TRABALLO DE FIN DE MÁSTER

PROXECTO ATENEO

ATENDENDO A QUEN COIDA

MODALIDADE: PROPOSTA DE INTERVENCIÓN

EDUARDO BÚA BARBOSA

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOXÍA

ESPECIALDADE EN PSICOLOXÍA DA INTERVENCIÓN SOCIAL E COMUNITARIA

ANO 2021

FACULTADE DE PSICOLOXÍA

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÍNDICE

Resumo 1

Abstract 2

Introdución 3

Xustificación e obxectivos 7

Revisión bibliográfica sobre intervencións sociais e psicosociais con coidadoras 8

Método 8

Resultados 10

Características xerais dos estudos 13

Resultados principais 18

Discusión 20

Proposta de intervención "PROXECTO ATENEO: atendendo a quen coida" 25

Antecedentes e xustificación teórica 25

Contextualización 28

Deseño, programación e planificación da acción 28

Obxectivos 28

Poboación destinataria 29

Programación e planificación das actuacións 30

Relación de recursos necesarios 40

Avaliación da intervención 41

Resultados agardados 43

Conclusións 44

Referencias bibliográficas 46

Índice de táboas 56

Índice de figuras 57

Anexo I 58

Resumo

Coidar de xente maior dependente que presenta demencia é unha tarefa que condiciona a vida de quen a realiza. Os cambios de personalidade propios da enfermidade, o empeoramento da doenza, os niveis crecentes de supervisión requiridos e a diminución de actividades non relacionadas coa persoa maior teñen importantes repercusións na vida das persoas coidadoras (maioritariamente mulleres). Entre os principais problemas identificados destacan o estrés, a ansiedade, a depresión ou a sobrecarga. Malia que se deseñan intervencións de diversa índole para abordar estes problemas de saúde, escasas son as que empregaron enfoques psicosociais que centren a atención nas persoas como suxeitos transformadores da súa realidade. Co obxectivo de afondar nas intervencións psicosociais centradas nesta temática, realizouse unha revisión bibliográfica sistemática. Aínda que na súa maioría as intervencións identificadas atopan lixeiras melloras nalgúns dos diferentes problemas de saúde analizados, nelas non predomina o papel activo das persoas participantes na solución das súas dificultades. Ademais, evidénciase unha importante heteroxeneidade nas actividades propostas que pode afectar á eficacia das intervencións, e que dificulta a súa aplicación noutras comunidades.

Tendo isto en conta, o obxectivo principal deste traballo é deseñar unha proposta de intervención innovadora, que se asente nos principios teóricos da psicoloxía da intervención social e comunitaria, con actuacións que permitan a participación activa das persoas coidadoras no cambio das súas circunstancias vitais. Deste xeito, poderán desenvolver habilidades e estratexias que lles permitan paliar os posibles efectos negativos na saúde derivados de coidar aos seus maiores.

Palabras clave: "Intervención psicosocial", coidadores/as, demencia, sobrecarga, depresión.

Extensión: 19.308 palabras.

Abstract

Taking care of dependent elderly people with dementia is a life-conditioning task. The personality changes inherent to the disease, the worsening of the disease, the increasing levels of supervision required and the reduction in activities unrelated to the elderly person have a significant impact on the lives of caregivers (mostly women). Among the main problems identified are stress, anxiety, depression and burden. Although a variety of interventions are designed to address these health problems, few programmes have employed psychosocial approaches that focus on people as subjects who transform their reality. A systematic literature review was carried out to explore psychosocial interventions focused on this issue in greater depth. Although most of the interventions identified show small improvements in some of the different health problems analysed, the active role of the participants in the solution of their difficulties does not predominate. In addition, there is significant heterogeneity in the proposed activities, which may affect the effectiveness of the interventions, and make it difficult to apply them in other communities.

Taking this into account, the main objective of this work is to design an innovative intervention proposal, based on the theoretical principles of the psychology of social and community intervention, with actions that enable the active participation of caregivers in changing their life circumstances. In this way, they will be able to develop skills and strategies that will enable them to mitigate the possible negative health effects of taking care of their elders.

Key words: "Psychosocial intervention", caregivers, dementia, burden, depression.

Extension: 19.308 words.

Introdución

No decorrer das últimas décadas, a sociedade vén experimentando unha serie de cambios demográficos que están influíndo (e influirán) no seu desenvolvemento. Existen indicadores a distintos niveis gobernamentais (autonómicos, estatais e comunitarios) que veñen confirmando unha tendencia demográfica determinada que configurará o futuro da nosa sociedade. En concreto, estes indicadores apuntan a un incremento no que se refire ás persoas maiores. Como consecuencia, tamén aumentará o número de persoas que lles teñan que proveer as atencións e coidados necesarios.

A evolución demográfica en Galicia nas últimas décadas pon de manifesto este feito. A poboación galega a 1 de xaneiro de 1990 era de 2.751.383 persoas, sendo delas 39.621 persoas con 85 ou máis anos (o 1.44% da poboación total); mentres que a 1 de xaneiro de 2020, a poboación era de 2.702.592 persoas, e delas, 131.642 tiñan 85 ou máis anos (o 4.87% da poboación total). Isto permite apreciar que, en 30 anos, en Galicia hai 3.38 veces máis persoas con 85 ou máis anos (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020). No que atinxe a España, os datos apuntan na mesma traxectoria, xa que nese intervalo temporal a súa poboación de 85 ou máis anos multiplicouse por 3.03 (INE, 2020).

A Unión Europea (UE) tamén se fai eco deste fenómeno demográfico. Estímase que a súa poboación, a 1 de xaneiro de 2019, era de 446.8 millóns de persoas (EUROSTAT, 2020). Delas, o 20.3% eran persoas de 65 ou máis anos, polo que, noutras palabras, a xente maior supoñía máis dunha quinta parte da poboación europea (EUROSTAT, 2020). Atendendo ás proxeccións demográficas realizadas pola UE, a porcentaxe de persoas de 80 ou máis anos pasará do 5.8% en 2019 ao 14.6% en 2100 (EUROSTAT, 2020).

Este avellentamento da poboación esixe unha resposta integral da saúde pública. A maioría dos problemas de saúde das persoas maiores son o resultado de enfermidades crónicas (OMS, 2015). Con frecuencia, estas adoitan condicionar a vida das persoas que as padecen, xa que, co avance da doenza, a súa independencia funcional diminúe progresivamente. Este proceso de declive continuado na autonomía e na capacidade de afrontar e tomar decisións persoais sobre como vivir (de acordo a normas e a preferencias propias), así como no desenvolvemento das actividades básicas da vida diaria coñécese como dependencia (Boletín Oficial del Estado [BOE], 2006).

Unha das principais causas de dependencia no mundo entre as persoas maiores é a demencia (Organización Mundial da Saúde [OMS], 2017). Segundo a OMS (2017), "demencia" é un termo xenérico que alude a un conxunto de doenzas que, na súa maioría, son progresivas, afectan á memoria, a outras capacidades cognitivas e ao comportamento, e que interfiren significativamente na capacidade da persoa para manter as actividades básicas da vida diaria. A enfermidade de Alzheimer é a doenza máis común das demencias, e acapara entre un 60% e un 70% dos casos (OMS, 2017). Outras doenzas que se consideran como tal son a demencia vascular, a demencia con corpos de Lewy ou un conxunto de enfermidades que se categorizan como demencia frontotemporal.

En liña coa evolución demográfica comentada anteriormente, agárdase que no 2030 máis de 75 millóns de persoas teñan demencia no mundo, e crese que esta cifra se triplicará no ano 2050 (OMS, 2015). Polo tanto, tamén cabe esperar que se produza un incremento directo no número de persoas que as teñan que coidar e atender, para satisfacer así as súas necesidades (materiais e non materiais).

Se ben depende do grao de autonomía da persoa, coidar implica a axuda na realización tanto das actividades básicas da vida diaria (v.g. *vestido, baño, comida*) como das actividades instrumentais da vida diaria (e.g. *pago de facturas, compras, viaxes*); pero ademais destes apoios físicos, coidar tamén implica o feito de proveer apoio emocional á persoa con demencia (Alzheimer's Association, 2017). Segundo a *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (BOE, 2006), os coidados poden ser profesionais (i.e. *atención profesionalizada*) ou non profesionais (i.e. *non existe un servizo de atención profesionalizada*). Estes últimos son realizados polas familias ou por persoas achegadas á que presenta a doenza; e en particular, proporcionados polas mulleres, que foron as que tradicionalmente asumiron o rol de prestar os coidados ás persoas que tiñan diminuída a súa autonomía (BOE, 2006). Numerosas son as investigacións as que destacan que os coidados son realizados principalmente por mulleres (Arias-Sánchez et al., 2017; Cardona et al., 2013; Chappell et al., 2015; Sequeira, 2013; Ruisoto et al., 2020), feito que tamén indica un amplo número de institucións (Alzheimer's Association, 2017; BOE, 2006; Eurofound, 2015; Instituto Galego de Estatística [IGE], 2018; OMS, 2015). Así, o papel da muller nos coidados non é un tema trivial, xa que transcende culturas e sociedades, e xera limitacións no curso da súa vida (e.g. *formación, oportunidades laborais ou prestacións*) e outro tipo de discriminacións (OMS, 2015).

O feito de implicarse na atención dunha persoa con dependencia leva a un cambio nos roles de quen realiza os coidados. No 2017, en Galicia, o 72.49% das persoas coidadoras viron reducidas ou suprimidas as actividades de ocio ou relacións sociais; un 55.83% viron reducida a vida familiar; un 38.27% viron reducidos os labores domésticos; e un 25.77% viron reducidos ou suprimidos o traballo remunerado ou os estudos (IGE, 2018).

A este cambio de roles, á diminución das actividades non relacionadas coa persoa con demencia, e á continuidade temporal dos coidados (i.e. *coidar día tras día*), hai que engadir os cambios de personalidade e de comportamento da persoa con demencia, os niveis crecentes de atención e supervisión que require (paulatinos ao progreso da doenza), e o empeoramento dos síntomas da enfermidade (Schoenmakers et al., 2010a). Todo isto acaba repercutindo na saúde da persoa que coida, provocando un declive nela (Alzheimer's Association, 2017; Fonareva & Oken, 2014; Vázquez et al., 2019). De entre todos os problemas de saúde (física e mental) que se rexistran, existe un elevado consenso na literatura científica co estrés (Abreu et al., 2018; Cabada & Martínez, 2017; Cesário et al., 2017; Schoenmakers et al., 2010a), coa depresión (Cabada & Martínez, 2017; Schoenmakers et al., 2010a; Torres et al., 2015; Vázquez et al., 2019), ou coa sobrecarga (Blanco et al., 2019; Cardona et al., 2013; Rodrigues & Barham, 2014; Sequeira, 2013).

Así, atendendo a un estudo realizado por Schoenmakers et al. (2010a), atopouse que entre un 30% e un 80% das persoas coidadoras amosaban síntomas depresivos clinicamente significativos. Noutro traballo realizado na nosa comunidade autónoma por Torres et al. (2015) encontrouse que a prevalencia da depresión neste colectivo é elevada, indicando que un 8.9% das persoas coidadoras do estudo presentaban un episodio depresivo maior. Os problemas de sono, a diminución nas habilidades de concentrarse ou de pensar, e un estado anímico depresivo foron os síntomas clínicos que se atoparon con máis frecuencia nesta investigación. Ademais, os episodios depresivos maiores eran significativamente máis comúns entre aquelas persoas que estaban en situación de desemprego.

A falta de traballo (fóra do fogar) tamén é unha das variables que, nun estudo realizado por Blanco et al. (2019) en Galicia, se relacionaba cunha maior probabilidade de presentar sobrecarga. Os autores atoparon que o 55.4% das persoas que exercían labores de coidado presentaban este problema de saúde. Noutra investigación realizada por Abreu et al. (2018) encontrouse que as persoas que coidan a maiores con demencia presentan un maior risco de sufrir sobrecarga, estrés, ansiedade, depresión e outras complicacións de saúde, algunhas

comúns ás da persoa que atenden. Ademais, segundo os autores, "os coidadores familiares deste estudo tiñan elevados niveis de estrés" (Abreu et al., 2018, p. 311).

Outro dato importante a ter en conta é que o estrés crónico das persoas que coidan a maiores con demencia aumenta a súa vulnerabilidade ás enfermidades, e diminúe a súa capacidade para proporcionar unha atención axeitada (Fonareva & Oken, 2014). Así, o estrés, a sobrecarga ou a depresión non só afectan aos coidadores; estes problemas de saúde acaban repercutindo nas relacións que manteñen coas persoas que coidan, e na atención que estas reciben. Así, autores como Rodrigues et al. (2013) ou Vaidyanathan et al. (2018) comentan que estes problemas de saúde están detrás de coidados neglixentes, ben por omisión (i.e. *déficit ou abandono nos coidados*) ou por comisión (i.e. *realizar unha atención deficiente con accións desmedidas ou incluso violentas*).

