención y la cuidadora [35].

En este contexto, el Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria de 2002 del Servicio Canario de la Salud (SCS) [36] oferta talleres de formación grupal para las cuidadoras, de forma trimestral y con material de apoyo [20], incorporando dicha actividad y su monitorización al Servicio de Aulas de Salud. La gestión de las áreas sanitarias debe de tener en cuenta recursos para la implementación de este tipo de técnicas. Los recursos comunitarios hicieron posible satisfacer la demanda creciente de talleres, aumentando su oferta.

Los talleres se realizaron de forma continuada hasta la irrupción de la pandemia por COVID-19, durante la cual se impartieron talleres vía Zoom para preservar la oferta de talleres a las cuidadoras. Para ello, se les instruyó en el uso de la plataforma Zoom con el objetivo de disminuir la brecha digital. En marzo de 2022 comenzaron los talleres en modalidad mixta (presencial y online).

Además de las enfermeras de enlace y otros profesionales de la salud, colaboraron instituciones como la Fundación Universitaria de las Palmas de Gran Canaria, el Cabildo de Gran Canaria con el programa “Juegos de vida”, la Cruz Roja con atención psicológica, la Fundación Lidia García para el ejercicio físico, el distrito de Ciudad Alta del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria con talleres de cuidar al cuidador y “el jueves teatro”, la Asociación de Cuidadoras, Familiares y Amistades de Personas con Dependencia, Alzheimer y otras Demencias (ACUFADE) de Tenerife y la Asociación de Cuidadoras/es de Gran Canaria (ACUIGRANCA).

Tras varios años impartiendo estos talleres, se plantea evaluar en qué medida impacta en los resultados en salud de esta población, un nuevo programa de intervención educativa con sesiones estructuradas, que incluye mayor temporalidad (sesiones semanales todo el año excepto enero, agosto y septiembre), mayor formación para poder cuidarse y cuidar a pacientes con más complejidad de cuidados, más acorde con la realidad actual de las cuidadoras.

El objetivo de este estudio es evaluar la aceptabilidad y efectividad de una intervención educativa grupal en personas cuidadoras de pacientes con patologías crónicas sobre la percepción de sobrecarga, salud mental, calidad de vida y conocimiento adquirido.

Metodología

Diseño y reclutamiento

Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental con grupo control (GC) con muestreo por conveniencia. El reclutamiento se realizó entre noviembre 2022 - febrero 2023 mediante la captación activa de participantes a través de los equipos de AP de seis ZBS de la isla de Gran Canaria y otras vías de difusión, como redes sociales y cartelera de los centros de salud. Se ofreció la posibilidad de participar en las sesiones a toda cuidadora captada y aquellas que no quisieron acudir presencialmente u online, formaron parte del GC.

Criterios de inclusión/exclusión

Se incluyeron a cuidadoras informales de 18 años o más que proporcionaban cuidados a personas con múltiples enfermedades crónicas (pacientes pluripatológicos) y diversos grados de dependencia. Se excluyeron cuidadoras que

prestasen cuidados formales o institucionalizados y aquellas que presentaron deterioro cognitivo según test de Pfeiffer (≥ 5 puntos) [37].

Intervención

La intervención en el grupo experimental (GE) consistió en un taller grupal de 16 sesiones impartido por las enfermeras de enlace de seis ZBS (Miller Bajo, Schamann, Cueva Torres, Barrio Atlántico, Agüimes y Escaleritas) y profesionales sanitarios con formación sobre: gestión emocional, gestión del tiempo, ejercicio físico, manejo del paciente encamado y de las principales patologías crónicas (EPOC, insuficiencia cardíaca, diabetes), riesgo de caídas, primeros auxilios, potenciar la socialización, intervención psicológica grupal. La participación en las sesiones se realizó tanto de manera presencial como online. Por su parte, el GC no recibió ningún tipo de intervención.

Ámbito de intervención

Las 16 sesiones estructuradas se llevaron a cabo en el ámbito de AP, de manera presencial en el Centro Cívico de Escaleritas y en el Centro de Salud de Escaleritas (Área de Salud de Gran Canaria) y a través de la plataforma Zoom.

Medidas de resultado

La variable principal fue la sobrecarga percibida, evaluada a través de la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit Abreviada (EZA) [38], antes de la intervención, justo después de la misma y a los 3 meses de seguimiento. La escala EZA consta de 7 ítems que evalúa la vivencia subjetiva de la cuidadora informal sobre la carga asociada al desempeño del rol del cuidador y exploran: la sobrecarga, el autocuidado y la pérdida de rol social o familiar. Los puntos de corte son Ausencia

de sobrecarga (≤ 16 puntos) y Sobrecarga intensa (≥ 17 puntos).

Las variables secundarias, evaluadas con la misma frecuencia, fueron:

- **Ansiedad y depresión:** Escala Goldberg dividida en una subescala para ansiedad y otra para depresión [39].

- **Calidad de vida:** Escala visual analógica (EVA) del cuestionario EQ-5D-5L, que ofrece una medida global del estado de salud general percibido [40].

