

APOYO PARA LOS CUIDADORES QUE ATIENDEN PERSONAS CON DEMENCIA DEL TIPO ALZHEIMER

Thompson C, Briggs M



Fecha de la enmienda significativa más reciente: 26 de mayo de 1998

Esta revisión debería citarse como: Thompson C, Briggs M. Apoyo para los cuidadores que atienden personas con demencia del tipo Alzheimer. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

RESUMEN

Antecedentes

La Investigación ha puesto en evidencia los problemas que tienen las personas que cuidan de personas con demencia. Éstos incluyen la pérdida efectiva del compañerismo y apoyo de un compañero de vida, el aislamiento social y la toma de complejas decisiones financieras, legales y sociales. La carga de la atención es financieramente, emocionalmente y físicamente importante.

Los estudios de los efectos de diferentes formas de apoyo para las personas que cuidan enfermos y para reducir la carga del cuidado a menudo examinan un rango de resultados. Probablemente debido a estas características, no se ha emprendido ninguna revisión formal de este área de provisión de servicios. Es más, el término "intervención" respecto a las personas que cuidan personas con enfermedad de Alzheimer está sujeto a amplias variaciones en la interpretación a nivel de provisión de servicios. Las intervenciones van desde la aplicación de la "alta tecnología" informática para la persona que cuida socialmente aislada, a la formación de grupos de apoyo especializado y servicios de descanso para los cuidadores.

Objetivos

El objetivo de esta revisión es proporcionar una evaluación de la efectividad de las intervenciones sociales y/o de salud diseñadas para prestar apoyo a las personas que cuidan personas con demencias del tipo Alzheimer.

Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane de Ensayos Controlados (*Cochrane Controlled Trials Register*) usando los términos " carer*" y "caregiv*".

Ver los detalles del Grupo Cochrane de Demencia y Trastornos Cognitivos(*Cochrane Dementia & Cognitive Impairment Group*) para la estrategia de búsqueda completa.

Criterios de selección

Todos los ensayos con asignación al azar en los que se asignaran a los cuidadores primarios de las personas con enfermedad de Alzheimer a grupos de intervención o de no intervención/control y en los que la intervención fuera proporcionada por servicios de atención de la salud y/o sociales.

Recopilación y análisis de datos

Los datos se extrajeron por ambos revisores y se encontraron inadecuados para la síntesis cuantitativa. Se presenta una apreciación global cualitativa, estructurada según las comparaciones usadas en la revisión. También se presentan las diferencias de promedios (ponderados por tamaño de la muestra) para cada resultado y sus subcategorías.

Resultados principales

Los resultados de la revisión no son concluyentes. No se encontró ninguna evidencia para las intervenciones comparativas siguientes: 1) servicio individualizado de evaluación y planificación *versus* apoyo convencional; 2) red laboral de cuidadores con apoyo tecnológico por conexión a una red electrónica (vía ordenador o teléfono) *versus* apoyo convencional; 3) educación/entrenamiento de los cuidadores *versus* apoyo convencional; 4) estrategias multifacéticas/multidimensionales (como evaluación y entrenamiento especializado del cuidador) *versus* apoyo convencional. Aunque la revisión sugiere que existe poca o ninguna evidencia de que las intervenciones para apoyar a las personas que

cuidan personas con enfermedad de Alzheimer tengan un beneficio cuantificable, la mala calidad y los pequeños tamaños de muestra de los estudios, así como la diversidad de intervenciones examinadas y los resultados informados, implican que esta conclusión debe ser extraída con cautela, particularmente porque algunos de los estudios aportan evidencia cualitativa que contradice esta conclusión.

Conclusiones del revisor

Por la naturaleza limitada de la evidencia de la investigación disponible, no es posible recomendar ni una mayor inversión en programas de apoyo para cuidadores ni la suspensión de la misma. Con el aporte de estudios adicionales a las futuras actualizaciones de esta revisión, programada para principios de 1999, este cuadro no concluyente en la actualidad puede aclararse.

Pueden adelantarse varias conclusiones relativas a las áreas futuras de investigación con mayor convicción.

Específicamente, 1) los ensayos futuros necesitan examinar intervenciones ya incluidas en la base de conocimiento existente sobre las intervenciones de apoyo para personas que cuidan personas con Alzheimer.

2) las medidas de resultado usadas deben ser las utilizadas en estudios similares.

3) las medidas de resultado deben ser relevantes clínicamente y para los legos 4) los ensayos deben ser de duración más prolongada, en vista de la esperanza de vida promedio a 7-10 años de las personas con enfermedad de Alzheimer.

5) los tamaños de muestra deben ser aumentados y calculados adecuadamente en vista de la probabilidad de un efecto moderado de la intervención (si es que existe).

7) el enmascaramiento de la fase de evaluación de resultados debe ser parte del diseño experimental básico de futuros ensayos, para evitar sesgos.

8) para que las aumenten su poder estadístico, debe mejorarse la calidad de los informes de resultados.

Esta revisión debería citarse como:

Thompson C, Briggs M Apoyo para los cuidadores que atienden personas con demencia del tipo Alzheimer. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

ANTECEDENTES

La enfermedad de Alzheimer es un padecimiento orgánico que causa una disminución progresiva en las capacidades del individuo para razonar, comunicar, aprender y juzgar. Se manifiesta por cambios comportamentales y pérdida de la capacidad para desarrollar las actividades cotidianas. En sus etapas tardías, se asocia con síntomas físicos tales como incontinencia y pérdida de peso.

La enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas representan una enorme carga tanto para el cuidado formal como informal. Se calcula que existen 650.000 personas con demencia en el Reino Unido y de estas, cerca del 60% o 390.000 padece demencia que se enmarca dentro de la categoría de la Enfermedad de Alzheimer. De los dos millones de personas que en el Reino Unido proporcionan cuidados a los ancianos o a personas discapacitadas (Parker 1994), una proporción significativa estará dedicada a prestar atención a personas con enfermedad de Alzheimer o alguna otra forma de demencia.

Una serie de estudios ha ilustrado los problemas de los cuidadores de las personas con demencia. Entre ellos se incluyen, la pérdida efectiva del compañerismo y apoyo de un compañero de vida (Moritz 1989), el aislamiento social (Skaff 1992), y la toma de complejas decisiones financieras, legales y sociales (Zarit 1982). La carga de la atención es financieramente, emocionalmente y físicamente importante.