Como resposta a estes problemas de saúde, téñense deseñado intervencións de diversa índole para as persoas coidadoras. A literatura científica clasifícaas en función da poboación obxectivo (i.e. *intervencións para persoas coidadoras exclusivamente ou intervencións diádicas*), do formato (i.e. *presenciais ou a través de novas tecnoloxías*), ou da metodoloxía empregada (i.e. *intervencións farmacolóxicas ou non farmacolóxicas*), entre outras categorías. En canto ás intervencións non farmacolóxicas, non existe un consenso sobre como clasificalas: algúns autores (Brooks et al., 2018; Reis et al., 2018; Tremont et al., 2015; Vandepitte et al., 2016) agrúpanas en función das abordaxes empregadas (e.g. *intervencións psicosociais, multicompoñente, terapia cognitivo-condutual, terapia ocupacional, etc.*) e outros (Gilhooly et al., 2016; Teahan et al., 2020; Teri et al., 2018) segundo as técnicas ou estratexias que se apliquen (v.g. *adestramento en solución de problemas, apoio social, counseling, psicoeducación, etc.*).

Na resposta aos problemas de saúde presentados anteriormente, traballos coma os de Werner et al. (2020) atopan que as intervencións psicosociais son eficaces na redución de síntomas depresivos. Con todo, no tratamento desta sintomatoloxía, outros autores como Moore et al. (2013) indican que as intervencións consistentes na terapia cognitivo-condutual son as máis eficaces; pero por outro lado, autores como Tremont et al. (2015) defenden que as intervencións multicompoñente son as máis efectivas, tanto na redución dos síntomas depresivos como da sobrecarga. Malia estas discordancias, o certo é que "existe evidencia que apoia o uso de intervencións non farmacolóxicas na redución da sobrecarga e depresión para o beneficio tanto de quen coida como da persoa con demencia" (Akarsu et al., 2019, p. 791).

Xustificación e obxectivos

Tal e como se vén de expoñer, nas vindeiras décadas producirase un incremento de persoas que terán que coidar dos seus maiores dependentes con demencia. Tendo en conta as graves repercusións que poden ter os coidados dunha persoa con demencia na saúde de quen coida, así como os posibles obstáculos que se derivan dos problemas de saúde na relación que se establece entre as dúas partes, é necesario ofrecer unha resposta que minimice os efectos do labor asistencial a aquelas persoas que se responsabilicen da atención (non profesionalizada) dos seus maiores.

A necesidade de responder a esta problemática está avalada, ademais, por diversas institucións. Así, por un lado, a Organización das Nacións Unidas (ONU) defende a necesidade de "garantir unha vida sa e promover o benestar para todas as persoas en todas as idades" (ONU, 2015, p. 16), entre outras metas do terceiro obxectivo (*Saúde e benestar*) dos 17 propostos na Axenda 2030 sobre o Desenvolvemento Sostible (ONU, 2015). Por outro lado, "proveer apoio ás persoas que coidan a xente con demencia" é a área de actuación número 5 das 7 que conforma o *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025* (OMS, 2017). Segundo se indica, unha das accións propostas por esta institución é:

> Proporcionar información accesible e baseada en probas, programas de formación, servizos de respiro e outros recursos adaptados ás necesidades das persoas coidadoras, para mellorar os coñecementos e as habilidades do coidado, como o afrontamento dos comportamentos que supoñan un desafío, para permitir ás persoas con demencia vivir na comunidade e previr o estrés e os problemas de saúde de quen as coida. (OMS, 2017, p. 27)

Así, todos estes datos avalan a necesidade de realizar unha proposta de intervención dirixida a aquelas persoas que sexan coidadoras informais. Entendendo a saúde como "un estado de completo benestar físico, mental e social, e non só a ausencia de afeccións ou enfermidades" (OMS, 1946, p.1), cómpre salientar que a maioría das intervencións na materia non se enfocaron, especialmente, nese aspecto social. Tendo isto en conta, ábrese a posibilidade de desenvolver, no presente traballo, unha proposta de intervención que, asentándose nos principios da psicoloxía da intervención social e comunitaria, busque dar unha resposta que minimice os problemas de saúde das persoas coidadoras. Para lograr este obxectivo, primeiro achegarase a revisión bibliográfica realizada que permitiu obter unha visión actualizada da literatura a este respecto; e a continuación, presentarase a proposta de intervención deseñada.

Revisión bibliográfica sobre intervencións sociais e psicosociais con coidadoras

A presente revisión posibilitou afondar na información existente en canto ás intervencións psicosociais (ou intervencións que se asenten en principios da psicoloxía da intervención social e comunitaria) que se enfocasen nas persoas coidadoras de maiores con demencia. Para orientar a investigación no tema, ao inicio da revisión formuláronse as seguintes preguntas de investigación: *Que intervencións se realizan para as coidadoras de persoas maiores? Que aspectos abordan (i.e. sobrecarga, ansiedade, depresión, calidade de vida, apoio social, etc.)? Que estratexias empregan para conseguir os obxectivos que perseguen (i.e. psicoeducación, terapia cognitivo-condutual, modificación ou adquisición de estratexias de afrontamento, adestramento de habilidades comunicativas, etc.)?*; ou *Como é o seu deseño (i.e. formato individual ou grupal, número de sesións, a súa duración, a súa delimitación no tempo, etc.)?*

Método

Coa intención de realizar unha primeira aproximación á temática, fíxose unha busca de carácter xenérico empregando a base de datos *PsycInfo*. Para iso, escolléronse os seguintes descritores: *Caregiver* AND *"Older Person"* AND (*Burden* OR *Anxiety* OR *Stress* OR *Depression* OR *Coping* OR "*Social Support*"). Estableceuse, como filtro, un límite temporal fixado no 2010, o que permitiría coñecer que se estivo facendo na última década en relación ás persoas coidadoras. A base de datos devolveu 33 artigos, que foron buscados para poder lelos e ter esa aproximación inicial á temática desexada.

Rematada a lectura dos artigos desta busca xenérica, comezouse a concretar e delimitar unha busca secundaria (máis específica), que permitiu atopar as publicacións coas que desenvolver este traballo. Nesta busca secundaria empregáronse tres bases de datos (*PsycInfo*, *PQ Psychology Database* e *Web Of Science*). Os artigos foron buscados en inglés, castelán e portugués, e os termos concretos utilizados achéganse, en cada idioma, na Táboa 1. Posteriormente, tamén se incluíron artigos adicionais á revisión, que foron atopados noutras fontes analizadas (v.g. *outros artigos, revisións sistemáticas, publicacións de institucións públicas ou de ONGs, etc.*). Coa realización da busca xenérica inicial púidose proporcionar unha primeira resposta ás preguntas de investigación formuladas no inicio desta revisión. Ademais, esta tamén permitiu afinar na selección dos termos descritores que se empregaron na busca secundaria, o que se traduciu nunha maior precisión.

Táboa 1

Descritores empregados en cada idioma

Inglés
TI(Carer* OR Caregiv*) AND (TI(Psychosoci*) OR AB(Psychosoci*)) AND TI(Interventi* OR Program* OR Treatment*) AND AB(Anxi* OR Stress* OR Depress* OR Burden*) AND AB(Elder* OR Dement* OR Alzheimer)
Castelán
TI(Cuida* OR Aten*) AND (TI(Psicosoci*) OR AB(Psicosoci*)) AND TI(Programa* OR Interv* OR Tratamient*) AND AB(Ansi* OR Estres* OR Depr* OR Carga* OR Sobrecarga*) AND AB(Ancian* OR Mayor* OR Demen* OR Alzheimer)
Portugués
TI(Cuida* OR Aten*) AND (TI(Psicossoci*) OR AB(Psicossoci*)) AND TI(Programa* OR Interven* OR Tratament*) AND AB(Ansi* OR Estress* OR Depr* OR Carga* OR Sobrecarga*) AND AB(Idos* OR Maior* OR Demên* OR Alzheimer)

A selección dos artigos levouse a cabo atendendo aos criterios de inclusión e exclusión que se amosan na Táboa 2. Pode apreciarse que, no caso dos criterios de exclusión, estes acompáñanse dun código, que permitiu elaborar un diagrama de fluxo máis esquemático, e posibilitar unha mellor identificación visual dos criterios de exclusión dentro del.

Táboa 2

Criterios de inclusión e de exclusión

Criterios de inclusión
- Os estudos centraranse exclusivamente en persoas coidadoras primarias/familiares non remuneradas, e buscarán mellorar as capacidades, habilidades e recursos que dispoñan, así como aumentar o seu benestar ou calidade de vida, e incidir na saúde mental. - As persoas participantes nos estudos serán coidadoras de persoas maiores de 60 anos que presenten un diagnóstico de demencia (tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia frontotemporal, etc.). - As persoas coidadoras deberán telo sido, cando menos, durante 6 meses. - Os estudos deberán proporcionar resultados da intervención que realizan, independentemente de se producen cambios nas variables estudadas ou non, ou se estes son significativos ou non. - O deseño da intervención deberá permitir a comparación dos resultados: grupo control e experimental, ensaios aleatorios controlados (*Randomized Controlled Trial*, RCT, en inglés), estudos cuasi-experimentais ou estudos pretest-postest.

Criterios de inclusión
- Os estudos deberán presentar unha descrición da intervención, e esta será definida como psicosocial, ou de ser multicompoñente, informará de que estratexias de intervención social aplica. - Os estudos presentarán intervencións e serán publicados do 2010 en diante, en inglés, castelán ou portugués.

Criterios de exclusión (C.E.)	
C.E.1.	- Estudos que conteñan persoas coidadoras formais ou remuneradas.
C.E.2.	- Estudos que realizan intervencións con outras persoas que non sexan as coidadoras (v.g. *intervencións en maiores e análise do impacto sobre as coidadoras*).
C.E.3.	- Estudos que non se centran na mellora das capacidades ou habilidades da persoa coidadora, nin no seu benestar, calidade de vida ou saúde mental.
C.E.4.	- Estudos cunha metodoloxía exclusivamente cualitativa.
C.E.5.	- Estudos que non indiquen o formato da intervención (i.e. *individual vs. grupal*), que realicen intervencións exclusivamente individuais, ou que realicen intervencións diádicas (i.e. *coidadoras con persoas maiores*).
C.E.6.	- Estudos con medidas non estandarizadas das variables que analizan.
C.E.7.	- Estudos onde non se indiquen os resultados das propostas que se achegan (i.e. *protocolos*).
C.E.8.	- Estudos con intervencións exclusivamente psicoterapéuticas ou que se limiten ao tratamento clínico da sintomatoloxía das coidadoras.
C.E.9.	- Ausencia da descrición da intervención. Descrición escasamente detallada (sen número de sesións, duración das sesións, como se organizan, temáticas abordadas, accións realizadas, etc.).
C.E.10.	- Estudos de casos. Ensaios. Artigos de opinión. Revisións sistemáticas. Metaanálises.

Resultados

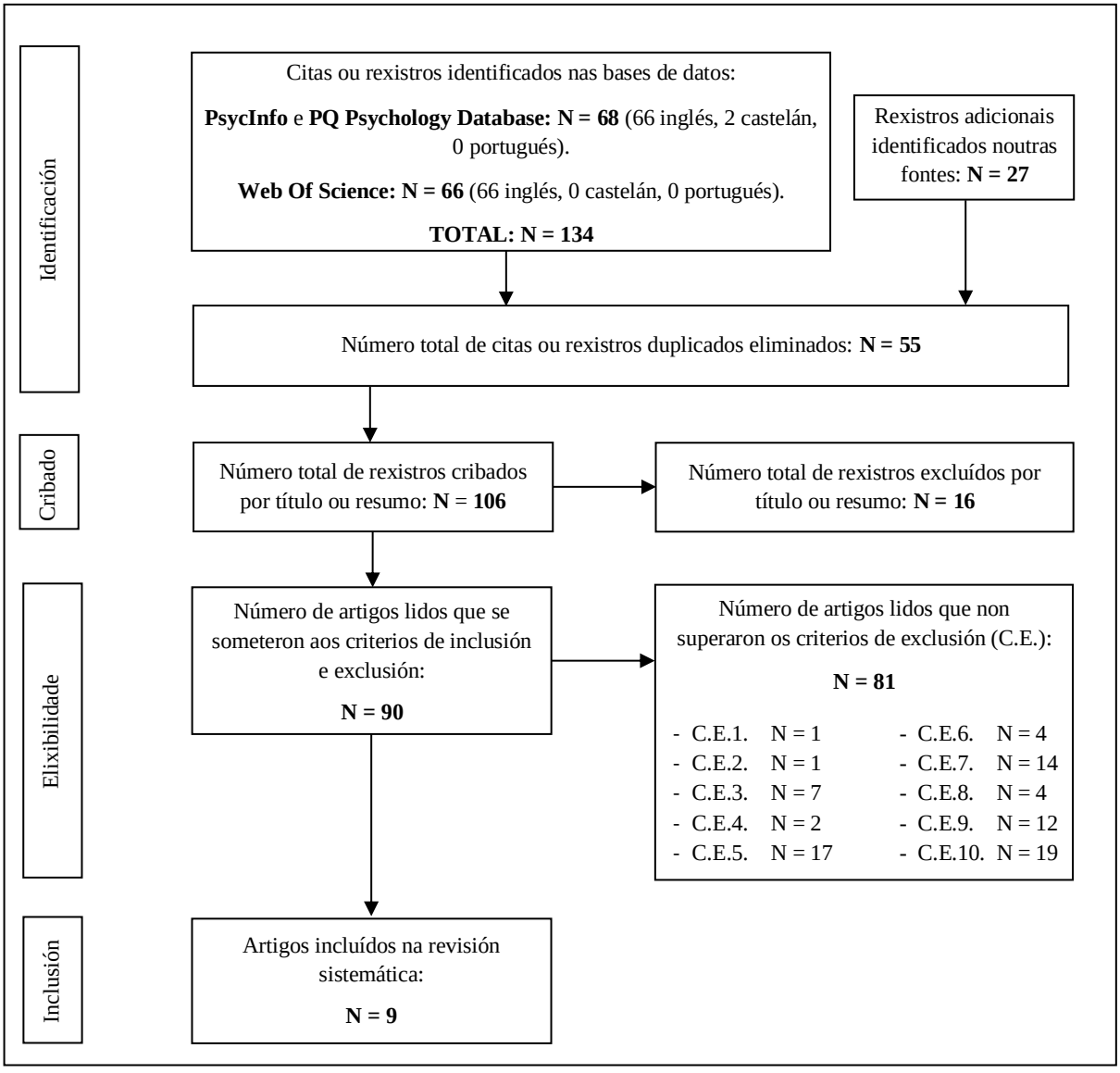
Aplicando as estratexias de busca, localizáronse 134 elementos nas bases de datos empregadas, aos que houbo que engadir 27 rexistros máis atopados noutras fontes, o que elevou o número de artigos totais identificados a 161. Despois de eliminar os elementos duplicados (N = 55), foron 106 os artigos que se analizaron por título ou resumo.