- **Calidad de vida del cuidador familiar:** Escala ICUB97-R [41] así como elaborar y validar una versión reducida del cuestionario ICUB97©. Los sujetos de estudio han sido 240 cuidadores familiares de personas dependientes en el domicilio de la provincia de Barcelona. Las variables de estudio han sido: Características de la persona dependiente y del cuidador, cuidados que presta el cuidador para ayudar a la persona dependiente y repercusiones que ocasiona el cuidar en el cuidador familiar. El instrumento de medición ha sido el cuestionario ICUB97©. Para reducir el número de ítems del cuestionario original ICUB97©, se ha realizado un Análisis Factorial de Componentes Principales (ACP que consta de dos partes: Cuidados que presta el cuidador (35 ítems) y Repercusiones que le suponen el cuidar (30 ítems). Las puntuaciones van de 0-35 puntos en la primera parte (a más puntuación, mayor será el peso de los cuidados que presta el cuidador) y de 0-30 puntos en la segunda (mayor puntuación refleja una mayor sobrecarga percibida).

- **Alfabetización en salud:** Cuestionario de creación propia para evaluar los conocimientos adquiridos sobre el contenido de las sesiones impartidas.

- **Satisfacción con el taller:** Cuestionario de evaluación post taller incluido en el documento "Taller de formación y educa-

ción para personas cuidadoras del SCS" [20]. Consta de seis preguntas, tres de ellas con cuatro opciones de respuesta sobre las sesiones del taller ("muy mal", "mal", "bien" y "muy bien"), otra pregunta con tres opciones de respuesta sobre la duración del taller ("corta", "adecuada" y "larga") y tres preguntas abiertas sobre sugerencias de mejora.

Las variables sociodemográficas registradas en las cuidadoras fueron edad, género, nivel educativo, situación y actividad laboral. Las variables sobre cuidados incluyen el tiempo que lleva ejerciendo la función cuidadora, si precisa de ayuda domiciliaria y otras variables referidas a la/s persona/s a la/s que presta cuidados (edad, género, nivel de discapacidad física a través del índice Barthel [42], parentesco).

Estrategia de análisis

La codificación de la información y el análisis estadístico se realizaron con el programa SPSS v.20. Se llevó a cabo un análisis exploratorio y un análisis bivariado con pruebas paramétricas o no paramétricas en función de la naturaleza de las distribuciones. El efecto de la intervención se midió por la modificación de las puntuaciones pre-post de las diferentes escalas. Como criterio de exclusión del análisis se utilizó la no asistencia (presencial u online síncrona) a más del 50% de las sesiones. Los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$). Se contrastó el efecto de la intervención en función de la edad, género, nivel educativo y enfermedad mediante análisis estratificados.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Las Palmas Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (Código 2022-279-1). Se informó a todos los participantes en el

proyecto de los objetivos y actividades y antes de su inclusión se les solicitó su consentimiento explícito para participar en cada fase del proyecto y en cada tipo de actividad. La participación fue voluntaria y los participantes pudieron retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos confidencial y gestionada según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y Reglamento (UE) 2016/679, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Resultados

Se reclutó un total de 63 participantes (GE $n = 43$; GC $n = 21$), de los cuales 37 (58,7%) fueron incluidos en el análisis (GE $n = 16$; GC $n = 21$) tras aplicar el criterio de exclusión del mismo (Figura 1). No obstante, no se observaron diferencias significativas entre los participantes analizados y los excluidos del análisis en las variables sociodemográficas (edad, género, nivel educativo, tiempo desde que es cuidador/a y situación laboral) ni en las puntuaciones de sobrecarga del cuidado,

salud mental ni calidad de vida del cuidador familiar ($p > 0.05$).

Las cuidadoras del GE, tanto al inicio ($n = 43$), como las incluidas en el análisis ($n = 16$), tuvieron edades significativamente mayores que las del GC ($p = 0,024$). En el resto de las variables demográficas (género, nivel educativo, tiempo desde que es cuidador/a, número de personas a las que cuida, edad de la/s persona/s cuidada/s e índice de dependencia) no se encontraron diferencias significativas entre grupos en línea base (Tabla 1).

La edad media de los 37 participantes analizados fue de 55,2 años y la mayoría fueron mujeres (86,5%). El 45,9% tenía estudios secundarios, el 35,1% era cuidadora desde hace más de 10 años y el 29,7% había tenido que dejar su trabajo por su desempeño de cuidadora. El 43,2% de los pacientes a los que cuidaban tenía más de 81 años, el 56,8% con un grado de dependencia entre total y moderada (0-60 según índice de Barthel) y el 40,5% tenían algún tipo de ayuda domiciliaria (Tabla 1).