Los estudios de los efectos de diferentes formas de apoyo para las personas que cuidan enfermos y para reducir la carga del cuidado a menudo examinan un rango de resultados. Quizá debido a estas características, no se han emprendido revisiones formales, sistemáticas cualitativas o estadísticas en esta área de provisión de servicios.

Es más, el término "intervención" respecto a las personas que cuidan personas con enfermedad de

Alzheimer está sujeto a amplias variaciones en la interpretación en el ámbito de provisión de servicios. Las intervenciones van desde la aplicación de la "alta tecnología" asistida por programas informáticos para la persona que cuida socialmente aislada, a la formación de grupos de apoyo especializado y servicios de descanso para los cuidadores.

Esta revisión examina los efectos de las intervenciones que tienen como objetivo central el apoyo a los cuidadores de personas que sufren de demencia tipo Alzheimer.

OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es ofrecer una evaluación de la efectividad de las intervenciones sociales y/o de salud diseñadas para prestar apoyo a las personas que cuidan personas con demencia del tipo Alzheimer.

Las intervenciones que se revisan son aquellas que frecuentemente proporcionan los servicios sociales y de salud. Pueden o no incluir el retirar temporalmente a la persona que se cuida del ambiente del cuidado. Estas intervenciones se pueden clasificar de la siguiente manera:

Servicios especializados para periodos de descanso

Evaluación de servicios individualizados y planeamiento de redes basadas en tecnología (por ejemplo, boletines administrados por ordenador o redes telefónicas de especialistas)

Educación/entrenamiento del cuidador

Estrategias multifacéticas/dimensionales (por ejemplo, aquellas que utilizan más de una estrategia, como evaluación y entrenamiento especializados).

La revisión se ha restringido a estudios que involucran cuidadores informales (esto es personas que proporcionan cuidado para un pariente o un amigo discapacitado en casa y que no reciben pago): una definición de cuidador informal derivada de investigaciones previas en la experiencia del cuidado (Parker 1994). Se tomó la decisión de examinar cuidadores informales como un grupo separado con la visión de contribuir a la literatura existente sobre cuidadores no pagos. Una revisión separada que examine los efectos de las intervenciones diseñadas en apoyo de los cuidadores pagos se constituye en una opción para investigación futura.

Los resultados de interés son:

Calidad de vida del cuidador

Salud mental del cuidador

Salud física del cuidador

Carga experimentada por el cuidador

Costos financieros del cuidado.

Se explora el argumento que las intervenciones sobre el cuidador ejercen un efecto sobre los resultados arriba mencionados, cuando se compara con la no-intervención o al apoyo convencional. Debido a la naturaleza clínicamente heterogénea de las intervenciones revisadas, se hace necesario abrir las comparaciones en cinco categorías

Servicios especializados para periodos de descanso vs cuidado convencional o no apoyo

Servicios de evaluación y planeación individualizados vs cuidado convencional o no apoyo

Apoyo en red basado en tecnología vs cuidado convencional o no apoyo

Educación/entrenamiento del cuidador vs cuidado convencional o no apoyo

Estrategias multifacéticas/dimensionales vs cuidado convencional o no apoyo.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Todos los ensayos aleatorios en los cuales los cuidadores hayan sido asignados a grupos de intervención o no intervención/control.

Tipos de participantes

Cuidadores informales de personas diagnosticadas como demencia del tipo Alzheimer. (Un cuidador informal se define como una persona que proporciona cuidado a un individuo con demencia en su casa o en un ambiente no institucional, sin recibir remuneración por ello).

Tipos de intervención

Intervenciones ofrecidas por los servicios social y de salud que pueden o no incluir el retiro temporal del paciente con Alzheimer de su casa (ver detalles de las intervenciones y ejemplos en la sección objetivos de la revisión).

Tipos de medidas de resultado

Calidad de vida y/o salud física del cuidador medida a través de indicadores validados tales como el cuestionario general de salud (GHQ), la forma abreviada 36 (SF 36) y el instrumento para calidad de vida para el cuidador (CQLI).

Información sobre utilización del servicio social o de salud tales como el número de contactos de servicio, número y frecuencia de recursos utilizados.

Salud mental del cuidador medida a través de indicadores de morbilidad psiquiátrica tales como tratamiento para depresión, tasas de suicidio o de ideación suicida, y escalas de calificación de salud mental como el inventario de depresión de Beck (BDI), la escala del Centro de estudios epidemiológicos en depresión (CES-D), el inventario de estado de rasgos de ansiedad (STAI).

Información de costos financieros, costos de uso de intervención, costos de aprovisionamiento de servicios, costos de años de vida ajustados por calidad (QALY).

La carga sobre los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer medida, por ejemplo, mediante la escala de impacto de cuidado (Flatley Brennan 1995)

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver: Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group estrategia de búsqueda

Ver: Estrategia de búsqueda del Grupo Colaborador de Revisión.

Se buscó en el Registro de Ensayos Controlados de Cochrane utilizando los términos "carer*" y "caregiv*". Ver los detalles del Grupo Cochrane de Demencia y trastorno cognoscitivo para la estrategia completa de búsqueda.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

Métodos utilizados para seleccionar los ensayos

La búsqueda

La estrategia de búsqueda arrojó 19 referencias de las cuales se recuperaron 14 debido a su aparente importancia para el objetivo de la revisión. De estos 14, se rechazaron cuatro, por su poco aporte a la pregunta (los datos no tenían relación con personas a cargo de pacientes con enfermedad de Alzheimer). De los 10 trabajos restantes, se rechazaron dos debido a su calidad metodológica, dos se encuentran a la espera de una mayor recolección de datos y evaluación, mientras los seis restantes se incluyen en el análisis. Por contacto personal se obtuvieron cinco referencias de estudios en curso, aún sin resultados para publicación.

Un revisor único descartó aquellas publicaciones que parecían irrelevantes con base en el título o el resumen. Si existía alguna duda con relación a la importancia del artículo, éste era retenido y clasificado como "en espera de evaluación". Se extrajo una muestra aleatoria de citas para evaluación de la

confiabilidad interobservador de la evaluación de la importancia entre los dos revisores. No se encontró desacuerdo con base en el título o el resumen.

A partir de la lista seleccionada de citas, ambos revisores seleccionaron independientemente los ensayos a ser incluidos con base en los criterios necesarios de calidad (ver adelante). Los revisores discutieron y negociaron cualquier discrepancia. No fue necesario recurrir a una tercera opinión.