Unha vez analizados, descartáronse 16 estudos por non gardaren relación coa temática desexada. Deste xeito, examináronse un total de 90 artigos aplicando os criterios de exclusión preestablecidos. Ao rematar este proceso, os principais motivos de descarte foron: ser estudos de casos, ensaios, artigos de opinión, revisións sistemáticas ou metaanálises (N = 19); non

indicar o formato da intervención (i.e. *individual vs. grupal*), realizar intervencións diádicas (i.e. *coidadoras con persoas maiores*), ou que estas fosen exclusivamente individuais (N = 17); non indicar os resultados das propostas que achegan (v.g. *protocolos*; N = 14); ou non proporcionar unha descrición da intervención, ou de facelo, non indicar elementos como o número de sesións, a duración das mesmas, a súa organización, as temáticas abordadas, as accións realizadas, etc. (N = 12). Estes motivos de exclusión, e os restantes, achéganse na Figura 1, que proporciona un esquema do proceso de busca e selección dos artigos.

Figura 1

Diagrama de fluxo da revisión sistemática empregando o modelo PRISMA (adaptado de Urrutia e Bonfill, 2010).



Nota: PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.*

Nota: Os criterios de exclusión (C.E.) amósanse abreviados. Para a súa consulta, achéganse na Táboa 2.

Finalmente, despois de aplicar os criterios de inclusión e exclusión, o número de artigos descartados foi de 81, e o de aceptados, e que se incluíron na revisión bibliográfica, foi de 9 (Táboa 3). Así, realizouse unha análise metódica de cada unha desas 9 intervencións psicosociais (ou intervencións que os propios autores categorizaron como tal), atendendo a aspectos relacionados con: características da mostra; descrición da intervención (examinando o número de sesións, a súa duración, a súa periodicidade, as temáticas abordadas e as accións realizadas); os instrumentos de avaliación empregados; e os principais resultados que presentan os estudos. Toda esta información exponse detalladamente na Táboa 16, Anexo I.

Táboa 3

Artigos incluídos na revisión sistemática

Artigos	Factor de impacto JCR	Clasificación (*Ranking*)
Au, A., Li, S., Lee, K., Leung, P. Pan, P., Thompson, L, & Gallagher-Thompson, D. (2010). The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, *78*(2), 256-260.	2.237	Q2
Cheng, S. T., Fung, H. H., Chan, W. C. & Lam, L. C. W. (2016). Short-Term Effects of a Gain-Focused Reappraisal Intervention for Dementia Caregivers: A Double-Blind Cluster-Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(9), 740-750.	2.868	Q2
Chu, S., Yang, C. Y., Liao, Y. H., Chang, L. I., Chen, C. H., Lin, C. C. & Chou, K. R. (2011). The Effects of a Support Group on Dementia Caregivers' Burden and Depression. *Journal of Aging and Health*, *23*(2), 228-241.	1.556	Q2
Czaja, S. J., Lee, C. C., Perdomo, D., Loewenstein, D., Bravo, M., Moxley, J. H. & Schulz, R. (2018). Community REACH: An Implementation of an Evidence-Based Caregiver Program. *The Gerontologist*, *58*(2), e130-e137.	3.628	Q1
Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P., Ballesteros, J. & Grupo EDUCA. (2014). Effectiveness of a Psychoeducational Intervention Group Program in the Reduction of the Burden Experienced by Caregivers of Patients With Dementia: The EDUCA-II Randomized Trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *28*(1), 79-87.	2.440	Q2

Marziali, E. & Garcia, L. J. (2011). Dementia Caregivers' Responses to 2 Internet-Based Intervention Programs. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, *26*(1), 36-43.	1.453	Q3
Meyer, O. L., Sun, M., Do, T., Ho, J. N., Dinh, B. T., Nguyen, S. & Hinton, L. (2020). Community-Engaged Research with Vietnamese Americans to Pilot-Test a Dementia Caregiver Intervention. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *35*(4), 479-492.	0.440	Q3
Rodríguez-Sánchez, E., Patino-Alonso, M. C., Mora-Simón, S., Gómez-Marcos, M. A., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A. & García-Ortiz, L. (2012). Effects of a Psychological Intervention in a Primary Health Care Center for Caregivers of Dependent Relatives: A Randomized Trial. *The Gerontologist*, *53*(3), 397-406.	2.283	Q1
Wang, L. Q., Chien, W. T. & Lee, I. Y. M. (2012). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse*, *40*(2), 210-224.	0.439	Q4

Características xerais dos estudos

Analizando as características das mostras dos nove artigos seleccionados, apréciase que estas teñen un tamaño que oscila entre os 11 suxeitos (Meyer et al., 2011) e os 238 (Martín-Carrasco et al., 2014). Prestando atención a como se tratan estas mostras, todos os estudos, salvo Czaja et al. (2018) e Meyer et al. (2020), clasifícanas en grupos (nesas dúas excepcións utilízase a mostra completa). No que respecta a estas agrupacións, a maioría dos estudos (Alma et al., 2010; Chu et al., 2011; Martín-Carrasco et al., 2014; Rodríguez-Sánchez et al., 2013; Wang et al., 2012) empregan un grupo experimental (GE) e un grupo control (GC). Con todo, Marziali e Garcia (2011) utilizan dous grupos experimentais, e Cheng et al. (2016) utilizan un grupo experimental e dous grupos control (con lixeiras modificacións). O tamaño destes grupos oscila entre as 13 persoas do GE e 14 do GC de Alma et al. (2010), e as 115 do GE e 123 do GC de Martín-Carrasco et al. (2014).

A idade media das mostras sitúase en torno aos 60 anos, mais isto depende de como presenten os autores esta información. Así, cando se informa sobre a mostra completa (Alma et al., 2010; Czaja et al., 2018; Martín-Carrasco et al., 2014; Marziali & Garcia, 2011; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), o rango medio de idade comprende dende os 54.15 anos (SD = 12.46) do traballo de Alma et al. (2010) ata os 65.30 anos (SD = 12.94) do

traballo de Czaja et al. (2018). Cheng et al. (2016) describen esta variable en función dos seus grupos: oscila entre os 52.98 anos (SD = 10.67) dun dos GC e os 56.67 anos (SD = 11.14) do outro dos GC. O traballo de Wang et al. (2012) tamén presenta a información sobre a idade atendendo aos grupos experimental e control, pero faino por intervalos de idade. No relativo a Chu et al. (2011), os autores non proporcionan información ao respecto.

En canto ao sexo, en todos os traballos da revisión existe unha porcentaxe superior de mulleres ca de homes que coidan a maiores con demencia. Para describir esta información tamén é necesario atender a como se presenta. Así, cando os autores indican do sexo en función da mostra completa (Alma et al., 2010; Czaja et al., 2018; Martín-Carrasco et al., 2014; Marziali & Garcia, 2011; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), este é feminino entre o 100% dos casos no estudo de Alma et al. (2010), e o 72% no de Marziali e Garcia (2011). No resto de traballos que presentan a información sobre o sexo atendendo á mostra completa, a porcentaxe de mulleres oscila entre as dúas anteriores. Por outro lado, os traballos de Cheng et al. (2016), Chu et al., (2011) e Wang et al. (2012) indican o sexo en función dos GE e GC. Así, na investigación de Cheng et al. (2016), o 85.7% das persoas do GE son mulleres, mentres que nos dous GC son o 88.9% e o 83.3%. No estudo de Chu et al. (2011), o 53.3% das persoas do GE son mulleres, porcentaxe que ascende ata o 60% no GC. A porcentaxe de mulleres no traballo de Wang et al. (2012) é do 59% no GE e de 64.1% no GC.

Outras características de interese son a cantidade de anos coidando, o número de horas diarias/semanais dedicadas aos coidados e a relación que mantén a persoa coidadora coa que padece demencia. En canto ao tempo exercendo os labores de coidados, o período medio oscila entre 1.96 anos (SD = 1.73) no GE de Cheng et al. (2016) e os 9.70 (SD = 12.08) do GC de Rodríguez-Sánchez et al. (2013). O traballo de Chu et al. (2011) é o único que non aporta información ao respecto. No tocante ao número de horas diarias/semanais dedicadas aos coidados, existe unha ampla variedade na presentación desta información que dificulta a súa análise: hai autores que presentan os datos atendendo ás horas ao día de coidados (Martín-Carrasco et al., 2014; Marziali & Garcia, 2011), outros fano co número de horas á semana (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016), e incluso outros non analizan esta variable (Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013; Wang et al., 2012). E no relativo ás relacións existentes entre a persoa coidadora e a que presenta demencia, algúns traballos (Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018; Marziali & Garcia, 2011; Meyer et al., 2020) non ofrecen información ao respecto. De facelo, noutros estudos esta información preséntase

agrupando as relacións (por exemplo, Cheng et al., 2016, ofrecen para "filla/nora/sobriña/neta" unha única porcentaxe); en cambio, outros traballos coma os de Alma et al. (2010), Martín-Carrasco et al. (2014) ou Wang et al. (2012), ofrecen con máis detalle a porcentaxe de cada unha das relacións existentes. Esta importante variabilidade fai necesario unha análise máis pormenorizada destas tres características, que se ofrece na Táboa 16, Anexo I.

Afondando nas intervencións que realizan os estudos seleccionados, pódense identificar un total de 12 achegas distintas. Os traballos de Alma et al. (2010), Chu et al. (2011), Czaja et al. (2018), Martín-Carrasco et al. (2014), Meyer et al. (2020), Rodríguez-Sánchez et al. (2013) e Wang et al. (2012) presentan unha única intervención, mentres que Marziali e Garcia (2011) realizan dúas intervencións e Cheng et al. (2016) levan a cabo tres. Todas elas teñen un número de sesións que comprende entre as 6 de Meyer et al. (2020) e as 13 de Alma et al. (2010), cunha duración de entre 1 hora (Czaja et al., 2018; Marziali & Garcia, 2011) e as 2 (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Marín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020), e todas cunha frecuencia dunha sesión semanal (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011; Marziali & Garcia, 2011; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), salvo Martín-Carrasco et al. (2014) e Wang et al. (2012), que presentan intervencións con sesións cada dúas semanas. En canto á extensión das intervencións, esta abrangue entre as 6 semanas de Meyer et al. (2020) e as 24 de Wang et al. (2012). O traballo de Czaja et al. (2018) non especifica a frecuencia das sesións, pero indica que o programa tivo unha duración de 6 meses (i.e. *24 semanas*) e realizaron 12 sesións. O número de persoas por sesión é variable incluso dentro de cada intervención, polo que se presentan intervalos de canta xente participaba nelas. O mínimo é de 3 persoas (Meyer et al., 2020) e ascende ata as 12 de Rodríguez-Sánchez et al. (2013), aínda que maioritariamente se sitúa entre as 5 e as 8 (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Czaja et al., 2018; Marziali & Garcia, 2011; Rodríguez-Sánchez et al., 2013; Wang et al., 2012). Con todo, na lectura destes datos é necesario ter en conta que Chu et al. (2011) non indican a duración das sesións nin o tamaño dos grupos, e que Martín-Carrasco et al. (2014) tampouco informan do número de persoas por sesión.