Antes de la intervención, el GE tuvo puntuaciones significativamente más altas en sobrecarga (EZA) en comparación al GC ($p = 0,016$) (Tabla 1). No obstante, esta diferencia dejó de ser estadística-

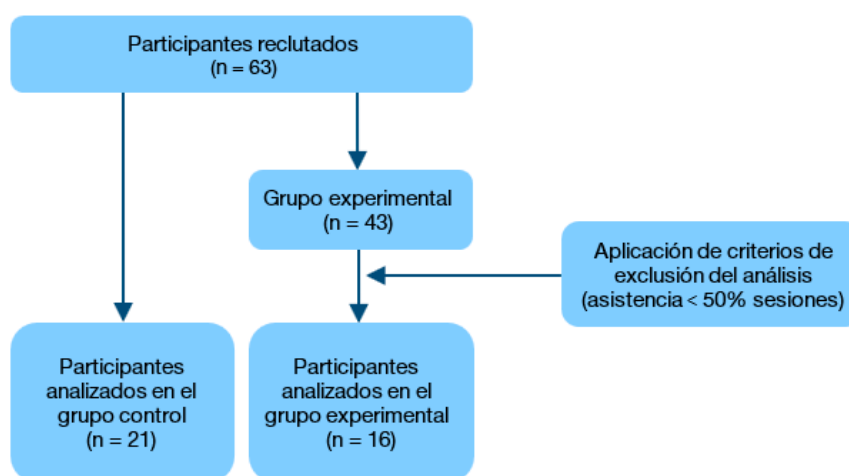


Figura 1. Diagrama de flujo del reclutamiento

mente significativa tras aplicar el criterio de exclusión para el análisis ($p=0,122$) (Tabla 1). En el resto de medidas de resultado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en línea base excepto en la subescala ansiedad del cuestionario Goldberg tras aplicar el criterio de exclusión para el análisis, observándose de forma general puntuaciones significativamente más altas en el GE ($p=0,013$) (Tabla 1).

En relación con los resultados inter-grupo, se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del GE en el conocimiento adquirido sobre cuidados ($p=0,033$) después de la intervención (Tabla 2). No obstante, en el seguimiento, esta diferencia dejó de ser estadísticamente significativa (Tabla 2). Para el resto de variables y en el seguimiento a 3 meses, no se obtuvieron resultados significativos entre grupos (Tabla 2).

Por otra parte, en relación con los resultados intra-grupo, se identificó una mejora significativa tras la intervención en las puntuaciones del GE respecto al impacto del cuidado (ICUB97-R, subescala de repercusión) ($p=0,023$) (Tabla 3). En el GC, se observó un empeoramiento significativo en la sobrecarga del cuidador (EZA) y la ansiedad ($p=0,018$ y $p=0,006$, respectivamente) (Tabla 3). En el seguimiento a 3 meses, se observaron mejoras significativas en ansiedad y depresión en el GE ($p=0,029$ y $p=0,014$, respectivamente) (Tabla 3). En el GC, se observó un empeoramiento significativo en el impacto del cuidado (ICUB97-R, subescala de cuidado del cuidador) ($p=0,024$) (Tabla 3).

El 78% de las cuidadoras valoraron como "bien" o "muy bien" las sesiones del taller y el 75% consideró que la duración fue adecuada. En relación con las sugerencias de mejora recogidas en las preguntas abiertas, 8 participantes sugirieron realizar más sesiones como las ya realizadas.

Discusión

Este estudio evaluó la aceptabilidad y efectividad de una intervención educativa grupal en personas cuidadoras de pacientes dependientes y/o pluripatológicos.

Con relación a la variable principal, sobrecarga del cuidador (medida mediante la escala EZA), se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la muestra inicial de 63 participantes, con un mayor nivel de sobrecarga en el GE en línea base. Esto podría indicar que este grupo inicialmente presentaba mayor necesidad percibida de ayuda de los profesionales de salud. Sin embargo, una vez aplicado el criterio de exclusión para el análisis, la diferencia entre grupos dejó de ser significativa en esta variable aunque se observó una mayor puntuación en ansiedad con la muestra finalmente analizada. Esto podría sugerir que un mayor nivel de sobrecarga percibido podría ser un factor que repercute negativamente en la adherencia a este tipo de intervenciones educativas. Planteamientos similares se encontraron en otros estudios [3,30]. Según Turró Garriga et al. (2018) [3], podría responder a la "Ley del cuidado inverso" [43], que sugiere que la atención sanitaria es inversamente proporcional a las necesidades de la persona atendida, ya que las cuidadoras con mayores recursos (menor carga) son las que tendrían más facilidad para acudir a las sesiones, y a la inversa, aquellas cuidadoras con más carga de cuidados (menos recursos para cuidados de relevo, trabajo fuera de casa o los vínculos familiares), experimentan mayor estrés, ansiedad y depresión, ocasionando una falta de adherencia a la intervención. En esta línea, Tartaglini et al. (2010) [24] afirma que el estrés de las cuidadoras está influenciado por la valoración que realice de la situación y con los recursos que tenga para afrontarla. Como mejora se plantea para futuras investigaciones, estratificar por edad y perfiles sociodemográficos, lo que abordaría las necesidades específicas de diferentes grupos de cuidadoras.