Calidad metodológica de los estudios

Cada uno de los dos revisores evaluó los estudios de acuerdo con los criterios comunes adoptados en las Guías de la Colaboración Cochrane (Mulrow 1996) y el Centro para Revisiones y diseminación del NHS (1996). Estos criterios incluían.

Calidad del proceso de aleatorización en cada ensayo. Se utilizaron tres categorías:

adecuado

un proceso de asignación central mediante una oficina o un tercero que desconoce las características del cuidador

apoyo pre-numerado ofrecido a los cuidadores de manera secuencial

Uso de un sistema de ordenador codificado en línea, con un archivo cerrado ilegible que permite la asignación tan sólo una vez que los detalles de los pacientes o los cuidadores son introducidos al sistema.

Asignación utilizando sobres numerados, cerrados y opacos.

Otras combinaciones que ofrezcan garantía de una asignación enmascarada.

Poco clara

el estudio utiliza listas o tablas para asignar los tratamientos

Uso de "sobres" o "sobres cerrados".

Simplemente afirmando que el estudio fue aleatorizado sin proporcionar detalles.

inadecuado

Utilizando el número de registro de casos, las fechas de nacimiento, grupos de edad, la fecha de referencia u otros métodos similares.

Uso de cualquier sistema transparente como listas aleatorias abiertas o asignación por ordenador.

Debido a que los sistemas de asignación conllevan el riesgo potencial de aumentar los sesgos en los estudios (Schulz 1995), tan solo se incluyeron en la revisión aquellos estudios de las categorías a) y b).

Otros elementos de la calidad de los estudios, si bien no fueron registrados en esta forma pero si fueron anotados, son:

enmascaramiento tanto de los proveedores de servicios como de los receptores de servicios en cuanto al grupo de asignación

El nivel de abandono del estudio por parte de los cuidadores en la etapa de seguimiento.

Cualquier análisis de seguimiento de quienes abandonaron el estudio

Tratamientos iguales tanto en el grupo de intervención como en el grupo control en todos los aspectos excepto en la provisión de apoyo.

Síntesis de la información

La diversidad de los resultados medidos y de las intervenciones examinadas, a la par que la carencia de

estudios en cada subgrupo deja una muy baja posibilidad de realizar una síntesis cuantitativa de la información proveniente de estudios separados. Esto no significa sin embargo que tales análisis sean imposibles en el futuro en la medida en que se disponga de información de buena calidad basada en evidencias y se puedan examinar resultados e intervenciones similares. Por lo pronto, sin embargo, se juzgó que una aproximación cualitativa era la estrategia más adecuada.

Las principales comparaciones se establecieron entre los resultados tomados en la línea de base, y aquellos obtenidos posteriormente a la intervención sobre los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer en sus grupos de asignación experimental o de control para cada grupo de intervención mayor.

Otras comparaciones, como aquellas entre los servicios de descanso y el apoyo convencional hubiesen sido posibles si se dispusiera de información adecuada, pero este no fue el caso (ver sección de resultados de la revisión). Actualizaciones futuras podrán incluir tales comparaciones.

Los datos de las escalas ordinales (por ejemplo, aquella generada por el SF 36 (formato reducido 36, un instrumento que mide la calidad de vida en general) o el inventario de depresión de Beck (BDI un instrumento que mide los niveles de depresión) se trataron estadísticamente como variables continuas y se calculó para cada grupo el valor promedio del resultado y su desviación estándar. Si bien somos conscientes que ello puede no ser totalmente satisfactorio (Mulrow 1996 Sección 8.9.4), es más simple que la aplicación de un modelo de posibilidades proporcionales y en vista de la falta de consenso en cuanto a lo deseable de tales "transformaciones", esta aproximación parece razonable. Esta estrategia de análisis puede cambiar en futuras revisiones a la luz de guías firmes por parte de la Colaboración Cochrane (Mulrow 1996).

Ya que decidimos que la síntesis cuantitativa no era posible, la prueba formal para heterogeneidad estadística entre los estudios no resulta apropiada para esta primera revisión cualitativa. Si en futuras revisiones la evidencia y la información lo exigen, deberá replantearse el análisis.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver las tablas de estudios incluidos y excluidos.

Dos estudios fueron excluidos del análisis.

El estudio de Flatley- Brennan 1991 fue excluido debido al hecho que no se publicaron datos comparativos (es decir, experimentales *versus* controles). El estudio de Mohide de 1990 se excluyó debido a que era la descripción del estudio incluido en la publicación de Drummond de 1991 y no añadía nueva información.

Seis estudios llenaron los criterios de inclusión y fueron incluidos en la revisión.

Los seis provenían de los Estados Unidos o Canadá y todos eran aleatorios.

PARTICIPANTES

Los participantes eran todos cuidadores primarios de personas con Enfermedad de Alzheimer con una edad con tendencia a ubicarse por encima de los 55 años. La mayoría de los estudios tenían una proporción mayor de mujeres cuidadoras. Tan solo un estudio reportó una distribución aproximada de 50:50. Todos los estudios tenían un grupo experimental y de control esencialmente similares en el momento de las mediciones de base.

INTERVENCIONES

Las intervenciones examinadas en cada uno de los estudios variaron considerablemente.

Dos estudios (Chase-Goodman 1990, Flatley-Brennan 1995) examinaron la eficacia de las intervenciones basadas en la tecnología como por ejemplo el uso del teléfono o del ordenador. Dos estudios (Chiverton, 1989, Robinson 1994) examinaron el efecto sobre los cuidadores de las intervenciones basadas en el entrenamiento. Drummond y cols en 1991 se enfocaron en el impacto de una aproximación multidimensional para evaluación y apoyo, mientras que Weinburger en 1993 examinó el impacto de la evaluación especializada de trabajo social sobre los cuidadores de pacientes de Enfermedad de Alzheimer.

Nuevamente los resultados examinados variaron ampliamente entre los estudios. Estos pueden dividirse en cuatro categorías temáticas:

Carga sobre el cuidador, estrés, apoyo y calidad de vida.

Síntomas asociados con salud/enfermedad mental.

Utilización y/o costos de los servicios

Otros, incluyendo conocimiento de la enfermedad de Alzheimer (Chase-Goodman 1990), solicitud de ayuda (Robinson 1994), y confianza en la toma de decisiones (Flatley-Brennan 1995).