Reparando nas actividades que compoñen as intervencións, pode apreciarse tamén unha importante heteroxeneidade. Esta reflíctese tanto nos temas que se tratan como na duración das temáticas abordadas (i.e. *para unha mesma temática, distintas intervencións destinan máis ou menos sesións*). Na meirande parte das intervencións desenvólvense actividades onde se utiliza a psicoeducación como estratexia (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Martín-Carrasco et

al., 2014; Marziali & Garcia, 2011; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013). Outra amplamente empregada é o adestramento en técnicas ou estratexias de comunicación, con actividades que inciden na adquisición de novos estilos comunicativos (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013). Tamén é habitual realizar debates ou actividades que faciliten o intercambio de experiencias, empregando para isto a estratexia dos grupos de apoio (Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018; Marziali & Garcia, 2011; Wang et al., 2012). Noutras intervencións lévanse a cabo dinámicas que permiten identificar e programar eventos agradables, mediante a estratexia de planificación de actividades pracenteiras (Alma et al., 2010; Chu et al., 2011; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013). Algúns programas realizan tamén actividades que inciden na adquisición de habilidades para o manexo do estrés, empregando como estratexia de intervención diversas técnicas de control da activación (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020). Outras actividades propostas polas intervencións analizadas, pero nunha menor frecuencia, son a identificación de recursos sociais (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011) ou os seus aspectos legais (Meyer et al., 2020); dinámicas que fomenten o desenvolvemento de habilidades para o manexo da sintomatoloxía das demencias e os seus comportamentos problemáticos (Cheng et al., 2016; Meyer et al., 2020); ou aquelas que faciliten a realización de exercicios físicos ou estiramentos (Meyer et al., 2020). A maiores, nunha das intervencións de Cheng et al. (2016) compleméntanse as actividades propostas coa procura de beneficios (i.e. *benefit finding*; *ou aspectos positivos que ten o coidado de persoas con demencia*). Tendo en conta esta elevada variabilidade, achégase tamén unha descrición máis ampla das actividades para a súa análise na Táboa 16, Anexo I.

Estas actividades foron empregadas para incidir nas variables de estudo fixadas por cada traballo nos seus obxectivos. Se ben é certo que, dependendo da investigación, estes poden ser máis amplos, os principais obxectivos centráronse na sobrecarga (Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), na calidade de vida e benestar (Cheng et al., 2016; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013; Wang et al., 2012), na depresión (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018), na ansiedade (Martín-Carrasco et al., 2014; Marziali & Garcia, 2011; Meyer et al., 2020; Wang et al., 2012) e na autoeficacia (Alma et al., 2010; Czaja et al., 2018; Marziali & Garcia, 2011; Meyer et al., 2020). A maiores tamén se estudou o apoio social (Czaja et al., 2018), a saúde mental (Marziali

& Garcia, 2011), os pensamentos disfuncionais (Rodríguez-Sánchez et al., 2013), as estratexias de afrontamento (Alma et al., 2010) ou os coñecementos sobre Alzheimer (Meyer et al., 2020).

Por outro lado, para avaliar a saúde das persoas coidadoras, empregáronse distintos instrumentos. Os autores empregaron medidas xenéricas para avaliar a saúde, ademais de utilizar cuestionarios específicos para avaliar a sobrecarga, a depresión ou a ansiedade. As medidas xenéricas da saúde son aquelas que gardan relación con ela, como é o caso da autoeficacia, da calidade de vida, do benestar ou da percepción do propio estado de saúde.

Así, en canto á autoeficacia, o instrumento máis empregado foi a escala *Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy* (RSCSE), utilizado por Alma et al. (2010), Cheng et al. (2016), Czaja et al. (2018) e Marziali e Garcia (2011); esta variable tamén é avaliada no estudo de Meyer et al. (2020) mediante a escala *10 item Caregiver Self-Efficacy Scale*. Centrando a atención nas variables de calidade de vida e benestar, cabe destacar o uso da escala *Quality of Life Scale* (QoL) por Czaja et al. (2018) e Rodríguez-Sánchez et al. (2013), o uso do cuestionario *Quality of Life in Alzheimer's Disease* (QoL-AD) por parte de Meyer et al. (2020), o instrumento *World Health Organization Quality of Life Measure-Brief Version* (WHOQOL-BREF) por parte de Wang et al. (2012) ou a escala *Ryff's Psychological Well-Being Scale*, empregada por Cheng et al. (2016). Por outro lado, en canto á percepción do propio estado de saúde, os instrumentos utilizados foron os cuestionarios *General Health Questionnaire - 28 items* (GHQ-28) e *Short-Form Health Survey 12* (SF-12), por Martín-Carrasco et al. (2014), o *General Health Questionnaire - 12 items* (GHQ-12), por Rodríguez-Sánchez et al. (2013) e o *Health Status Questionnaire* (HSQ-12) por Marziali e Garcia (2011).

No tocante aos cuestionarios que analizaron a sobrecarga, a depresión ou a ansiedade tamén existe unha ampla variedade. Para avaliar a primeira variable comentada, empregouse o cuestionario *Zarit Burden Interview* (ZBI) nos traballos de Cheng et al. (2016), Czaja et al. (2018), Martín-Carrasco et al. (2014), ou a súa versión reducida, *Short Zarit Burden Interview*, nos estudos de Meyer et al. (2020) e Rodríguez-Sánchez et al. (2013); ademais, tamén se utilizou o cuestionario *Caregiver Burden Inventory* (CBI) no caso de Chu et al. (2011); Cheng et al. (2016) empregaron adicionalmente un cuestionario denominado *4-Item Measure of Role Overload*. Para medir a sintomatoloxía depresiva, Alma et al. (2010) e Marziali e Garcia (2011) empregaron o cuestionario *Center for Epidemiological Studies - Depression scale* (CES-D), Czaja et al. (2018) seleccionaron a súa versión reducida (CES-D-R-10), Cheng et al. (2016) utilizaron a escala *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), e Chu et al. (2011)

seleccionaron o cuestionario *Beck Depression Inventory II* (BDI-II). Por último, no relativo ao estrés, Meyer et al. (2020) empregaron o cuestionario *10 Item Perceived Stress Scale* e Wang et al. (2012) utilizaron a escala *Neuropsychiatric Inventory-Caregiver Distress Scale* (NPI-D).

Ademais destas variables, tamén se avaliou o apoio social nos traballos de Czaja et al. (2018) co cuestionario *Social Support Questionnaire*, ou coa escala *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* no caso de Marziali e Garcia (2011). Outros instrumentos utilizados foron: *Chinese Way Of Coping Questionnaire* (CWOC) por Alma et al. (2010); *Positive Aspects of Caregiving Scale* por Czaja et al. (2018); *Eysenck Personality Questionnaire Revised* (EPQ-R) e *Functional Autonomy Measurement System* (SMAF) por Marziali e Garcia (2011); *Alzheimer Disease Knowledge Scale* (ADKS) por Meyer et al. (2020); *Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire* por Rodríguez-Sánchez et al. (2013); ou *Family Support Services Index* (FSSI), por Wang et al. (2012).

Por último, cómpre destacar que todos os traballos realizaron unha avaliación previa ao inicio da intervención e outra ao rematala (dependendo do programa, esta realizouse ao rematalo ou cunha lixeira demora temporal) para comprobar a eficacia das súas intervencións. A maiores, os estudos de Chu et al. (2011), Czaja et al. (2018), Martín-Carrasco et al. (2014) e Meyer et al. (2020) realizaron avaliacións posteriores de seguimento, para comprobar o posible mantemento dos cambios atopados.

Resultados principais

Polo xeral, os resultados dos artigos seleccionados suxiren que as intervencións son eficaces á hora de proporcionar lixeiras melloras na saúde das persoas coidadoras. Con todo, é necesaria unha análise máis pormenorizada que atenda ás diferencias das intervencións para poder extraer conclusións máis axeitadas. Así, en canto á sobrecarga, os estudos (Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013) atopan resultados moi variados. Se ben Czaja et al. (2018) e Cheng et al. (2016) indican que as súas intervencións son eficaces á hora de diminuír a sobrecarga, Chu et al. (2011), Martín-Carrasco et al. (2014), Meyer et al. (2020) e Rodríguez-Sánchez et al. (2013) comentan que os seus programas non conseguen os efectos desexados no relativo á diminución desta problemática de saúde. As principais estratexias empregadas por estes programas foron a psicoeducación (Cheng et al., 2016; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), técnicas de identificación de actividades pracenteiras (Chu et

al., 2011; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), os grupos de apoio (Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018), técnicas de comunicación (Chu et al., 2011; Meyer et al., 2020), e técnicas de relaxación (Cheng et al., 2016; Meyer et al., 2020).

No relativo a aquelas intervencións que abordan a redución da depresión, hai estudos que indican que as súas intervencións son eficaces na súa redución (Cheng et al., 2016; Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018). Alma et al. (2010) indican que a súa proposta tamén foi eficaz na redución de síntomas depresivos, aínda que as diferenzas existentes entre o GE e o GC non acadan un nivel mínimo de significación ($p < .06$). En canto ás estratexias que se empregan, pode apreciarse que estes traballos coinciden na psicoeducación, nas técnicas de relaxación (Alma et al., 2010; Cheng et al., 2016), nos grupos de apoio (Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018), ou na programación de actividades pracenteiras (Alma et al., 2010; Chu et al., 2011).

Analizando as intervencións que se centran no estrés, os resultados tamén son variados. Así, as intervencións de Marziali e Garcia (2011) e Wang et al. (2012) si amosan unha redución desta variable; en cambio, as achegas de Meyer et al. (2020) e Martín-Carrasco et al. (2014) non conseguen unha redución significativa do estrés trala intervención. Atendendo ás estratexias que se empregan nos programas, os grupos de apoio destacan como unha estratexia común naquelas intervencións que se amosaron efectivas reducindo a ansiedade (Marziali & Garcia, 2011; Wang et al., 2012). Outras técnicas empregadas foron as de identificación de actividades pracenteiras, técnicas de comunicación, técnicas de relaxación (Meyer et al., 2020) e psicoeducación (Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020).

Outras variables comúns entre as intervencións avaliadas son a calidade de vida e a autoeficacia. En canto á primeira, os resultados das intervencións de Cheng et al. (2016) e Wang et al. (2012) sinalan que existen melloras na calidade de vida, mentres que os programas de Martín-Carrasco et al. (2016), Meyer et al. (2020), Rodríguez-Sánchez et al. (2013) non logran beneficios nesta variable. No que respecta ás técnicas empregadas, cabe destacar que os programas utilizaron a psicoeducación (Cheng et al., 2016; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), técnicas de identificación de actividades pracenteiras (Meyer et al., 2020; Rodríguez-Sánchez et al., 2013), os grupos de apoio (Wang et al., 2012), técnicas de comunicación e técnicas de relaxación (Meyer et al., 2020). Por último, en canto á autoeficacia, as intervencións realizadas por Alma et al. (2010), Czaja et al. (2018), Marziali e Garcia (2011) e Meyer et al. (2020) amósanse efectivas para producir mellorías nesta variable. As principais estratexias de intervención empregadas por estes programas foron a

psicoeducación (Alma et al., 2010; Meyer et al., 2020), os grupos de apoio (Czaja et al., 2018; Marziali & Garcia, 2011), técnicas de identificación de actividades pracenteiras, técnicas de comunicación e técnicas de relaxación (Alma et al., 2010; Meyer et al., 2020).

Discusión

A pesar das lixeiras melloras nalgúns dos distintos problemas de saúde analizados, a presente revisión bibliográfica sistemática pon de manifesto unha elevada variabilidade nos resultados atopados. Así, é necesario atender a cada estudo para poder extraer unhas conclusións máis axeitadas sobre a súa eficacia en canto aos problemas de saúde que examinan. Analizando os posibles motivos que subxacen a esta variabilidade, destaca a existencia dunha importante heteroxeneidade nas actividades propostas, nas técnicas empregadas, nos obxectivos formulados ou nos instrumentos de avaliación seleccionados. Con todo, tal e como afirman Reis et al. (2018) ou Teahan et al. (2020), este fenómeno é un elemento común neste campo de estudo. Ademais de condicionar os resultados, esta variabilidade considerable tamén dificulta a análise e a comparación dos traballos.

Onde si semella haber consenso é na periodicidade das sesións, xa que a maioría de intervencións realizan unha por semana (salvo Martín-Carrasco et al., 2014; e Wang et al., 2012; que presentan expresamente intervencións con sesións cada dúas semanas); e en todas, as mulleres ocupan un papel central nos coidados. Nesta liña, outros traballos coma os de Hinton et al. (2019) ou Teahan et al. (2020) informan de datos semellantes nas intervencións que analizan. Outro elemento examinado nas intervencións pola literatura científica é o formato no que se imparten (i.e. *presenciais ou non presenciais*). Na presente revisión todas as intervencións foron de carácter presencial, salvo no caso de Czaja et al. (2018), que combinan a presencialidade con intervencións telefónicas; e no de Marziali e Garcia (2011), que realizan as intervencións por internet (i.e. *chat vs. videoconferencia*). Malia que na presente revisión predomina o formato presencial, isto débese a que non se tivo en conta esta variable á hora de establecer os criterios de inclusión e exclusión. Así, hai traballos que tampouco teñen en conta o formato á hora de analizar intervencións (Akarsu et al., 2019; Reis et al., 2018), mentres que outros si establecen criterios de exclusión en relación a isto, coma o caso de McKechnie et al. (2014), que analizan só intervencións nunha modalidade online.