Tabla 1. Datos en línea base

	Muestra total (N = 63)			Muestra analizada (N = 37)		
	GE (N = 42)	GC (N = 21)	T Student / χ^2	GE (N = 16)	GC (N = 21)	T Student / χ^2
Características sociodemográficas						
Edad (media, DT)	59,6 (12,6)	52 (10,3)	p=0,024	60,1 (12,1)	51,4 (10,3)	p=0,024
Género (N, %)						
Hombre	9 (20,9)	18 (85,7)	p=0,523	2 (12,5)	3 (14,3)	p=0,875
Mujer	33 (79,1)	3 (14,3)		14 (87,5)	18 (85,7)	
Años cuidando (N, %)						
< 1 año	3 (7,1)	1 (4,8)	p=0,907	0 (0)	1 (4,8)	p=0,677
1-5 años	15 (35,7)	6 (28,6)		7 (43,8)	6 (28,6)	
6-10 años	10 (23,8)	6 (28,6)		4 (25)	6 (28,6)	
> 10 años	14 (33,3)	8 (38,1)		5 (31,2)	8 (38)	
Ha dejado el trabajo (N, %)						
Sí	16 (37,2)	4 (19)	p=0,141	7 (43,7)	4 (19)	p=0,103
No	26 (62,8)	17 (81)		9 (56,3)	17 (81)	
Nivel de estudios (N, %)						
Sin estudios	3 (7,2)	0 (0)	p=0,235	0 (0)	0 (0)	p=0,704
Primarios	8 (19)	8 (38,1)		5 (31,2)	8 (38,1)	
Secundarios	17 (40,5)	10 (47,6)		7 (43,8)	10 (47,6)	
Universitarios	14 (33,3)	3 (14,3)		4 (25)	3 (14,3)	
Índice de Barthel* (N, %)						
0-60	24 (57,1)	12 (63,2)	p=0,374	9 (56,3)	12 (63,2)	p=0,510
61-90	13 (31)	3 (15,8)		5 (31,2)	3 (15,7)	
91-100	5 (11,9)	4 (21)		2 (12,5)	4 (21,1)	
SAD (N, %)						
Sí	13 (31)	8 (38,1)	p=0,571	7 (43,8)	8 (21,6)	p=0,729
No	29 (69,1)	13 (61,9)		9 (56,2)	13 (35,1)	
Medidas de resultado						
EZA (media, DT)	24,4 (7,4)	19,6 (7)	p=0,016	23,5 (7,8)	19,6 (7)	p=0,122
Goldberg - Ansiedad (media, DT)	5,1 (3)	3,6 (3)	p=0,061	6,19 (2,9)	3,6 (3,1)	p=0,013
Goldberg - Depresión (media, DT)	4,8 (2,8)	3,4 (2,7)	p=0,069	5,38 (3,2)	3,43 (2,7)	p=0,052
ICUB97-R (cuidados que presenta el cuidador) (media, DT)	17,4 (7,5)	18,4 (7,6)	p=0,638	15,75 (8)	18,4 (7,6)	p=0,314
ICUB97-R (repercusiones) (media, DT)	12,5 (5,8)	10,2 (5,6)	p=0,143	11,75 (6,8)	10,2 (5,6)	p=0,461
EQ-5D-5L EVA (media, DT)	66,4 (23,6)	60,2 (21,6)	p=0,321	62,4 (25,8)	60,2 (21,6)	p=0,786

*Muestra total N = 19; Muestra analizada N = 35

EZA = Escala Zarit Abreviada; GC = Grupo control; GE = Grupo experimental; SAD = Situación de ayuda domiciliaria

Tabla 2, Resultados intergrupo

Medida de resultado	Grupos	Línea base (n = 37 ¹)		Post-intervención (n = 32 ²)		Seguimiento (n = 30 ³)	
		Media (DT)	p ⁴	Media (DT)	p	Media (DT)	p
EZA	Intervención	23,5 (7,8)	0,122	21,9 (7)	0,701	21,1 (9,6)	0,807
	Control	19,6 (7)		20,9 (7,4)		21,9 (8,1)	
Goldberg - Ansiedad	Intervención	6,2 (2,9)	0,013	5,3 (3,2)	0,624	4,1 (3,5)	0,917
	Control	3,6 (3,1)		4,8 (2,7)		4 (3,4)	
Goldberg - Depresión	Intervención	5,4 (3,2)	0,052	4,2 (3,2)	0,507	3,9 (3,2)	0,627
	Control	3,4 (2,7)		3,5 (2,4)		3,3 (2,7)	
ICUB97-R - Cuidados	Intervención	15,8 (8)	0,314	15,8 (9,2)	0,211	17 (8,1)	0,525
	Control	18,4 (7,6)		19,8 (8,6)		18,9 (7,8)	
ICUB97-R - Repercusión	Intervención	11,8 (6,8)	0,461	9,7 (6,6)	0,902	11 (7,3)	0,977
	Control	10,2 (5,6)		10 (5,6)		10,9 (5,2)	
EQ-5D-5L - EVA	Intervención	62,4 (25,8)	0,786	66,3 (20,2)	0,950	67,3 (20,4)	0,842
	Control	60,2 (21,6)		66,8 (18,5)		65,9 (19,6)	
Conocimiento (alfabetización en salud)	Intervención	16,6 (5,1)	0,482	23 (5,2)	0,033	19,5 (6,6)	0,743
	Control	17,6 (3,5)		19,4 (3,7)		20,1 (4,1)	

¹ Intervención: n = 16; Control: n = 21; ² Intervención: n = 15; Control: n = 17 ³ Intervención: n = 15; Control: n = 15; ⁴ T-Student para muestras independientes. DT = Desviación Típica; EZA = Escala Zarit Abreviada