La mayoría de resultados, con la excepción de la utilización de los servicios de salud, se evaluó con medidas validadas en otros estudios.

DURACION

Las intervenciones oscilaron entre 6 horas (Chiverton 1989) y 12 meses (Flatley-Brennan 1995).

EVALUACION EN ESPERA

Siete estudios se encuentran en desarrollo o esperando evaluación. Comprenden principalmente parte del trabajo del proyecto REACH (Recursos para incrementar la salud del cuidador del paciente con Alzheimer) en los Estados Unidos (REACH 1995).

Se adelanta la búsqueda de los resultados de estos estudios y es probable que ellos contribuyan de manera importante al análisis una vez sean incluidos. Otros estudios que esperan evaluación carecen de resultados completos publicados y se intenta asegurar los resultados adecuados consultando a los autores.

CALIDAD METODOLÓGICA

Los estudios variaron mucho en términos de calidad.

ALEATORIZACION.

Cada estudio afirmaba haber sido aleatorizado, pero tan solo uno (Drummond y cols 1991) ofrece detalles precisos de la forma en que se llevó a cabo (aleatorización por bloques mediante números aleatorios generados por ordenador).

ENMASCARAMIENTO

Dada la naturaleza de las intervenciones, hubiese sido inapropiado esperar que los estudios enmascararan los participantes a su asignación. El enmascaramiento al evaluar los resultados fue una característica tan sólo en un estudio (Chiverton 1989).

ABANDONOS TEMPRANOS DEL ESTUDIO

Un número de estudios ofrece detalles sobre los abandonos (sujetos "perdidos" durante los estudios). Chiverton 1989 tuvo una tasa de abandono de 15% pero ofrece razones validas para no haber completado el estudio. Drummond y cols 1991 tuvo un 26% de perdidas (especialmente debido a la muerte u hospitalización del pariente). Flatley-Brennan 1995 perdió 7.8% del grupo de intervención y 4% del grupo control debido a dificultades en la instalación del ordenador y otra tecnología o por enfermedad severa; tan sólo una participante tuvo una razón potencialmente significativa para el abandono: que el ordenador "la ponía nerviosa". En el estudio de Weinburger de 1993, 52.3% de las personas en el grupo experimental completaron los diarios de resultados y cerca del 85% completaron los cuestionarios de resultados. No se informaron razones para los abandonos.

TAMAÑOS DE MUESTRA

El tamaño de muestra de los estudios varió entre 33 y 102, aun cuando en ninguno se ofrece una justificación para tales cifras.

CO-INTERVENCIONES IGUALES PARA LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL.

Ninguno de los estudios proporciona garantía suficiente que los grupos experimental y de control fueron

tratados de manera similar en todos los aspectos, excepto la intervención.

RESULTADO

Los temas de los estudios

No se incluye evidencia en esta revisión sobre la eficacia de los servicios especializados de descanso (diferente de un componente de una intervención más compleja, Drummond 1991).

Evaluación y planeación de servicios especializados *versus* cuidado y apoyo convencional. El único estudio (Weinburger 1993) que examinó si la evaluación especializada, en oposición a la convencional, de los cuidadores y del individuo que recibe el cuidado, es más efectiva en reducir la utilización de los servicios de salud, no proporciona evidencia de que ello sea así. El análisis fracciona el resultado general en:

Visitas médicas ambulatorias

Visitas al servicio de emergencias

Días de hospitalización

No hubo diferencias significativas entre los grupos experimental y de control para ninguno de estos resultados.

El estudio encontró:

El grupo que tuvo evaluación especializada visitó ambulatoriamente al médico en promedio 1.55 veces (desviación estándar 1.18), visitó el servicio de emergencias 0.13 veces (d.e. 0.40) y permaneció 0.39 días en el hospital (d.e. 1.30). En contraste, el grupo de control realizó 1.41 visitas ambulatorias (d.e. 1.04), 0.13 visitas de emergencia (d.e. 0.46) y 0.25 días en el hospital (d.e. 1.00)

Intervenciones basadas en tecnología *versus* apoyo o cuidado convencional.

Los dos ensayos que efectuaron esta comparación (Chase-Goodman 1990 y Flatley-Brennan 1995) no proporcionaron evidencia de una diferencia significativa en el impacto sobre la salud mental de los cuidadores entre los grupos experimental y de control.

Educación/entrenamiento del cuidador *versus* apoyo/cuidado convencional: De los dos ensayos que examinan esta comparación (Chiverton 1989, Robinson 1994), tan solo Chiverton 1989 parece ofrecer alguna evidencia en apoyo a la hipótesis que la carga del cuidador puede reducirse mediante intervenciones educativas. Su estudio mostró que hubo un 95% de probabilidad de que los individuos expuestos a un programa educativo multifacético pudieran reducir la carga que experimentaban entre 3.5 y 6.8 puntos en el Índice específico de soluciones familiares de salud (*Health Specific Family Coping Index*) cuando se compara con los cuidadores apoyados convencionalmente. Sin embargo, no se conoce que tan importante es para los cuidadores una diferencia de esta magnitud ya que tales escalas son particularmente difíciles de interpretar en la práctica, y los revisores (CT y GT) no han logrado obtener material publicado relativo a la escala y sus divisiones categóricas. Mas aún, las cuentas tabuladas y escritas del efecto de la intervención no concuerdan. De manera significativa, las cifras que aparecen en los resultados tabulados muestran intervalos de confianza que cruzan la línea de no beneficio. Se realizan esfuerzos en búsqueda de confirmación por los autores. Hasta que esto se obtenga, debe tenerse especial cautela en la interpretación de estos resultados.

Los intervalos de confianza de los estudios de Chiverton 1989 y de Robinson 1994 no se sobreponen. Esta heterogeneidad en los resultados podría explicarse por diferencias en el tamaño de muestra (el estudio de Robinson fue mucho más pequeño N=18 en oposición al de Chiverton N=40). Una explicación alternativa podría ser que una medida de carga fuera más sensible y/o válida que la otra. Robinson utilizó una escala de carga para el cuidador desarrollada por Montgomery en 1985 en contraste con el Índice específico de soluciones familiares de salud utilizado por Chiverton en 1989. Sin que exista mayor evidencia que ayude a validar alguna de estas escalas no puede saberse cuál sería el indicador más confiable de carga.

Estrategias multifacéticas/dimensionales *versus* cuidado/apoyo convencional.