Se se examinan os obxectivos perseguidos polas intervencións da presente revisión, estes centráronse principalmente na sobrecarga, na calidade de vida ou benestar, na depresión,

no estrés, e na autoeficacia, aínda que tamén se abordaron aspectos coma o apoio social, a saúde mental, as estratexias de afrontamento ou coñecementos sobre o Alzheimer. Na súa maioría, estes obxectivos coinciden cos de diversas intervencións analizadas por múltiples revisións sistemáticas. Nelas recóllese que os obxectivos desas intervencións adoitan centrarse en variables como a depresión (Akarsu et al., 2019; Brooks et al., 2018; Gilhooly et al., 2016; Hinton et al., 2019; Reis et al., 2018; Santos et al., 2011; Teahan et al., 2020), a sobrecarga (Brooks et al., 2018; Gilhooly et al., 2016; Hinton et al., 2019; Reis et al., 2018; Santos et al., 2011; Teahan et al., 2020), a ansiedade ou estrés (Brooks et al., 2018; Gilhooly et al., 2016; Reis et al., 2018; Santos et al., 2011), a calidade de vida ou benestar (Brooks et al., 2018; Gilhooly et al., 2016; Hinton et al., 2019; Reis et al., 2018; Santos et al., 2011; Teahan et al., 2020) ou a autoeficacia (Hinton et al., 2019; Reis et al., 2018; Tang & Chan, 2016), entre outras.

No relativo ás actividades que se desenvolven en cada intervención, tal e como se comentou previamente, existe un importante grao de heteroxeneidade que dificulta a comparación entre elas. Como consecuencia, redúcense as posibilidades de obter conclusións axeitadas sobre a eficacia de cada actividade, e en última instancia, tamén da intervención completa. Ademais, na literatura científica é frecuente non describir con detalle as actividades que se desenvolven dentro de cada intervención, polo que é complicado establecer comparacións máis alá das realizadas coas intervencións desta revisión.

Outro elemento común entre as intervencións en canto ás actividades é o feito de que non se indican as limitacións ou dificultades que puideron xurdir durante súa implantación. Esta información é relevante para poder replicar esas intervencións, ou para realizar outras con algunha desas actividades propostas. Ademais, é necesario destacar que en ningún dos traballos analizados se xustifican teoricamente as actividades expostas. Polo tanto, tampouco queda patente en base a que principios se propoñen, nin os motivos polos que se realizan. Este feito constitúe unha notable deficiencia á hora de realizar este tipo de intervencións, xa que unha das características que as definen é a súa fundamentación na teoría e na investigación psicosociais (Morales & Sabucedo, 2015).

Na análise das técnicas propostas polas intervencións da presente revisión para abordar os problemas de saúde destacan a psicoeducación, os grupos de apoio, as técnicas de comunicación, a programación de actividades pracenteiras e as técnicas de relaxación. Estas estratexias tamén coinciden coas que rexistra a literatura científica neste tipo de intervencións.

Así, a psicoeducación recóllese como estratexia nas intervencións analizadas por Akarsu et al. (2019), Brooks et al. (2018), Gilhooly et al. (2016), Hinton et al. (2019), Reis et al. (2018), Santos et al. (2011) e Teahan et al. (2020); os grupos de apoio nas analizadas por Akarsu et al. (2019), Hinton et al. (2019), Gilhooly et al. (2016), Reis et al. (2018), Santos et al. (2011) e Teahan et al. (2020); as técnicas de comunicación nos traballos analizados por Akarsu et al. (2019), Brooks et al. (2018), Hinton et al. (2019) e Teahan et al. (2020); as técnicas de programación de actividades pracenteiras nos analizados por Hinton et al. (2019), Reis et al. (2018) e Teahan et al. (2020); e as técnicas de relaxación nos analizados por Akarsu et al. (2019), Hinton et al. (2019), Reis et al. (2018), Santos et al. (2011) e Teahan et al. (2020).

Outras estratexias de intervención recollidas polas anteriores investigacións foron a adquisición de novas estratexias de afrontamento (Akarsu et al., 2019; Brooks et al., 2018; Gilhooly et al., 2016; Hinton et al., 2019; Reis et al., 2018; Santos et al., 2011; Teahan et al., 2020), as estratexias de resolución de problemas (Akarsu et al., 2019; Brooks et al., 2018; Hinton et al., 2019; Reis et al., 2018; Teahan et al., 2020), a realización de exercicio físico (Hinton et al., 2019; Teahan et al., 2020) ou as estratexias de adestramento en habilidades sociais (Reis et al., 2018), entre outras.

Se se presta atención ás intervencións examinadas na presente revisión sistemática, apréciase que están compostas por múltiples estratexias (i.e. *intervencións multicompoñente*). A pesar disto, son clasificadas como "intervencións psicosociais". Esta confusión tamén acontece noutros traballos externos á revisión, e supón unha importante deficiencia, xa que se empregan como sinónimos sen selo realmente. Ademais, se se atende minuciosamente a este feito, pódese apreciar que é habitual non proporcionar unha definición explícita sobre calquera das intervencións anteriores. Esta indefinición é un dos elementos que está detrás da falta de consenso sobre o que son as intervencións psicosociais, dando lugar a que "as intervencións psicosociais estean suxeitas múltiples interpretacións" (Schoenmakers et al., 2010b, p. 51).

Estas serias imprecisións repercuten no deseño e realización deste tipo de programas. Así, córrese o risco de presentar intervencións denominadas como "psicosociais", e que se cadra, pouco teñan que ver. Un claro exemplo atópase en van Mierlo et al. (2011), onde se delimitan as intervencións psicosociais a "todas aquelas intervencións non farmacolóxicas que pretendan apoiar ás persoas coidadoras de maiores con demencia no cumprimento das tarefas propias do rol e na mellora da súa calidade de vida" (p. 2); o mesmo acontece con autores como Mavandadi et al. (2017), que indican que as "intervencións psicosociais son as compostas por

técnicas coma o adestramento en xestión do comportamento, adestramento en habilidades individuais/grupais, *counseling* ou xestión de casos" (p. 2); ou Qiu et al. (2019), que definen as intervencións psicosociais como "actividades físicas, cognitivas ou sociais destinadas a abordar un problema sanitario ou social" (p. 2). Deste xeito, calquera intervención que cumpra eses criterios podería ser categorizada como psicosocial, sen realmente selo. E, como consecuencia, se varias intervencións se clasifican da mesma forma, pero son considerablemente distintas, as comparacións e as conclusións que se poidan derivar delas non serán correctas. En última instancia, a evidencia científica ao respecto será feble. Neste senso, Reis et al. (2018) afirman o seguinte:

> Pódese inferir que a falta dun modelo de intervención estandarizado (ou con características comúns) pode contribuír á non consonancia dos resultados entre os estudos, xa que a execución dunha intervención require dunha base científica que apunte a construír co mellor modelo, para obter os mellores resultados. (p. 653)

Polo tanto, e tal e como destacan Gilhooly et al. (2016), faise conveniente establecer uns límites que permitan definir e xustificar teoricamente as intervencións psicosociais. Deste xeito, as análises e comparacións presentarán maior precisión, e os resultados e as conclusións obtidas serán máis rigorosos.

No entanto, a indefinición das intervencións psicosociais non foi a única dificultade atopada, polo que é necesario comentar algunhas outras limitacións importantes que deben terse en conta na análise deste traballo: a) no proceso de busca, constátase a existencia dun elevado número de estudos que non proporcionan unha descrición da intervención, ou de facelo, non indican elementos como o número de sesións, a duración das mesmas, a súa organización, as temáticas abordadas, as accións realizadas, ou o formato da mesma; este feito dificulta tanto a replicación desas intervencións, como a posibilidade de realizar comparacións entre elas; b) existe unha desproporción na distribución da mostra por sexo, sendo maioritario o feminino, o que implica que os resultados poden ser pouco representativos para o sexo masculino; c) existen omisións na presentación de certas características da mostra dos artigos, que dificultan a realización dunha análise rigorosa e exhaustiva; d) constátase unha elevada variabilidade tanto nas actividades como nas estratexias de intervención, o que dificulta coñecer a eficacia de cada unha nos problemas de saúde estudados; e por último, e) só catro das intervencións (Chu et al., 2011; Czaja et al., 2018; Martín-Carrasco et al., 2014; Meyer et

al., 2020) realizaron avaliacións posteriores de seguimento, polo que se descoñece o mantemento dos cambios a longo prazo atopados nos demais de estudos analizados.

Por último, é necesario destacar que nas intervencións analizadas non predomina un papel activo das persoas participantes como suxeitos transformadores da súa realidade. Tal e como indican Hombrados-Mendieta e Gómez-Jacinto, "a través da participación, os individuos poden lograr o control sobre as súas circunstancias e sobre o seu propio desenvolvemento persoal" (2001, p. 62). Polo tanto, semella apropiado deseñar programas que se asenten nos principios da psicoloxía da intervención social e comunitaria, por perseguiren eses fins. Así, ábrese a posibilidade para que futuras intervencións empreguen novos modelos teóricos na abordaxe dos distintos problemas de saúde das persoas coidadoras. Con elas non só se superarán as limitacións comentadas anteriormente, que fan interpretar con cautela os resultados das actuais intervencións, senón que tamén se ofrecen novas solucións a un problema crecente nun futuro próximo, como son as repercusións na saúde de coidar a xente maior dependente con demencia.

Proposta de intervención "PROXECTO ATENEO: atendendo a quen coida"

Antecedentes e xustificación teórica

Coidar a maiores dependentes é, con frecuencia, un labor que esixe unha elevada dedicación. Segundo o IGE (2018), o 65.71% dos galegos e galegas con 75 ou máis anos presenta dependencia. Se se ten en conta, tal e como se indicou na Introdución do presente traballo, que unha das principais causas de dependencia no mundo entre a xente maior é a demencia (OMS, 2017), cabe agardar que exista nos vindeiros anos, en Galicia, un número importante de persoas coidadoras (informais) de maiores dependentes con demencia.

O curso clínico das demencias adoita seguir un deterioro funcional progresivo. Como consecuencia, os coidados que requiren as persoas que as padecen tamén se incrementan. Con este aumento gradual nas atencións que precisan, as persoas que as coidan experimentan unha falta de control sobre as súas vidas que crece paulatinamente. En moitas ocasións, esta crecente e constante dedicación nos coidados das persoas maiores fai que a capacidade física e mental de quen coida se vexa superada, chegando a conformar unha situación coñecida como "síndrome do coidador queimado" (Martínez-Pizarro, 2020). Os principais síntomas que a caracterizan son: estrés, ansiedade, depresión, cansazo, falta de enerxía, indefensión, esgotamento continuo, dificultade de concentración, irritabilidade, insomnio, imposibilidade de relaxarse, palpitacións, cefaleas, cambios frecuentes de humor, apatía constante, tensión emocional, desesperanza, illamento social, insatisfacción das necesidades propias ou o abandono das actividades de lecer ou que causan agrado (López et al., 2009).

Se se analiza a asistencia sanitaria que reciben, Mateos et al. (2010) indican que a atención ás persoas coidadoras adoita estar excluída dos servizos sanitarios na maior parte de España. Ademais, estes autores tamén indican que esta tarefa se deixa frecuentemente nas mans das asociacións de familiares de pacientes con Alzheimer, mediante numerosas iniciativas psicosociais. Con todo, en Galicia, dende a Consellería de Política Social, o organismo competente en materia de asuntos sociais do Goberno Autonómico, ofértanse algúns recursos para este colectivo. Os servizos presentados gardan relación con libranzas económicas de coidados no contexto familiar, un servizo de información e asesoramento telefónico, servizos de formación non formal sobre demencias, publicacións informativas sobre os coidados, servizos de coidado físico (v.g. *ximnasia, programas de mantemento*) ou servizos de respiro (Consellería de Política Social, 2021).

Con todo, ademais de non achegar información sobre como se desenvolven, a súa idoneidade pode ser discutida. Así, por un lado, existen traballos que chegan a cuestionar a eficacia destas prestacións. Un claro exemplo é o servizo de respiro, no que autores como Vandepitte et al. (2019) afirman que se teñen documentado "efectos adversos inesperados nas persoas coidadoras e nas coidadas (redución da calidade do sono no caso das persoas coidadas cando son admitidas no recurso, e incrementos na sobrecarga e estrés nas persoas coidadoras ao retornar do período de descanso)" (p. 1535). E por outro lado, queda patente que estes servizos non se axustan á realidade dos coidados continuados por seren de carácter puntual.

Polo tanto, ante as importantes repercusións que ten o labor de coidar na saúde de quen o realiza, e examinando a atención sociosanitaria que reciben as persoas coidadoras, queda patente a necesidade de deseñar e implantar programas que aborden esta problemática dunha forma integral, e así poder ofertar unha resposta máis ampla que ampare ás persoas coidadoras.

As intervencións que se asentan nos principios da psicoloxía social e comunitaria (i.e. *intervencións psicosociais*) perseguen a promoción integral do desenvolvemento humano, entendéndoo como "o desenvolvemento harmónico das capacidades potenciais (persoais ou comunitarias) na interacción dinámica co entorno material e psicosocial baixo a dirección do suxeito" (Sánchez, 2015, p. 1240). Este tipo de intervencións caracterízanse por promover a participación activa das persoas nos programas coa intención de que sexan protagonistas do seu propio cambio, o que facilita a recuperación do control sobre as súas circunstancias vitais.