Tabla 3, Resultados intragrupo

Medida de resultado	Grupos	Línea base (n = 37 ¹)	Post-intervención (n = 32 ²)	Seguimiento (n = 30 ³)	Diferencia Línea base – Post-intervención (n = 32 ²)		Diferencia Post-intervención – Seguimiento (n = 30 ³)		Diferencia Línea base – Seguimiento (n = 30 ³)	
					Intragrupo		Intragrupo		Intragrupo	
					Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	DM (EE)	p ⁴	DM (EE)
EZA	Intervención	23,5 (7,8)	21,9 (7)	21,1 (9,6)	-0,8 (1,5)	0,612	0,8 (1,6)	0,616	-1,6 (1,3)	0,253
	Control	19,6 (7)	20,9 (7,4)	21,9 (8,1)	2,6 (1)	0,018	-0,5 (1)	0,646	2,9 (1,6)	0,095
Goldberg - Ansiedad	Intervención	6,2 (2,9)	5,3 (3,2)	4,1 (3,5)	-0,7 (0,8)	0,378	-1,2 (0,8)	0,141	-1,9 (0,8)	0,029
	Control	3,6 (3,1)	4,8 (2,7)	4 (3,4)	1,7 (0,5)	0,006	-1,1 (0,8)	0,211	0,5 (0,9)	0,563
Goldberg - Depresión	Intervención	5,4 (3,2)	4,2 (3,2)	3,9 (3,2)	-1 (0,6)	0,105	-0,3 (0,6)	0,613	-1,3 (0,5)	0,014
	Control	3,4 (2,7)	3,5 (2,4)	3,3 (2,7)	0,3 (0,6)	0,646	-0,1 (0,6)	0,916	-0,1 (0,7)	0,846
ICUB - Cuidados	Intervención	15,8 (8)	15,8 (9,2)	17 (8,1)	-0,3 (0,9)	0,761	1,2 (1,4)	0,410	0,9 (1,2)	0,454
	Control	18,4 (7,6)	19,8 (8,6)	18,9 (7,8)	2,7 (1,3)	0,050	-0,4 (0,8)	0,607	2,8 (1,1)	0,024
ICUB - Repercusión	Intervención	11,8 (6,8)	9,7 (6,6)	11 (7,3)	-1,5 (0,6)	0,023	1,3 (0,9)	0,194	-0,3 (1,1)	0,814
	Control	10,2 (5,6)	10 (5,6)	10,9 (5,2)	0,7 (1,2)	0,572	0,7 (1,2)	0,561	1,3 (1,1)	0,241
EQ-5D-5L	Intervención	62,4 (25,8)	66,3 (20,2)	67,3 (20,4)	3,1 (3,2)	0,344	1 (3,5)	0,779	4,1 (4,6)	0,384
	Control	60,2 (21,6)	66,8 (18,5)	65,9 (19,6)	2,9 (4)	0,473	-0,5 (3,4)	0,891	2,5 (3,6)	0,493
Conocimiento (alfabetización en salud)	Intervención	16,6 (5,1)	23 (5,2)	19,5 (6,6)	6,5 (0,9)	0,000	-3,5 (1,6)	0,045	2,9 (1,8)	0,118
	Control	17,6 (3,5)	19,4 (3,7)	20,1 (4,1)	1,5 (1,1)	0,185	0,9 (0,8)	0,310	2,7 (1,2)	0,048

¹ Intervención: n = 16; Control: n = 21; ² Intervención: n = 15; Control: n = 17 ³ Intervención: n = 15; Control: n = 15; ⁴ T-Student para datos emparejados. DME = Diferencia de Medias Estandarizada; EE = Error Estándar; EZA = Escala Zarit Abreviada

Los resultados intergrupo muestran que, aunque no hubo una mejora significativa en la percepción de sobrecarga (EZA) entre los grupos tras la intervención ni a los 3 meses de seguimiento, se observaron resultados positivos a favor del GE en otras áreas, como en el aumento significativo del conocimiento adquirido sobre cuidados tras las sesiones del taller.

Los resultados intragrupo reflejan la potencial utilidad de esta intervención para mejorar la repercusión de los cuidados sobre la calidad de vida de las cuidadoras (ICUB97-R, subescala repercusión), así como el nivel de conocimiento adquirido tras la intervención y los niveles de ansiedad y depresión 3 meses después. No obstante, el efecto de la intervención sobre el conocimiento parece disminuir con el tiempo, ya que durante el seguimiento no se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al momento post-intervención. Estos resultados sugieren que los efectos positivos de la intervención tienden a disminuir con el tiempo, lo que coincide con otros estudios como el de Sotoudeh et al. (2019) [10], quienes señalaron que sus resultados tuvieron un efecto temporal limitado y recomiendan la realización de más investigaciones con seguimientos amplios que permitan evaluar sobre los efectos a largo plazo. Podría tener relación con los resultados de aceptabilidad, que apuntan a la necesidad de realizar más sesiones. Estos hallazgos concuerdan con los observados en otros estudios previos, como el de González-Fraile et al. (2019) [30], entre otros, que indican que la aceptabilidad de este tipo de programas es alta y los participantes tienen interés en recibir más intervenciones similares, planteando la posibilidad de refuerzos individuales y en línea [22,30,34,44]. Sin embargo, para algunas cuidadoras la asistencia a este tipo de intervenciones presenciales podría suponer una carga adicional debido al desplazamiento y a la dificultad de encontrar apoyo adicional para el cuidado de la persona durante las sesiones.