El estudio de Drummond y cols 1991 examinó dos resultados de interés para esta revisión: la salud mental del cuidador y la calidad de vida del cuidador. No se encontraron diferencias en ninguno de estos resultados.

DISCUSIÓN

Llevar a cabo una revisión sistemática de las intervenciones para los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer se hace más difícil debido a la naturaleza heterogénea de los programas, estrategias y tecnologías que se cobijan bajo el término "intervenciones". La tarea de aplicar los hallazgos al mundo real del cuidado informal sería mucho más fácil si la revisión se hubiera enfocado a una única intervención (por ejemplo, redes de ordenadores) y examinado un único resultado (por ejemplo, uso en horas). Sin embargo, dada la relativa pobreza de evidencia disponible, esta hubiera sido una revisión muy corta y de utilidad limitada, tanto desde el punto de vista clínico como metodológico. Ninguna intervención contó con más de dos estudios dedicados a evaluar su eficacia.

Debido a la presencia de comparaciones múltiples, resultados y subcategorías, no fue posible llevar a cabo una síntesis cuantitativa de los datos extraídos. Esto es porque la composición de la tabla de comparaciones refleja no únicamente las preguntas de la revisión, sino también la naturaleza heterogénea de las intervenciones que constituían el foco de los ensayos incluidos y los múltiples resultados y mediciones que se utilizaron para examinar comparaciones similares por diferentes equipos de investigación.

El cuadro general le confiere poco peso a las afirmaciones que las intervenciones con los cuidadores pueden ejercer una mejoría cuantificable en resultados tales como la calidad de vida, carga, o mejoría en la salud mental. Existen algunas excepciones tales como el estudio de Chiverton de 1989, que parece mostrar que la educación y el entrenamiento pueden ejercer un impacto beneficioso en por lo menos una dimensión de la carga del cuidador (aquella que el investigador considera "objetiva"). Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela cuando se comparan con otro estudio que examina el mismo tipo de intervención y resultado (Robinson 1994) cuyos resultados tabulados y escritos difieren.

Este último punto pone de presente el defecto significativo en el aspecto metodológico en la evidencia relativa a las intervenciones sobre los cuidadores; principalmente que la evidencia descansa sobre estudios pequeños, de pobre calidad. El cuadro general predominante se caracteriza por una descripción muy pobre del proceso de aleatorización, así como la asignación y el enmascaramiento de los resultados.

Con base en esta evidencia, podría ser fácil aceptar que las intervenciones sobre los cuidadores no tienen impacto sobre los mismos. Sin embargo, la calidad general y con ella la capacidad de los estudios para mostrar la relación entre la intervención y los resultados relativos al cuidador podrían utilizarse como argumento en contra de esta conclusión apresurada.

Existe otra razón por la cual el lector no debe apresurarse a menospreciar el beneficio de las intervenciones, una que tiene que ver con la ciencia de examinar lo que es en efecto, las intervenciones "sociales" por parte de los practicantes. Mientras los resultados cuantitativos arrojan hallazgos no concluyentes, la mayoría de los estudios que se examinó, informó un número de hallazgos cualitativos que sugieren que una aproximación más amplia para el esclarecimiento de los efectos de las intervenciones diseñadas para ayudar a los cuidadores, podría arrojar resultados significativos y áreas para evaluación más rigurosa en investigaciones futuras. Por ejemplo, el que las esposas sean capaces de discutir temas que no se hubiesen discutido de no ser por la intervención (Chiverton 1989) y la capacidad de compartir percepciones y resolver problemas relacionados con el cuidado dentro de los grupos de cuidadores (Robinson 1994).

Los esfuerzos de los investigadores para levantar un mapa del impacto de las intervenciones sobre los cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer se ven limitados por la dificultad en establecer medidas de resultado válidas y confiables que sean significativas tanto para los investigadores como para los mismos cuidadores.

Se realizan esfuerzos para añadir otros estudios a esta revisión y una vez que hayan sido añadidos, podrían contribuir con una mayor claridad a los hallazgos. Sin embargo, por el momento no es posible extraer conclusiones firmes y formular recomendaciones en cuanto a si los servicios de intervención deben restringirse o expandirse.

CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

Implicaciones para la práctica

A partir de la evidencia cuantitativa presentada en esta revisión, habría poco fundamento para recomendar intervenciones dirigidas a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Esta conclusión no puede sin embargo tomarse sin algunas reservas. Específicamente:

La evidencia disponible proviene fundamentalmente de estudios pequeños con una amplia variabilidad en las intervenciones examinadas, resultados informados y calidad.

Aún si los estudios incluidos hubiesen sido de calidad uniformemente alta, la utilidad clínica de las medidas de resultado "subrogados", es dudosa. Cómo podrá interpretar con exactitud un practicante o un cuidador un cambio de 5 puntos en el Índice de soluciones específicas de salud?

La metodología de utilizar medidas "blandas" de resultados tales como las escalas de calificación, es una metodología naciente. Esta falta relativa de desarrollo se aprecia en la brecha entre los resultados cuantitativos y los hallazgos cualitativos en algunos estudios (a los cuales tan solo se hace alusión). De manera específica, tanto Flatley Brennan 1995 como Chiverton 1989 presentan datos cualitativos que sugieren que la sensibilidad y la validez de constructo de las medidas de resultado utilizadas, pudieron ser limitadas. Más aún, cabe sugerir que los ensayos no lograron capturar aquellos resultados más significativos para los mismos cuidadores. En su evaluación de una red de ordenadores, el estudio de Flatley - Brennan 1995 encuentra que una de las razones para el abandono era que el ordenador "asustaba" al usuario. Chiverton 1989 subraya la importancia no prevista del "tiempo" y la "resolución de sentimientos" como áreas potenciales de resultado.

Con estas observaciones en mente, no es posible recomendar, bien sea una amplia inversión en programas de apoyo a los cuidadores o su abandono. Esperamos que la adición de nuevos estudios en futuras actualizaciones de esta revisión hará más claro el panorama.

Implicaciones para la investigación

Dada la diversidad de intervenciones dirigidas a apoyar los cuidadores, la escala de la enfermedad de Alzheimer y los costos asociados con la provisión de los servicios, se requiere mayor investigación para cuantificar adecuadamente cualquier beneficio.

Las recomendaciones específicas para la investigación incluyen:

Los ensayos futuros deberán examinar intervenciones que hayan sido ya expuestas a evaluación y publicadas, de forma tal que los ensayos se puedan comparar con utilidad.