Unha estratexia frecuentemente empregada na psicoloxía da intervención social e comunitaria é o empoderamento (Rappaport, 1981, 1985a; Rappaport et al., 1984; en Rappaport, 1987). O empoderamento incide no sentido de control persoal (locus de control, autoeficacia e motivación da competencia), na comprensión crítica do entorno e nos esforzos por exercer o control sobre a propia vida (Zimmerman, 2000). Tendo en conta as diversas problemáticas que definen a síndrome do coidador queimado, calquera persoa coidadora que experimente un proceso de empoderamento terá máis capacidades e habilidades relacionadas con: "un sentido persoal de control, unha conciencia crítica co entorno e os comportamentos necesarios para exercer o control" (Zimmerman, 2000, p. 47).

A maiores, as persoas poden proveerse de axuda mutua e outros recursos mediante o apoio social. Dependendo do modelo de estudo en cuestión (Hombrados-Mendieta, 2013), o apoio social pode actuar potenciando o benestar e a saúde (segundo o modelo de efectos

principais), ou pode amortecer dos efectos negativos do estrés sobre o individuo (segundo o modelo de efectos protectores). As intervencións psicosociais que o potencian dotarán, por un lado, de contextos que permitan esa actuación do apoio social, ben sobre o benestar e a saúde, ou ben sobre o estrés dos problemas propios da síndrome do coidador queimado; e polo outro, de espazos que aumenten un contacto social inicialmente reducido (diminuíndo os sentimentos de soidade).

As intervencións psicosociais tamén poden promover procesos de participación cidadá na comunidade, que incidan nunha maior visibilidade das problemáticas da síndrome do coidador queimado. Tendo en conta que a dedicación progresivamente maior nos coidados reduce a participación social, e como consecuencia, tamén diminúe o sentido de comunidade, poden realizarse accións sociais que promovan a participación cidadá das persoas coidadoras. Deste xeito, promóvese tanto a autonomía e o desenvolvemento persoal, así como a recuperación do control sobre as súas circunstancias (Hombrados-Mendieta & Gómez-Jacinto, 2001).

Polo tanto, constátase que a utilización do empoderamento, do apoio social e da participación cidadá ten consecuencias positivas tanto na saúde, como na recuperación das áreas do funcionamento persoal cotián que se puideron ver afectadas pola elevada dedicación nos coidados das persoas que os exercen. A maiores, non só se fai protagonistas ás persoas dos seus cambios coa súa participación activa nas actuacións deseñadas, senón que tamén poderán recuperar o control sobre o seu contexto vital.

Se ben a psicoloxía da intervención social e comunitaria presenta estratexias adicionais ás anteriores para desenvolver as súas actuacións, o empoderamento, o apoio social e a participación cidadá foron as seleccionadas para o deseño da proposta de intervención que bosquexa no presente traballo. Deste xeito, asentándose nos principios teóricos desta disciplina, preséntase o "*PROXECTO ATENEO: atendendo a quen coida*". Na Antiga Grecia, un Ateneo era un lugar de participación social onde a xente podía realizar intercambios científicos, filosóficos, sociais ou culturais. Con esta proposta de intervención búscase un propósito semellante: a creación dun espazo de participación social no que as persoas que o integren sexan suxeitos activos do cambio que desenvolverán. A maiores, *ATENEO* tamén é o acrónimo de "***aten****dendo a qu****e****n c****o****ida"*; destes dous motivos deriva a selección do nome da proposta.

No deseño do *Proxecto Ateneo* propóñense unha serie de actividades que, se ben serán debidamente fundamentadas, promoverán a participación activa das persoas coidadoras nos cambios que se produzan. Ademais, mediante o empoderamento, o apoio social e a participación cidadá da xente que participe no programa, promoverase a recuperación do control nas áreas do funcionamento cotián que se viron afectadas polas labores de coidado, ademais de proveer un entorno onde poder fortalecer o sentido de comunidade, aumentar as redes de apoio e incrementar un sentido persoal de control, pero tamén facilitará un espazo que permita a desconexión e a distracción das continuas responsabilidades asociadas aos coidados.

Contextualización

A actual proposta de intervención foi deseñada coa previsión de ser desenvolta nun concello rural. A tal efecto, considerarase concello rural aquel que non conte con ningunha Zona Densamente Poboada (ZDP) a nivel de parroquia (IGE, 2016). Este tipo de concellos presentan orzamentos máis modestos que condicionan os recursos sociais ofertados e, ademais, neles existe unha maior distribución de persoas maiores (especialmente nos das provincias orientais de Galicia), segundo informan Aldrey Vázquez e Del Río Franqueira (2014). Polo tanto, haberá tamén unha maior proporción de persoas que coiden aos seus maiores neste tipo de concellos. Ademais, a importante dispersión xeográfica propia dos concellos rurais galegos dificulta o intercambio social, polo que se pode ofertar unha posibilidade de aumentar as redes de apoio coa aplicación desta proposta de intervención psicosocial nun entorno non urbano.

Do mesmo xeito, un factor importante a ter en conta á hora de executar un proxecto é a existencia de espazos físicos onde poder levalo a cabo. Así, os concellos rurais adoitan dispoñer de instalacións cunha menor demanda de solicitudes de uso por parte da comunidade ca os concellos urbanos, e tamén é frecuente que gocen de importantes espazos abertos onde poder realizar parte das actividades que se bosquexan na actual proposta.

Deseño, programación e planificación da acción

Obxectivos

O *Proxecto Ateneo* ten como obxectivo xeral diminuír a intensidade da síndrome do coidador queimado mediante a participación activa de persoas coidadoras no programa. Deste obxectivo xeral derívanse os seguintes obxectivos específicos (Táboa 4):

Táboa 4

Obxectivos Específicos do Proxecto Ateneo

O.E.1.	- Aumentar o benestar psicolóxico mediante a realización de actividades físicas e outras que resulten agradables para reducir a ansiedade, a depresión e a sobrecarga
O.E.2.	- Estimular un adecuado locus de control a través de coñecementos sobre emocións e a súa expresión e con outras actividades.
O.E.3.	- Impulsar a realización de exercicio físico e de hábitos de vida saudables para que as persoas presenten recursos beneficiosos para a súa saúde.
O.E.4.	- Incrementar a rede de apoio para combater a soidade, compartir novas experiencias e realizar aprendizaxes vicarias.
O.E.5.	- Desenvolver novos estilos comunicativos que permitan unha mellor resolución de situacións complicadas asociadas ao coidado.
O.E.6.	- Promover espazos de participación social que sitúen ás persoas coidadoras como axentes transformadores da súa realidade, fortalecendo o sentido de comunidade.
O.E.7.	- Reforzar os coñecementos sobre demencias, sobre recursos públicos e prestacións (materiais, profesionais ou económicas) e sobre recursos de lecer ou naturais da contorna próxima para poder desenvolverse autonomamente.

Poboación destinataria

A poboación diana á que vai dirixido o *Proxecto Ateneo* é aquela conformada por persoas que exercen o labor dos coidados a maiores dependentes con demencia dun determinado concello rural. Para a admisión no programa das persoas participantes rexerán os seguintes criterios de inclusión e exclusión (Táboa 5):

Táboa 5

Criterios de inclusión e exclusión do Proxecto Ateneo

Criterios de inclusión
- Homes e mulleres que leven prestando atención (non profesionalizada) aos seus maiores durante, como mínimo, 6 meses.
- As persoas coidadas deberán ter recoñecida a situación de dependencia, e presentar un diagnóstico de calquera doenza relacionada con demencias.
- Persoas coidadoras de maiores con demencia que garden con eles un vínculo familiar.
- Persoas coidadoras empadroadas no concello de implantación do proxecto.

Criterios de inclusión
- Persoas coidadoras que teñan concedido o Servizo de Axuda no Fogar (SAF); no seu defecto, será necesario que exista outra persoa que se responsabilice da que precise os coidados. - Amosar indicios da síndrome do coidador queimado, atendendo á sintomatoloxía descrita en apartados anteriores.
Criterios de exclusión (C.E.)
- Persoas coidadoras que exerzan unha atención profesionalizada da xente maior. - Persoas coidadoras que, realizando unha atención non profesionalizada, non convivan coa persoa maior dependente con demencia; ou o tempo de coidados sexa inferior a tres horas diarias. - Estar recibindo atención psicolóxica, ou tela recibido nos 6 meses previos ao inicio do programa. - Presentar problemas de saúde mental que conformen unha entidade diagnóstica e que requiran unha abordaxe clínica.

Programación e planificación das actuacións

O *Proxecto Ateneo* organízase en sesións grupais, cun número máximo de asistentes fixado en oito persoas (o que permitirá facer grupos máis pequenos, de ser necesario). No seu deseño contémplase unha estrutura anual que comprende un total de 24 sesións grupais, fixadas cada dúas semanas (i.e. *aproximadamente, dúas sesións mensuais*) en horario de tarde. A duración prevista das mesmas estímase en 120 minutos, se ben está suxeita a variacións en función do tipo de actividade. A cantidade, duración e frecuencia das sesións debe ter en conta as dificultades de asistencia derivadas dos labores de coidado ás persoas maiores, polo que non se poden programar cunha maior intensidade. Ademais, para comprobar a eficacia do programa proxéctanse 4 avaliacións: unha inicial (na sesión 1), unha de proceso (sesión 12), unha final (sesión 24), e outra aos 6 meses de rematar o programa, de seguimento.

Todas as sesións desenvolveranse seguindo unha estrutura dividida en tres partes: sección I, sección II e sección III. Na primeira realizaranse actividades informais que permitan tanto o quecemento do grupo como a posta en contacto despois do amplo intervalo entre sesións, e un espazo de ventilación emocional alleo ao contexto dos coidados (máximo 30 minutos); na sección II, desenvolveranse as actividades que figuran nos módulos proxectados na proposta (máximo 80 minutos); e na sección III, recolleranse impresións, suxestións, dúbidas e demais aportacións que enriquezan as dinámicas do programa (10 minutos). No relativo ás sesións 1 e 2, a sección I estará destinada á presentación do programa (só na 1) e á realización de dinámicas de presentación.

As actividades que se bosquexan no *Proxecto Ateneo* clasifícanse en oito módulos. O deseño da proposta establece unha estrutura onde se alternarán e combinarán as sesións destes módulos ao longo do proxecto. Así, aínda que a continuación se presenten os oito seguidos, durante a aplicación do programa alternaranse as actividades de cada módulo (para unha maior comprensión da estrutura, pode consultarse a Figura 2 - Cronograma do *Proxecto Ateneo*):

a) Participación comunitaria na visibilidade pública de necesidades.

b) Hábitos de vida saudables.

c) Psicoeducación en emocións.

d) Habilidades de comunicación interpersoal.

e) Relatorios con profesionais.

f) Actividades de desconexión na natureza.

g) Práctica de exercicio físico.

h) Sesións de temática aberta.

No oitavo módulo, "*Sesións de temática aberta*" preténdese proporcionar un espazo común onde poder entrar en contacto as persoas participantes e establecer abertamente conversas, ou empregalo como un lugar aberto ao lecer e ocio. En última instancia, perséguese a distracción e desconexión das persoas participantes no *Proxecto Ateneo* dos labores de coidado.

Nas vindeiras táboas (Táboa 6, Táboa 7, Táboa 8, Táboa 9, Táboa 10, Táboa 11, Táboa 12 e Táboa 13) proporciónase unha descrición ampla e detallada de cada un dos módulos que se desenvolverán na sección II de todas as sesións. Nelas achégase a seguinte información: número de sesións, tipo de actividades bosquexadas, duración estimada, materiais necesarios, obxectivos do Proxecto cos que garda relación, xustificación teórica, obxectivos perseguidos pola actividade, descrición da actividade e posibles consideracións a ter en conta:

Táboa 6

Participación comunitaria na visibilidade pública de necesidades

Módulo: Participación comunitaria na visibilidade pública de necesidades			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
10 sesións	- Variable, en función da actividade de visibilidade pública deseñada polas persoas participantes.	30 min./sesión 80 min./sesión	- Cadeiras - Caderno. - Lapis/bolígrafo. - Outros en función da demanda proposta.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.1. / O.E.4. / O.E.5. / O.E.6.			
Xustificación teórica			
Mediante a participación social (Hombrados-Mendieta & Gómez-Jacinto, 2001) na comunidade incidirase nunha maior visibilidade das problemáticas da síndrome do coidador queimado. Así, deseñarase unha actuación comunitaria por parte das persoas participantes para dar visibilidade á súa problemática, conseguindo o seu empoderamento (Rappaport, 1987). Ademais, aumentará a súa participación social (reducida e limitada polos coidados prestados).			
Obxectivos perseguidos pola actividade			
Incrementar o sentido de comunidade. Promover o desenvolvemento persoal. Fomentar a autonomía mediante as accións desenvoltas. Recuperar o control sobre as circunstancias persoais. Aumentar a participación social.			
Descrición da actividade			
Na presentación do programa indicarase a necesidade de realizar unha actividade ou actuación transversal que permita dotar de visibilidade ás problemáticas e necesidades das persoas coidadoras. Desta forma, de xeito grupal desenvolverán procesos de toma de decisións sobre que actuación deseñar. No desenvolvemento desta actividade prestarase asesoramento e orientación nas accións deseñadas, así como nos pasos a seguir para poder implantar a actuación na comunidade. Posibles exemplos a desenvolver son: exposición pública con carteis informativos sobre os coidados, creación dun calendario con fotografías das persoas coidadoras realizando múltiples labores, solicitar publicamente o recoñecemento ás persoas coidadoras mediante a denominación dunha instalación, etc.			
Consideracións			
As actividades deste módulo compartirán sesións coas que se desenvolvan nos módulos *Hábitos de vida saudables*, *Psicoeducación en emocións* e *Habilidades de comunicación interpersoal*. Desenvolveranse na sección II das sesións, xusto antes que as actividades dos outros módulos. A súa duración relativa será de 30 minutos (dependerá da actividade en cuestión, e do avance da mesma). A maiores, dedicarase integramente a derradeira sesión do programa (80 minutos) a ultimar a actuación que deseñaran as persoas participantes. A actuación comunitaria será implantada nunha data seleccionada polas persoas participantes.			