Adicionalmente, el empeoramiento significativo del GC sobre los niveles de ansiedad después de la intervención y sobre la sobrecarga y cuidados que presta la cuidadora (ICUB97-R, subescala de cuidados) durante el seguimiento a 3 meses sugieren que la falta de intervención puede tener un impacto negativo en la salud mental, sobrecarga percibida y calidad de vida de las personas cuidadoras. Estos resultados son similares a los encontrados en otros estudios, como el de Dalirirad et al. (2021) [5], quienes observaron que, aunque la diferencia en las puntuaciones medias de la "carga del cuidador" antes y después de la intervención aumentó en ambos grupos, hubo un aumento significativamente menor en el grupo de intervención en comparación con el GC. Esto podría atribuirse a una mayor conciencia de las estrategias para afrontar los problemas relacionados con el cuidado, disminuyendo la ansiedad y el estrés, así como aumentando su autoconfianza [5]. Reforzando lo anterior, Kim D. (2017) [45], describe que el estrés relacionado con el cuidado muestra una correlación significativa con la depresión y una correlación negativa significativa con la autoestima. Igualmente, Martínez-Martínez et al. (2020) [21] establecieron que cuanto más alta sea la autoestima y la percepción de capacidad, menos carga se percibirá.

Por todo lo expresado anteriormente, los hallazgos de este estudio son similares a los identificados en investigaciones previas que demuestran que una intervención educativa grupal puede tener efectos beneficiosos para las cuidadoras [2,9-12,22,30,35,46], contribuyendo a un mejor bienestar y capacidad de cuidado. No obstante, este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar no se pudo aleatorizar la asignación de las cuidadoras a los grupos y el hecho de haber conformado el GC con las personas que inicialmente no podían acudir presencialmente a las sesiones podría dificultar la comparación entre grupos. Por otro lado, el tamaño de la muestra es limitado, ya que antes de iniciar el estudio, no se llevó a cabo el

cálculo del tamaño muestral necesario para la variable principal. Además, la población de personas cuidadoras informales en Canarias no está correctamente identificada, por lo que existe dificultad de captar este perfil. Por otra parte, después de aplicar el criterio de exclusión del análisis la muestra sufrió un número considerable de pérdidas durante la intervención y el seguimiento. Para abordar esta última limitación, estudios futuros podrían llevar a cabo la grabación de las sesiones y posterior comprobación de su visionado mediante un test de verificación, lo que permitiría confirmar la participación activa de las cuidadoras. Otro aspecto a considerar podría ser la necesidad de haber llevado a cabo un periodo de seguimiento mayor para confirmar si los resultados se mantienen a más largo plazo [10]. Debido a estas limitaciones, estos resultados deben tomarse como preliminares no pudiéndose extrapolar a la práctica clínica diaria habitual, por lo que se plantea la necesidad de continuar con esta línea de investigación. Muchos estudios anteriores justifican esta necesidad para evaluar el impacto diferencial y la eficacia de las intervenciones multicomponentes en distintos tipos de cuidadores, debido a la evidencia limitada y la falta de una base teórica sólida [2,6,8-10,22,29,30,34,35,46-48]. Un tamaño muestral mayor, con estratificación por edad y perfiles sociodemográficos [3,29,43,48], podría abordar las necesidades específicas de diferentes grupos de personas cuidadoras, aumentando así las posibilidades de lograr más resultados positivos en su salud.

Mantener los resultados positivos de una intervención en el tiempo sin la participación continua de profesionales de la salud se presenta como un desafío, por lo que se podrían plantear algunas estrategias que permitieran la consolidación de estos resultados en estudios futuros, como:

- **Recursos comunitarios:** Darlos a conocer, Asociaciones para personas cuidadoras, ONG... fomentando la participación en las actividades y grupos de apoyo que

realizan donde puedan compartir experiencias y estrategias de afrontamiento [6] casi 66 millones de estadounidenses (tres de cada diez hogares estadounidenses).

- **Canal de mensajería rápida, plataformas virtuales, APP:** Donde ofrecer consejos, técnicas de relajación, material educativo tipo "píldoras formativas" e información de recursos comunitarios para reforzar los comportamientos y conocimientos adquiridos [2,27,49,50].

- **Entrenamiento en autogestión:** Técnicas de relajación en todas las intervenciones que se realicen, servirá de entrenamiento para que puedan manejar de manera independiente los síntomas de ansiedad, depresión o estrés [10,30].

- **Seguimiento a Distancia:** Establecer llamadas telefónicas periódicas, para monitorear el bienestar de las cuidadoras y ofrecer asistencia cuando sea necesario [5,8,27].

- **Organizar sesiones de refuerzo periódicas** presenciales u online [22] con refuerzos individuales si fuera preciso, para repasar las habilidades y conocimientos clave, y así asegurar que se mantengan a lo largo del tiempo [10].

- **Realizar evaluaciones regulares** para identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias de afrontamiento.