Así mismo, los estudios futuros deberán incorporar medidas de resultado que sean compartidas por otros estudios. Dada la escasa evidencia basada en ensayos clínicos aleatorios, existe la necesidad de generar un grupo común de resultados en relación con la experiencia de los cuidadores.

Deben adelantarse esfuerzos para desarrollar medidas que sean de fácil interpretación por todas las partes interesadas (pero particularmente por los cuidadores). Frecuentemente no resultan claras las consecuencias clínicas de un cambio en una escala particular, como por ejemplo el instrumento de calidad de vida de los cuidadores (Drummond 1991).

A pesar que los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen una expectativa promedio de vida de 7 a 10 años a partir del momento del diagnóstico, todos los estudios fueron de corta duración (con una duración típica en promedio de seis meses), con el estudio más prolongado con 12 meses de duración. Dada la naturaleza permanentemente cambiante del cuidado para una persona con una enfermedad crónica, la investigación futura deberá dirigirse a examinar los impactos de las intervenciones sobre escalas de largo plazo; por ejemplo, 3 años.

Dada la probabilidad de que los efectos de las intervenciones sean tan solo modestos, el tamaño de los estudios es inadecuado. Cada estudio incluido fue pequeño, con un máximo de 102 sujetos en el estudio más grande (Flatley Brennan 1995) y ninguno proporcionó información acerca del fundamento del tamaño utilizado. Las investigaciones futuras deberán intentar reclutar cuidadores en número suficiente de acuerdo a un cálculo formal de tamaño de muestra, con el propósito de mejorar la confiabilidad, el poder, y disminuir la probabilidad de extraer conclusiones falsas.

Los tamaños pequeños de muestra no permiten un análisis confiable de subgrupos, que hubiera podido ofrecer diferencias importantes con relación a los programas sobre diferentes grupos de cuidadores, como por ejemplo, hombres y mujeres.

Dado que muchos de los resultados medidos son primariamente subjetivos, el enmascaramiento al momento de la evaluación de los resultados debe ser parte fundamental del diseño de los estudios futuros, si quiere evitarse la aparición de sesgos.

El poder de esta revisión se hubiese visto fortalecido de una manera muy significativa con un informe más

completo de los datos. Específicamente, deberá seguirse un número de estudios prometedores ya que la publicación de sus resultados no fue adecuada (tales como no proporcionar datos comparativos o discrepancias significativas). Las revistas deberían insistir en datos completos como requisito de publicación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer a la administración del Cuidado de Salud Comunitario, al consejo de Directores de North Durham NHS y al Doctor Nicky Collum, Director del Centro para enfermería basada en la evidencia en la Universidad de York, por permitirnos el tiempo para completar la revisión.

Agradecimiento especial para Jacquay Knight, una cuidadora, y a Iain Chalmers, cada una de las cuales contribuyó generosamente con su tiempo para ofrecernos una perspectiva del cuidador sobre los borradores de la presente revisión. Su examen riguroso y comentarios fueron de gran valor.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

TABLAS

Characteristics of included studies

Study **Chase-Goodman 1990**

Methods Only randomisation stated and not able to conceal allocation of treatment.

Participants 66 carers of people with AD.
no explicit inclusion criteria
no explicit exclusion criteria
Characteristics include:
mean age 65.9 (sd 10.8)
68% white
77% female
32% employed

Interventions The study dealt with two elements of a telephone networking system (CARELINE):
a) network component: networks of four-five carers phoning each other for 15 minute supportive conversations weekly. The networks were structured to promote homogeneity in membership.

b) telephone lecture component: listening to 12 taped lectures over the telephone covering AD medical issues, legal issues, financial impact and care management.

The total time for intervention a) was three hours.
The total time for intervention b) was 12 lectures spread over 12 weeks.

Outcomes carer distresswith IFM problems - 28 item problem behaviours scale
carer burden - the Burden interview
carer mental health - Rand 38 item index
social support - Network measure and nine item perceived social support for caregiving questionnaire.
knowledge of AD - 10 item multiple choice quiz.

Notes

Quality B

Study **Chiverton 1989**

Methods Only stated randomisation therefore method unclear. The outcome assessor was stated as blind to the group to which carers had been allocated.

Participants Spouses of Alzheimer's disease diagnosed relatives.
Total of 40 participants in two trial arms (intervention and control).

Intervention group characteristics were as follows:
 52% of the participants were male.
 modal age range was 60-69 years
 there were no non-white people
 Holingshead SocioEconomic Scale score of 2.70

Inclusion criteria: Spouses caring for AD patient at home at the time of the study.
 Exclusion criteria: No spouses in process of placing AD patient in long-term institutional care.

Interventions The intervention consisted of a three session education program for carers based on a didactic presentation followed by a group discussion. The first session focussed on the Alzheimer's disease process and treatments; the second on communication skills and behavioural techniques; and the third on basic strategies of daily living. The intervention lasted for 6 hours (3x2 hours).

The non-intervention group were described as a control but their care was not described in any detail.

Outcomes Family coping as measured by the Health Specific Family Coping Index for Non-Institutional Care (HSFCI).

Notes The study had a 15% attrition rate associated with it but reasons were given as to why they they dropped out - none of which were likely to affect the outcomes reported.

Quality B

Study Drummond et al 1991

Methods Block randomization via computer generated random numbers table. Not possible to keep participants blind to allocation due to the nature of the intervention.

Participants 60 carers of people with dementia.
 Inclusion criteria include:
 carers living with a demented relative; identified as the principle family member providing day to day care to the relative; speak english; score of eight or more on short mental status questionnaire; did not suffer from a life threatening illness preventing fulfillment of the caregiver role during the course of the trial; agreed to have nursing services provided by specific nursing agency and gave written consent to participate.

Exclusion criteria: no specific exclusion criteria specified.
 Characteristics of the participants included:
 mean age of 66 years (sd. 13.47)
 70% female
 77% educated to or through high school.
 30 participants in each arm of the trial.

Interventions intervention a) experimental: this consisted of a multi-faceted approach to the assessment and support of carer's health. First, caregiver support nurses (CSNs) were assigned to caregivers, making regular scheduled home visits at carer-convenient times. The CSNs based their assessments on caregiver problem identification and encouraged them to seek prompt medical attention where necessary. The CSNs also acted as a facilitator between the carer and local health agencies and tailored educational teaching and content to the specific knowledge, care-situation and learning style of each caregiver.