Táboa 7

Hábitos de vida saudables

Módulo: Hábitos de vida saudables			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
3 sesións teórico-prácticas	- Clases expositivas. - Debates sobre as temáticas tratadas. - Xogos grupais sobre hábitos de vida saudables vs. non saudables.	50 min./sesión	- Cadeiras. - Ordenador. - Internet. - Proxector. - Taboleiro. - Cadernos. - Lapis/bolígrafos. - Papeis autoadhesivos.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.1. / O.E.3.			
Xustificación teórica			
Segundo a OMS (2021), as enfermidades non transmisibles matan a 41 millóns de persoas cada ano, sendo as principais as enfermidades cardiovasculares, o cancro, as enfermidades respiratorios e a diabetes. Para controlalas e previlas é importante centrarse na redución dos factores de risco asociados a elas (OMS, 2021). Deste xeito, faise necesario promover condutas saudables que acaben por transformarse en hábitos mediante a práctica continuada.			
Obxectivos perseguidos coa actividade			
Coñecer hábitos de vida pouco saudables. Aprender alternativas aos hábitos de vida pouco saudables. Coñecer novos comportamentos saudables. Impulsar a adquisición de novos comportamentos saudables. Fomentar o mantemento deses comportamentos para consolidalos como hábitos. Promover o autocoidado.			
Descrición da actividade			
As sesións desenvolveranse de forma dinámica, combinando a teoría con debates e reflexións que axuden a valorar a situación persoal de cada participante. Ademais, realizaranse xogos grupais sobre hábitos de vida, que permitan unha aprendizaxe interactiva e lúdica. Promoverase o desenvolvemento e a aplicación dos coñecementos aprendidos nas sesións aos contextos naturais de cada participante.			
Consideracións			
Farase un seguimento e recordatorios entre as sesións a través de aplicacións móbiles de mensaxería instantánea para coñecer a adquisición de novos comportamentos máis saudables. Relacionaranse os contidos expostos nas sesións coas demais actividades propostas no *Proxecto Ateneo*, para enxalzar os beneficios sobre a saúde dos hábitos de vida saudables.			

Táboa 8

Psicoeducación en emocións

Módulo: Psicoeducación en emocións			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
3 sesións (2 teórico-prácticas) (1 práctica)	- Clases expositivas. - Debates sobre as emocións. - Dinámicas sobre emocións. - Role-playing xenérico sobre emocións. - Role-playing sobre situacións de coidado onde aplicar os coñecementos.	50 min./sesión	- Cadeiras. - Ordenador. - Internet. - Proxector. - Taboleiro. - Cadernos. - Lapis/bolígrafos. - Cartolinas. - Tesoiras. - Papeis autoadhesivos.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.1. / O.E.2.			
Xustificación teórica			
As emocións teñen un efecto inmediato sobre a persoa que as experimenta e sobre as súas consecuencias. As súas funcións, a nivel individual e diádico son (Fischer & Manstead, 2008; en López-Zafra & Rodríguez, 2015): informar ao individuo de problemas ou oportunidades, preparar para a acción, amosar os estados mentais, recompensar ou castigar accións previas ou evocar condutas complementarias ou recíprocas. Facilitar a información necesaria á persoa permitiralle adquirir os coñecementos pertinentes para poder replicar o aprendido naquelas circunstancias onde se precise. Ademais, recoñecer as emocións permitirá unha identificación das mesmas cando se experimenten e, como consecuencia, poder executar comportamentos alternativos e máis adaptativos.			
Obxectivos perseguidos coa actividade			
Adquirir un mellor coñecemento sobre as propias emocións que se experimentan como persoas coidadoras. Identificar as emocións dos demais. Desenvolver a habilidade de regular as propias emocións. Desenvolver a habilidade de relacionarse emocionalmente de xeito positivo cos demais.			
Descrición da actividade			
Dúas das sesións desenvolverán contidos teórico-prácticos sobre as emocións, as súas funcións, as posibles clasificacións, a súa importancia e necesidade e os comportamentos máis frecuentes cando se experimentan. Ademais, tanto nestas dúas sesións como na sesión derradeira (práctica) promoverase a participación en dinámicas grupais sobre emocións, para identificalas, expresalas e comprender as funcións que cumpren nas circunstancias que se evoquen. A maiores, fomentaranse debates en función das temáticas abordadas e desenvolveranse role-playing sobre situacións onde se experimenten emocións, para desenvolver habilidades que permitan a súa xestión adaptativa e realizar comportamentos alternativos máis adecuados.			
Consideracións			
Na sección I das sesións desenvolveranse actividades grupais e informais sobre emocións (v.g. *colgar papeis autoadhesivos con emocións, xogos sobre emocións*), para poder entrar en contacto as persoas participantes. Dos comentarios e datos que proporcionen poderase extraer información para ser empregada na sección II, e personalizala máis ás necesidades do grupo.			

Táboa 9

Habilidades de comunicación interpersoal

Módulo: Habilidades de comunicación interpersoal			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
3 sesións (2 teórico-prácticas) (1 práctica)	- Clases expositivas. - Dinámicas sobre estilos comunicativos. - Role-playing exclusivos sobre comunicación non verbal. - Role-playing en situacións xenéricas onde aplicar os coñecementos aprendidos. - Role-playing sobre comunicacións en situacións de coidado.	50 min./sesión	- Cadeiras. - Ordenador. - Internet. - Proxector. - Taboleiro. - Cadernos. - Lapis/bolígrafos. - Papeis autoadhesivos.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.1. / O.E.5.			
Xustificación teórica			
A comunicación é a ferramenta social básica que permite a interacción entre seres vivos. Se ben existen distintos niveis de análise da comunicación (v.g. *código empregado, contexto onde se utiliza*), autores como García e Magaz (2011) establecen varios estilos ou categorías en función de determinadas características comunicativas (estilos pasivo, agresivo, asertivo e pasivo-agresivo). Dotar ás persoas destes coñecementos, así como doutras habilidades de comunicación interpersoal (v.g. *escoita activa*) e os comportamentos que as definen, facilitará a súa aprendizaxe. Así, posuiranse habilidades máis axeitadas para poder abordar os procesos comunicativos nun contexto de coidados informais.			
Obxectivos perseguidos coa actividade			
Coñecer as clasificacións da comunicación e os comportamentos que as definen. Coñecer os estilos comunicativos e as características que os definen. Adestrar e desenvolver comportamentos que subxacen a unhas axeitadas habilidades de comunicación. Resolver situacións conflitivas cunha adecuada comunicación.			
Descrición da actividade			
Dúas das sesións desenvolverán contidos teórico-prácticos sobre a comunicación, as súas funcións, as súas clasificacións, os comportamentos que definen a cada unha, os niveis de análise e outras habilidades de comunicación interpersoais valiosas que facilitan un entorno de comunicación máis tranquilo e resolutivo. Ademais, tanto nestas dúas sesións como na sesión derradeira (práctica) desenvolveranse dinámicas grupais sobre os estilos comunicativos, para identificalos, comprender as posibles consecuencias que teñan e reflexionar sobre a súa idoneidade; ademais, desenvolveranse actividades de role-playing exclusivamente de comunicación non verbal, para apreciar a súa importancia; e tamén role-playing en situacións xenéricas e noutras situacións asociadas ás labores de coidado, para facilitar o seu traslado a este tipo de situacións.			
Consideracións			
Procurarase integrar os coñecementos adquiridos nas sesións de *Psicoeducación en emocións* nestas sesións, para facilitar tamén unha adecuada expresión emocional a través da comunicación interpersoal.			

Táboa 10

Relatorios con profesionais

Módulo: Relatorios con profesionais			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
3 sesións	Relatorios, discursos e debates con: - Enfermeiro/a ou médico/a. - Fisioterapeuta. - Traballador/a social.	80 min./sesión	- Cadeiras. - Ordenador. - Internet. - Proxector. - Taboleiro dixital. - Cadernos. - Lapis/bolígrafos.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.3. / O.E.4. / O.E.7.			
Xustificación teórica			
A Teoría Atribucional de Weiner (1986; en Moya & Martínez, 2015) indica que as atribucións que realicen as persoas sobre os seus comportamentos influirán nas emocións que experimentarán e nas súas expectativas e condutas futuras. Segundo a teoría, cando unha persoa realiza unha atribución sobre a causa dun fenómeno, esta elabórase en función de 3 dimensións: locus de control (interno vs. externo), estabilidade (estable vs. inestable) e controlabilidade (controlable vs. incontrolable). Proveer información permitirá cambiar o locus de control, a estabilidade e a controlabilidade das atribucións que realicen as persoas sobre as dificultades dos coidados e comportamentos dos seus maiores, e así poder influír nas emocións, expectativas e comportamentos futuros. Ademais, tendo en conta o nesgo de autoridade (i.e. *nesgo cognitivo que consiste nunha maior confianza e influencia nas opinións e información das figuras de autoridade*) seleccionaranse a persoas expertas na temática, o que aumentará a credibilidade da información proporcionada.			
Obxectivos perseguidos pola actividade			
Aumentar o coñecemento sobre as demencias e os recursos (profesionais, materiais e económicos) asociados.			
Descrición da actividade			
Nas sesións os profesionais impartirán relatorios ou desenvolverán debates nos que se proporcionará información sobre as demencias. Cada unha delas estará dirixida polos seguintes profesionais: - Enfermeiro/a ou médico/a: abordaranse temáticas relacionadas coa variedade de doenzas que se categorizan como demencias, a súa etioloxía, o seu curso clínico, a súa medicación, etc. - Fisioterapeuta: abordaranse temáticas relacionadas coa saúde postural das persoas maiores, coa saúde postural nos movementos máis frecuentes realizados durante o coidado, a necesidade de realizar exercicio físico moderado nas persoas maiores, proporcionarase material gráfico sobre exercicios físicos e practicaranse exercicios e estiramentos físicos. - Traballador/a social: abordaranse temáticas relacionadas coa dependencia, coa solicitude de axudas materiais, económicas ou profesionais, cos posibles recursos psicosociais existentes para a atención das persoas maiores e sobre asociacións e ONG relacionadas coas demencias.			
Consideracións			
A estrutura destas sesións é idéntica á das demais: 3 seccións distintas. Os profesionais poderán botar man dos comentarios da sección I (30 min.) para o desenvolvemento da súa parte (sección II), e individualizala máis en función da información e necesidades do grupo. Os relatorios terán unha duración aproximada de 60 minutos, con 20 minutos adicionais para que as persoas participantes poidan resolver dúbidas, ben sobre a sesión, ben sobre as súas situacións particulares			

Táboa 11

Actividades de desconexión na natureza

Módulo: Actividades de desconexión na natureza			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
4 sesións	- Visitas a espazos naturais da contorna. - Rutas de sendeirismo. - Merenda/pícnic.	Variable	- Roupa de deporte. - Auga. - Outros en función da actividade.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.1. / O.E.4. / O.E.7.			
Xustificación teórica			
A Teoría da Restauración da Atención (Kaplan & Kaplan, 1989; en Mejía-Castillo et al., 2016) indica que existen lugares ou escenarios que favorecen a recuperación psicolóxica dos individuos, despois de enfrontárense a situacións de fatiga mental. En determinados estudos que empregan esta teoría (Hernández & Hidalgo, 2005; Kaplan & Kaplan, 1989; en Mejía-Castillo et al., 2016) tense comprobado que se perciben maiores calidades restauradoras naqueles contextos naturais onde existe a presenza de vexetación e auga. Deste xeito, realizaranse actividades de desconexión dos contextos de coidados en espazos naturais da contorna da vila onde se desenvolva o *Proxecto Ateneo*, para favorecer a recuperación psicolóxica.			
Obxectivos perseguidos pola actividade			
Aumentar o coñecemento sobre os recursos naturais da contorna. Promover espazos e intervalos temporais de desconexión dos coidados. Desenvolver novas oportunidades de interacción social. Aumentar o benestar. Diminuír a ansiedade, a sobrecarga e a depresión.			
Descrición da actividade			
Realizaranse visitas a espazos naturais da contorna que permitan poñer en valor a proximidade dos recursos das persoas coidadoras. Neses espazos naturais poderanse realizar diversas actividades que promovan a interacción social, a práctica de exercicio moderado, actividades de relaxación, rutas de sendeirismo, o coñecemento de información relativa ao lugar, dinámicas de repaso dos coñecementos aprendidos no programa, resolución de dúbidas nun contexto máis relaxante, a realización de merendas ou pícnics, etc.			
Consideracións			
A proposta e selección dos espazos naturais será realizada polas persoas asistentes do proxecto. Na selección dos espazos naturais será necesario ter en conta as posibles limitacións de mobilidade das persoas participantes e as condicións meteorolóxicas. Resérvase unha sesión en espazos naturais para desenvolver unha das actividades de *Práctica de exercicio físico* ao aire libre. O material necesario é variable, xa que está en función do lugar visitado en cada unha das sesións programadas.			