En conclusión, una intervención educativa grupal para personas cuidadoras tiene importantes implicaciones tanto en la práctica clínica como para la salud y calidad de vida de las cuidadoras. Los resultados preliminares de este estudio apuntan a que este tipo de intervenciones pueden ser útiles para ayudar a reducir los niveles de ansiedad y depresión de cuidadoras informales de pacientes crónicos, así como para mejorar su conocimiento sobre cuidados y autocuidado en el corto plazo, especialmente en aquellas cuidadoras que

tengan mayores recursos, en cuestión de tiempo y apoyo adicional, para la asistencia a este tipo de intervenciones. No obstante, se desconoce el efecto sobre aquellas cuidadoras con más dificultades para

participar debido a falta de disponibilidad. Sin embargo, también se señala la necesidad de optimizar estas intervenciones para mantener sus beneficios a largo plazo.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). (s.f.). *Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por periodo*. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
2. Cheng, S.-T., Au, A., Losada, A., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2019). Psychological interventions for dementia caregivers: What we have achieved, what we have learned. *Current Psychiatry Reports*, 21(59). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>
3. Turró Garriga, O., Farrés Costa, S., Pérez Terré, A., & Batlle Amat, P. (2018). Evaluación del efecto del sentido de coherencia en la carga percibida y en la adherencia a un programa psicoeducativo para cuidadores informales de personas dependientes. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53, 196-201. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.12.002>
4. Leurs, A., Trojak, B., Ponavoy, E., Bonin, B., & Chauvet-Gelinier, J.-C. (2018). Impact biopsychosocial de la charge des aidants : pourquoi faut-il porter une attention spécifique envers la santé des aidants ? *La Presse Médicale*, 47, 732-740. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.05.002>
5. Dalirirad, H., Seyedfatemi, N., & Najafi, T. (2021). Effect of an educational support programme on caregiver burden among the family members of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 21, e266-e274. <https://doi.org/10.18295/squmj.2021.21.02.016>
6. Collins, L. G., & Swartz, K. (2011). Caregiver care. *American Family Physician*, 83(11), 1309-1317.
7. Alonso López, A., Barrios Torres, R., Hernández Pérez, R., Izquierdo Mora, M. D., & Rubiralta Juanola, C. (2009). *Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados de Enfermería entre ámbitos asistenciales*. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de la Salud.
8. Corry, M., Neenan, K., Brabyn, S., Sheaf, G., & Smith, V. (2019). Telephone interventions, delivered by healthcare professionals, for providing education and psychosocial support for informal caregivers of adults with diagnosed illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012533.pub2>
9. Martín-Carrasco, M., Fernández-Catalina, P., Domínguez-Panchón, A. I., Gonçalves-Pereira, M., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>

10. Sotoudeh, R., Pahlavanzadeh, S., & Alavi, M. (2019). The effect of a family-based training program on the care burden of family caregivers of patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24, 144. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_93_18
11. Hajisadeghian, R., Ghezelbash, S., & Mehrabi, T. (2021). The effects of a psychosocial support program on perceived stress of family caregivers of patients with mental disorders. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(1), 47. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_36_20
12. Gavrilova, S. I., Ferri, C. P., Mikhaylova, N., Sokolova, O., Banerjee, S., & Prince, M. (2009). Helping carers to care—The 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 347-354. <https://doi.org/10.1002/gps.2126>
13. Pérez Pérez, A. M., Tristancho Ajamil, R., Company Sancho, M. C., Flórez-Estrada Fernández, M. T., Lobato González, J., Sánchez Janáriz, H., Brito González, M. L., Burgazzoli Samper, J. L., De la Nuez Viera, F., De la Vega Prieto, M., et al. (2015). *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias*. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud, Dirección General de Programas. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=50d7eae3-233f-11e2-b9b6-71f5c7dd7c24&idCarpetas=a8c5c3fc-b8f4-11dd-bb67-ddbb33cb31b4>
14. Domínguez Trujillo, C., Hernández González, E., Tristancho Ajamil, R., Estupiñán Ramírez, M., & Lobato González, J. L. (2019). *+AP Canarias. Estrategia para el impulso de la Atención Primaria en Canarias*. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de la Salud. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=56e0e406-fb83-11e8-8103-1dc6cfc23a72>
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
16. Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_Estrategia_Cronicidad_2021.pdf
17. Gobierno de España, Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática. (2005, septiembre). *Conferencia de Presidentes*. http://www.mptfp.es/portal/politica-territorial/autonomica/coop_autonomica/Confer_Presidentes.html
18. Melguizo Jiménez, M., Cámara González, C., Martínez Pérez, J. A., López Santiago, A., Prieto Orzano, A., García Ortiz, T., Cortés Rubio, J. A., & Pérez Mateos, C. (2007). *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012*. Proyecto AP-21. Ministerio de Sanidad y Consumo.
19. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2006). *Memoria de actividades*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterritorial/memorias.htm>

20. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Dirección General de Programas Asistenciales. (2003). *Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras*.
21. Martínez Martínez, A. L., Bote Díaz, M. A., & Clemente Soler, J. A. (2020). Experimentación de carga durante los cuidados, principales características a tener en consideración para su intervención: dimensiones negativas, efectos e instrumentos de medición. *Cultura de los Cuidados*, 24(58), e253. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.22>
22. Tinoco-Camarena, J. M., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Roldan-Merino, J., Moreno-Arroyo, M. C., Moreno-Poyato, A., Balaguer-Sancho, J., Agüera, Z., Sánchez-Ortega, M. A., & Hidalgo-Blanco, M. Á. (2022). Effectiveness of the online "Dialogue Circles" nursing intervention to increase positive mental health and reduce the burden of caregivers of patients with complex chronic conditions: Randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 644. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010644>
23. Lazarus, R. S. (1999). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Springer Publishing Company.
24. Tartaglini, M. F., Ofman, S. D., & Stefani, D. (2010). Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 221-226.
25. Reyna-García, P. D., Caycho-Rodríguez, T., & Rojas-Jara, C. (2021). Síndrome de sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadores principales de pacientes oncológicos pediátricos. *Psicooncología*, 18, 245-259. <https://doi.org/10.5209/psic.77753>
26. Gignac, M. A., & Gottlieb, B. H. (1996). Caregivers' appraisals of efficacy in coping with dementia. *Psychology and Aging*, 11(2), 214-225. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.11.2.214>
27. González-Fraile, E., Solà, I., Ballesteros, J., Rueda, J.-R., Martínez, G., & Santos, B. (2021). Remotely delivered information, training and support for informal caregivers of people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD006440. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006440.pub2>
28. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD) 2020: Principales resultados*. <https://www.ine.es>
29. Treanor, C. J., Santin, O., Prue, G., Coleman, H., Cardwell, C. R., O'Halloran, P., & Donnelly, M. (2019). Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009912. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009912.pub2>
30. González-Fraile, E., Domínguez-Panchón, A. I., Berzosa, P., Costas-González, A. B., Garrido-Jiménez, I., Rufino-Ventura, D., López-Aparicio, J. I., & Martín-Carrasco, M. (2019). Efficacy of a psychoeducational intervention in caregivers of people with intellectual disabilities: A randomized controlled trial (EDUCA-IV trial). *Research in Developmental Disabilities*, 94, 103458. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103458>

31. Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., & et al. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161-178. <https://doi.org/10.1159/000316119>
32. Brereton, L., Carroll, C., & Barnston, S. (2007). Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 867-884. <https://doi.org/10.1177/0269215507078313>
33. Wiegelmann, H., Speller, S., Verhaert, L.-M., Schirra-Weirich, L., & Wolf-Ostermann, K. (2021). Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia: A systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 21, 94. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02020-4>
34. McLoughlin, B. (2022). Group-based interventions for carers of people with dementia: A systematic review. *Innovation in Aging*, 6(Supplement_1), igac011. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac011>
35. Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 718-734. <https://doi.org/10.1111/jan.12523>
36. Izquierdo Mora, D., Barrios Torres, R., Hernández Pérez, R., Santana Santana, Á. J., Saavedra Jiménez, L. M., Herrera Santana, F., Rojas González, Y., Medina Artilles, E., García Almeida, E., González Silva, S., & et al. (2009). *Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria*. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicios de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.
37. Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C., & Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-134. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
38. Regueiro Martínez, Á. Á., 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>
39. Galindo Vázquez, O., Meneses García, A., Herrera Gómez, Á., Cabrera Galeana, P., Suchil Bernal, L., Rivera-Fong, L., & Aguilar Ponce, J. L. (1970). Propiedades psicométricas del cuestionario general de salud de Goldberg - GHQ-28 - en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71-81. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55812>
40. EuroQol Group. (2009). *Cuestionario de salud: Versión en español para España EQ-5D-5L*. <https://euroqol.org>
41. Úbeda Bonet, I. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario* [Tesis de licenciatura, Universitat de Barcelona].

42. Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
43. Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
44. Ferré-Grau, C., Raigal-Aran, L., Lorca-Cabrera, J., Ferré-Bergadà, M., Lleixà-Fortuño, M., Lluch-Canut, M. T., Puig-Llobet, M., & Albarcar-Riobóo, N. (2019). A multi-centre, randomized, 3-month study to evaluate the efficacy of a smartphone app to increase caregiver's positive mental health. *BMC Public Health*, 19, 888. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7264-5>
45. Kim, D. (2017). Relationships between caregiving stress, depression, and self-esteem in family caregivers of adults with a disability. *Occupational Therapy International*, 2017, 1686143. <https://doi.org/10.1155/2017/1686143>
46. Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>
47. Allison, R., Shelling, L., Dennett, R., Ayers, T., Evans, P. H., & Campbell, J. L. (2011). The effectiveness of various models of primary care-based follow-up after stroke: A systematic review. *Primary Health Care Research & Development*, 12(3), 214-222. <https://doi.org/10.1017/S146342361100003X>
48. Thomas, S., Dalton, J., Harden, M., Eastwood, A., & Parker, G. (2017). Updated meta-review of evidence on support for carers. *Health Services and Delivery Research*, 5(12), 1-132. <https://doi.org/10.3310/hsdr05120>
49. Fernández López, M., Martín-Baranera, M., Davins Riu, M., & Fontecha Gómez, B. (2024). Tecuide. Telemonitorización de pacientes con deterioro cognitivo y sus cuidadores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 59, 101492. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101492>
50. Fuller-Tyszkiewicz, M., Richardson, B., Little, K., Teague, S., Hartley-Clark, L., Capic, T., Khor, S., Cummins, R. A., Olsson, C. A., & Hutchinson, D. (2020). Efficacy of a smartphone app intervention for reducing caregiver stress: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 7(7), e17541. <https://doi.org/10.2196/17541>