Second, there was a four hour block of weekly in-home respite with more available if the carer requested it.

Third, carers and other family members were encouraged to attend monthly two hour support group meetings for families with demented relatives.

Intervention b) Control: this group received patient rather than carer-tailored nursing care by non-specialists who exercised their discretion in how often they visited the family. Nurses focussed their efforts on physical care rather than any holistic model and did not use the consultative services of local psychogeriatric clinicians.

Both interventions were assessed after six months of exposure.

Outcomes Depressive symptomatology - Centre for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)

	<p>Anxious symptomatology - state trait anxiety inventory (STAI) Carer quality of life - caregiver quality of life instrument These were all measured pre and post intervention. In addition, post-intervention, the financial cost of services was established and measured by the monetary cost of services used or sought by carers; these included nursing visits, respite care, physician visits, homemaker services, day programs, overnight respite, social worker visits, companion services and days spent in acute hospital services. This financial data enabled the estimation of QALYs (quality adjusted life years) for the intervention.</p>
Notes	<p>This paper was also described by one of the excluded studies (Mohide 1990) but that report merely duplicates the data and results presented here. The cost of a QALY for the intervention was estimated at \$20'036 (Canadian\$) per QALY a figure which compares favourably to other health care interventions this figure is in the middle range of health care interventions being marginally higher than treatment of severe hypertension in 40 year old males. Although the lack of clinical significance of the clinical outcomes means that the author cannot state that the intervention represents value for money.</p>
Quality	A
Study	Flatley Brennan 1995
Methods	Randomisation only stated not how so method remains unclear, not possible to conceal treatment allocation.
Participants	<p>102 Carers of people with AD. Inclusion Criteria: primary responsibility as a family carer for a person with Alzheimer's disease living at home; a local telephone exchange; the ability to read and write english. Exclusion criteria: none stated. Characteristics of the participants included: median age of 64 years 72% white 67% female 86% educated to or beyond high school level</p>
Interventions	<p>The intervention group had a computer terminal, modem and software (COMPUTERLINK) installed in their homes. These were designed to provide three principal functions: Information (electronic AD encyclopedia) decision support communication (Bulletin Board System, E-mail and Question and answer forum)</p> <p>The control group received a placebo training experience based on the identification of local services and resources for Alzheimer's disease patients and carers. The intervention period was 12 months.</p>
Outcomes	<p>decision making confidence - Decision Confidence Scale decision making skill - numbers of alternatives generated by carers when making a decision social isolation - Instrumental and Expressive Social Support Scale (IESS) n.b. scores reversed to indicate social isolation. carer burden - impact of caregiving scale carer depression - Centre for Epidemiological Studies Depression Scale carer contact with community and medical services - researcher ascertained (via monthly telephone call) unintended effects of intervention on Alzheimer's disease patient - CDR score (clinical dementia rating scale) Only results relating to decision making confidence, skill, carer depression and burden were presented in the published study.</p>
Notes	
Quality	B
Study	Robinson 1994
Methods	Randomisation only stated and no evidence of blinding at outcome assessment stage.
Participants	<p>33 Carers of Impaired Family Members (IFM) at home. Inclusion criteria: caregivers spending a significant time providing at home care for IFM Exclusion criteria: none stated.</p>

Characteristics include:
 76% aged over 60 years
 76% female
 97% describe having an 'adequate' income
 38% employed
 64% college educated.

Interventions The interventions were all variations on a Caregiver Training Program (CTP).
 Intervention group a) underwent a 9 hour duration Social Skills Development Programme aimed helping carers understand that their problems are not unique and at increasing their positive self image.
 Intervention group b) underwent a 9 hour Behavioural Management Skills Development Programme aimed at helping carers understand the problems of the IFM and techniques that can be used to manage behaviour.
 Intervention group c) were the control and had no CTP administered.
 Intervention group d) comprised those participants from a) and b) who underwent both CTPs. Consequently, their intervention lasted 18 hours.

Outcomes Objective carer burden - Montgomery Objective Burden Scale
 Subjective carer burden - Montgomery Subjective Burden Scale
 Attitude to using adult day care - semantic differential technique
 attitude to asking for help - semantic differential technique

Each of the tools was subjected to Chronbach's Alpha reliability testing and all had a score of >.70.

Notes

Quality B

Study Weinburger 1993

Methods Randomisation only stated therefore method adequacy remains unclear.

Participants Carers of people with progressive memory disorders.
 Inclusion criteria: memory disorders clinic-based neurologist judging the person receiving care to have a progressive dementia and the caregiver capable of participating in the study. The Carer has to have primary responsibility for the patient.

Exclusion criteria: none stated.

5% of carer participants approached refused to participate and the intervention group's characteristics included:

mean age of 57.6 years (sd 13.1)
 89.6% were white
 65.3% were female
 49.2% were employed.

There were statistically significant differences between intervention and control groups with respect to:

race (97% of the control group were white)
 employment status (35.2% of the control group were employed)
 mean months of caring (intervention = 36.5(sd 29.2) and control = 48.8(sd 43.9) p<.05))

Interventions Specialist social workers from a memory disorders clinic accessed local social services departments in order to assess service availability and family eligibility. This information was then used as the basis for individualised service planning which was reviewed at four weeks, at which time any barriers to utilisation of services were explored and attempts made to overcome them.

In the trial there were two intervention arms (and one control) the second being identical to the first with the addition of a physicians letter stressing compliance with the service plan. In the published study the two arms were combined.

The control group in this study received conventional care. This meant caregivers receiving a general information pack with Alzheimer's disease information inside, there was no individualised service planning and social workers had minimal on-going interaction with the group.

The intervention period was six months.

Outcomes	Health services utilization in previous 6 months, measured by: outpatient physician visits emergency room visits days spent in hospital as an in-patient
Notes	The data was collected via questionnaire completed at six months and a diary kept whilst the intervention was in place. The drop-out rate for participants in the trial can be ascertained from the lack of completion for each of these data collection techniques: Experimental - diary = 101/193 completed (52.3%) Questionnaire = 166/193 completed (86%) Control diary = 40/71(56.3%) questionnaire = 61/71(87.1%)
Quality	B

Excluded studies

Study	Reason for exclusion
Flatley-Brennan 1991	No comparative (i.e. experimental versus control) outcome data published.
Mohide 1990	duplicate report of a study already included (Drummond et al 1991)

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Chase-Goodman 1990

Chase Goodman C, Pynoos J. A Model Telephone Information and Support Program for Caregivers of Alzheimer's Patients. *The Gerontologist* 1990;30:399-404.

Chiverton 1989

Chiverton P, Caine E D. Education to Assist Spouses in Coping With Alzheimers Disease: A Controlled Trial. *Journal of American Geriatrics Society* 1989;37:593-8.

Drummond et al 1991

Drummond M, Mohide E A, Tew M, Streiner D L, Pringle D M, Gilbert J R. Economic Evaluation of a Support Program for Caregivers of Demented Elderly. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1991;7:209-19.

Flatley Brennan 1995

Flatley Brennan P, Moore S M, Smyth K A. The Effects of a Special Computer Network on Caregivers of Persons with Alzheimers Disease. *Nursing Research* 1995;44:166-72.

Robinson 1994

Robinson K, Yates K. Effects of Two Caregiver Training Programs on Burden and Attitude Towards Help. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1994;8:312-9.

Weinburger 1993

Weinburger M, Gold D T, Divine G W, Cowper P A, Hodgson L G, Schreiner P J, George L K. Social Service Interventions for Caregivers of Patients with Dementia: Impact on Health Care Utilization and Expenditures. *Journal of American Geriatrics Society* 1993;41:153-6.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Flatley-Brennan 1991

Flatley Brennan P, Moore S M, Smyth K A. Computerlink: Electronic Support for the Home Caregiver. *Adv Nurs Sci* 1991;13:14-27.

Mohide 1990

Mohide E A, Pringle D M, Streiner D L, Raymond Gilbert J, Muir G, Tew M. A Randomized Trial of Family Caregiver Support in the Home Management of Dementia. *Journal of American Geriatrics Society*. 1990;38:446-54.

Referencias de los estudios en espera de evaluación

Powell-Lawton 1989

Powell Lawton M, Brody E M, Saperstein A R. A Controlled Study of Respite Service for Caregivers of Alzheimer's Patients. *The Gerontologist*. 1989;29:8-15.

Silverman 1995

Silverman M et al. Evaluation of Outpatient Geriatric Assessment: A Randomized Multi-Site Trial, *Journal of American Geriatrics Society*. 1995;43:733-40.

Referencias de los estudios en marcha

Burgio 1995

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Burns 1995

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Eisdorfer 1995

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Gallagher-Thompson

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Mahoney 1995

Study contact information not provided. Contact reviewer for more information. Ongoing study. Starting date of trial not provided. Contact reviewer for more information.

Referencias adicionales

Alzheimer's Society

Alzheimer's Disease Society (1999) <http://www.alzheimers.org.uk/is02.htm>. . .

Montgomery 1985

Montgomery R J V, Gondea J G, & Hooymann N R, Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. . *Family Relations* 1985;34:19-26.

Moritz 1989

Moritz DJ, Kast SV, Bergman L F. The Health Impact of Living With a Cognitively Impaired Elderly Spouse: Depressive Symptoms and Social Functioning. *Journal of Gerontology* 1989;44:517-27.

Mulrow 1996

Mulrow CD, Oxman AD. *Cochrane Collaboration Handbook*. 3rd Edition. Oxford: Cochrane Collaboration: Update Software, 1996.

NHS 1996

. Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness: CRD Guidelines for those Carrying out or Commissioning Reviews, 1996;(Report 4).

Parker 1994

Parker G, Lawton D. Different Types of Care, Different Types of Carer: Evidence from the General Household Survey. HMSO, 1994.

REACH 1995

REACH - Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health. Description of Research Projects. 121 University Place, Pittsburgh, PA 15260, USA: REACH Coordinating Center, University of Pittsburgh, University Center for Social and Urban Research, 1995.

Schulz 1995

Schulz K, Chalmers I, Hayes RJ, Altman DG. Empirical Evidence of Bias. Dimensions of Methodological Quality Associated with Estimates of Treatment Effects in Controlled Clinical Trials. *Journal of the American Medical Association* 1995;273:408-12.

Skaff 1992

Skaff MM, Perlin II. Caregiving: Role Engulfment and the Loss of Self. *The Gerontologist* 1992;32:656-64.

Zarit 1982

Zarit SH, Zarit JM. Families Under Stress: Interventions for Caregivers of Senile Dementia Patients. *Psychotherapy: Theory, research and Practice* 1982;19:461-71.

GRÁFICOS

01 Individualised service assessment and planning versus conventional care or support

Outcome title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Caregiver utilisation of health services			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected

02 Technology-based interventions versus conventional care or support

Outcome title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
02 Caregiver psychiatric morbidity (change from baseline measurement)			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected

03 Caregiver-education/training versus conventional care or support

Outcome title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Caregiver burden (objective subscale, change from baseline)			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected

04 Multi-faceted or dimensional strategies versus conventional care or support

Outcome title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
04 Caregiver psychiatric morbidity			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected
05 Caregiver quality of life (CQLI score, change from baseline)			WMD [Fixed] [95% CI]	Totals not selected

CARÁTULA

Titulo	Apoyo para los cuidadores que atienden personas con demencia del tipo Alzheimer
Revisor(es)	Thompson C, Briggs M
Contribución de los revisores	El revisor no facilitó la información
Número de protocolo publicado inicialmente	La información no está disponible
Número de revisión publicada inicialmente	La información no está disponible
Fecha de la modificación más reciente	La información no está disponible
Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	26 mayo 1998
Cambios más recientes	El revisor no facilitó la información

Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El revisor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El revisor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El revisor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los revisores	El revisor no facilitó la información
Dirección de contacto	Dr Carl Thompson Research Fellow Centre for Evidence Based Nursing University of York Heslington York YO1 5DG Nth Yorkshire UK tel: 01904 434101 cat4@york.ac.uk fax: 01903 434102
Número de la Cochrane Library	CD000454-ES
Grupo editorial	Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group
Código del grupo editorial	HM-DEMENTIA

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Palabras clave

Medical Subject Headings (MeSH)

Alzheimer Disease [nursing]; Caregivers [psychology]; Outcome Assessment (Health Care); Quality of Life; Respite Care; Social Support
Mesh check words: Human

Traducción realizada por el Centro Cochrane Iberoamericano, con el patrocinio de Merck, Sharp & Dohme de España, S.A.

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores, según la traducción realizada por los traductores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias.

GRÁFICOS