Táboa 12

Práctica de exercicio físico

Módulo: Práctica de exercicio físico			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
4 sesións	- Ioga. - Baile e música. - Camiñadas. - Estiramentos. - Actividades con balóns.	80 min./sesión	- Roupa de deporte. - Auga. - Outros en función da actividade.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.1. / O.E.3. / O.E.4.			
Xustificación teórica			
O *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world* (OMS, 2018) indica que actividade física regular axuda a previr e a tratar as enfermidades non transmisibles como as cardiopatías, os accidentes cerebrovasculares, a diabetes e o cancro de mama ou de colon. Tamén axuda a previr a hipertensión, a obesidade, e pode mellorar a saúde mental a calidade de vida e o benestar (OMS, 2018). Tendo isto en conta, e seguindo un dos obxectivos estratéxicos do anterior documento, queda patente a necesidade de desenvolver actividades que incidan na práctica de exercicio físico.			
Obxectivos perseguidos pola actividade			
Coñecer distintas posibilidades de exercicio físico. Promover espazos de interacción social. Fomentar a práctica de exercicio físico. Aumentar o benestar. Reducir a sobrecarga, a ansiedade e a depresión.			
Descrición da actividade			
Desenvolveranse actividades deportivas e outros exercicios físicos de intensidade moderada, adaptados ás persoas participantes no programa. Fomentarase a cooperación na súa realización, e seleccionaranse aqueles que promovan a realización de actividades lúdicas e de lecer. Preferentemente, bosquéxanse o ioga, a danza, os estiramentos e actividades con balóns. Tamén se fomentará a realización de camiñadas, ben noutros módulos do programa (*Actividades de desconexión na natureza*), ben por conta propia fóra das sesións.			
Consideracións			
Promoverase que sexan as persoas participantes as que realicen propostas sobre que actividades físicas realizar. Aínda así, existirá unha programación de posibles actividades físicas para desenvolver, mais serán as persoas coidadoras as que decidan cales practicar. As actividades fomentarán a consecución de metas mediante a cooperación e a práctica de exercicio en equipo. Priorizaranse aquelas de carácter lúdico e ameno. Teranse en conta as limitacións de mobilidade das persoas á hora de realizar a práctica física. Buscarase a realización de actividades que se poidan desenvolver con sinxeleza nos fogares das persoas participantes, para facilitar a súa práctica neles, polo que non serán necesarios materiais demasiado específicos.			

Táboa 13

Sesións de temática aberta

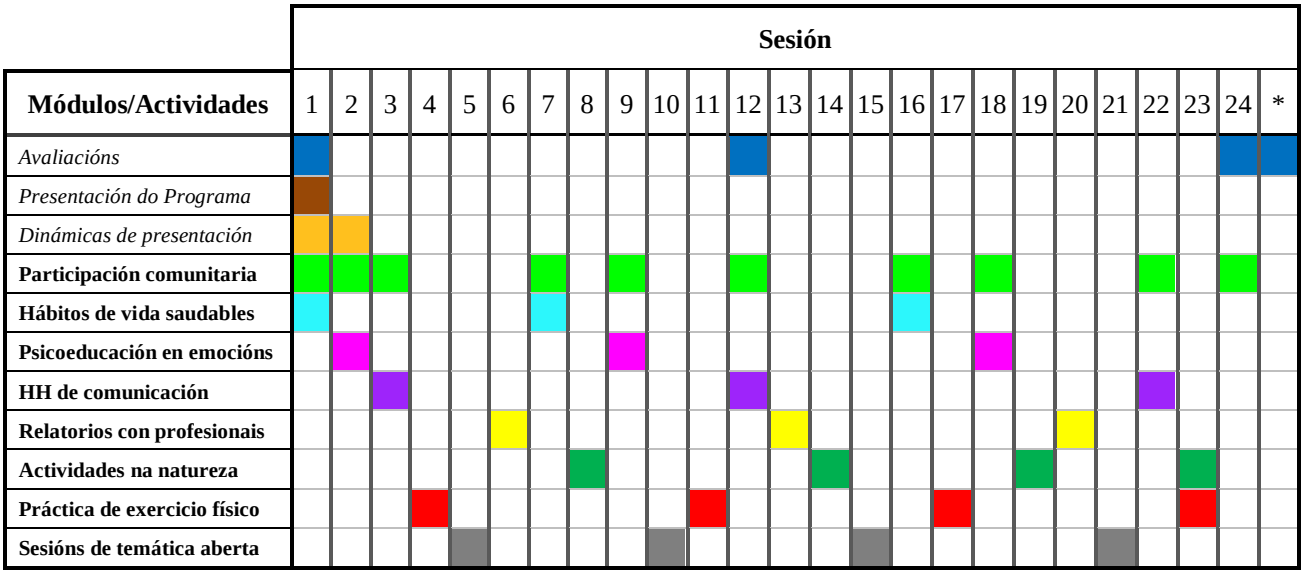
Módulo: Sesións de temática aberta			
Nº sesións	*Tipo de actividades*	*Duración*	*Materiais*
4 sesións	- Non se prevé ningunha actividade en específico.	80 min./sesión	- Non é necesario ningún material concreto.
Obxectivos do Proxecto Ateneo cos que garda relación a actividade			
O.E.1. / O.E.4.			
Xustificación teórica			
Tendo en conta a sintomatoloxía da síndrome do coidador queimado, é necesario ofrecer un contexto distinto ás persoas que coidan para poder apartarse das responsabilidades que teñen no seu fogar. Deste xeito, faise necesario a creación dun contexto que permita saír da casa e realizar actividades de interacción social, sen estar estas fixadas con antelación. Así, dótase dun espazo para que as persoas poidan abandonar o lugar dos coidados e participar no proxecto, realizando as actividades que desexen.			
Obxectivos perseguidos pola actividade			
Promover espazos de interacción social. Fomentar o autocoidado. Realizar actividades de lecer e outros xogos. Aumentar o apoio social. Fortalecer a cohesión grupal.			
Descrición da actividade			
As persoas participantes acudirán ás sesións e poderán realizar nelas as actividades que desexen. Así, contémplase dende tomar unha merenda entre todas as persoas, realizar bailes, debates sobre situacións persoais, presentar dúbidas en público, xogar a xogos tradicionais ou de mesa, etc.			
Consideracións			
As persoas serán avisadas con antelación deste tipo de sesións, por se non fosen do seu interese, para que poidan actuar en consecuencia e atender outros asuntos persoais.			

É necesario destacar que se contempla o emprego de aplicacións móbiles de mensaxería instantánea (coas autorizacións oportunas), coa finalidade de axilizar e promover unha comunicación máis rápida. A súa utilización permitirá manter o contacto entre sesións por parte das persoas coidadoras, así como realizar consultas e resolver dúbidas sinxelas sen agardar á sesión correspondente, compartir información de interese ou organizarse entre elas para o que sexa necesario. Nesta liña, en canto aos desprazamentos necesarios ás instalacións ou espazos nos que se desenvolverán as actividades, non se contempla a prestación de ningún servizo de transporte asociado ao programa. Así, as persoas participantes poderán xestionalos entre elas de forma autónoma, o que lles permitirá compartir outros espazos fóra do programa e fortalecer os vínculos creados nel.

Por último, para esquematizar a programación das actividades, achégase un cronograma coa estrutura do *Proxecto Ateneo* (Figura 2):

Figura 2

Cronograma do Proxecto Ateneo.



Nota: No cronograma só se indica a Sección II (na que se desenvolven os módulos) das tres nas que se dividen as sesións do programa.

Nota: A sesión "*" é a avaliación de seguimento aos 6 meses.

Relación de recursos necesarios

Para o desenvolvemento do *Proxecto Ateneo* é necesario dispoñer dunhas instalacións (e.g. *aula*, *cuarto*, *salón de actos*) nas que se realizarán as principais actividades. Ao inicio do mesmo, proveerase a todas as persoas dun caderno e dun bolígrafo. Ademais destes materiais, para unha óptima execución da proposta é necesario:

- Conexión a Internet.
- Ordenador.
- Proxector.
- Taboleiro/taboleiro dixital.
- Rotuladores/xices (en función do taboleiro dispoñible).
- Cadeiras e mesas.
- Cartolinas, tesoiras, papeis autoadhesivos e outros materiais de papelería..
- Balóns, cordas, esteiras e outros materiais que posibiliten a práctica de exercicio físico.

A maiores cómpre ter en conta que haberá sesións que impliquen actividade física (i.e. *módulos de Actividades de desconexión na natureza e Práctica de exercicio físico*), polo que será necesaria roupa que permita realizar exercicio físico e auga.

No relativo ao módulo de *Participación comunitaria na visibilidade pública de necesidades* non se pode especificar o material necesario, xa que este variará en función das actividades e actuacións que decidan desenvolver as persoas coidadoras participantes no *Proxecto Ateneo*.

No que atinxe aos recursos humanos, dadas as características do mesmo é indispensable unha persoa con formación en psicoloxía (é desexable, ademais, que teña coñecementos sobre intervención social, ademais doutros en materia de demencias). Adicionalmente, necesitarase outra persoa con formación en intervención social (i.e. *traballo social*, *educación social*), que permitirá dotar á proposta con distintos enfoques e modelos de actuación, posibilitando a realización de actuacións máis completas e integrais.

Avaliación da intervención

Na avaliación dos resultados do proxecto empregaranse distintos mecanismos: instrumentos estandarizados e indicadores dos obxectivos específicos do programa. No que se refire aos instrumentos estandarizados (Táboa 14), serán aplicados segundo figura no cronograma (tamén se administrará, na primeira sesión, un cuestionario de información sociodemográfica, que recollerá, entre outras variables, a relación familiar, as horas diarias dedicadas aos coidados e o tempo coidando).

Táboa 14

Instrumentos de avaliación

Instrumento	Variable analizada	Código do obxectivo avaliado
Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 (Broadhead, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1988; adaptación española de Cuéllar-Flores & Dresch, 2012).	Apoio social percibido	O.E.4.
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Van Dierendonck, 2004; adaptación española de Díaz et al., 2006).	Benestar psicolóxico	O.E.1. - O.E.2.
Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión – 10 (Andresen et al., 1994; adaptación española de Robinson et al., 2002)	Depresión	O.E.1. - O.E.2.

Instrumento	Variable analizada	Código do obxectivo avaliado
Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983; adaptación española de Remor, 2006).	Estrés	O.E.1. - O.E.2.
Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit Caregiver Burden Interview; ZBI) (Zarit et al., 1980; adaptación española de Martín et al., 1996).	Sobrecarga	O.E.1. - O.E.2.

No que respecta aos indicadores que avaliarán o cumprimento dos obxectivos específicos formulados, a continuación achégase a seguinte táboa ilustrativa (Táboa 15). Nela achéganse os indicadores propostos e os obxectivos que se perseguen e cos que se relacionan (a consecución dos indicadores acumulará evidencias que servirán como indicios para o cumprimento final de cadanseu obxectivo específico):

Táboa 15

Indicadores avaliativos do Proxecto Ateneo

Denominación do indicador	Código do obxectivo relacionado
Aplicar as aprendizaxes comunicativas nos contextos dos coidados.	O.E.1. - O.E.5.
Aumentar a visibilidade das súas propias problemáticas como persoas coidadoras.	O.E.1. - O.E.2. - O.E.6. - O.E.7.
Desenvolver a actividade comunitaria deseñada no módulo de *Participación comunitaria na visibilidade pública de necesidades* (participar en 7/10 sesións).	O.E.1. - O.E.2. - O.E.4. - O.E.5. - O.E.6. - O.E.7.
Dirixirse ao recurso apropiado cando xorda unha necesidade relacionada coa situación de coidados.	O.E.7.
Incrementar a capacidade de identificación de emocións nos demais.	O.E.1. - O.E.2.
Incrementar as saídas e desprazamentos a pé.	O.E.1. - O.E.3.
Participar frecuentemente no módulo de *Actividades de desconexión na natureza* (3/4 sesións).	O.E.1. - O.E.2. - O.E.3. - O.E.7.
Participar frecuentemente no módulo de *Habilidades de comunicación interpersoal* (2/3 sesións).	O.E.1. - O.E.4. - O.E.5.
Participar frecuentemente no módulo de *Hábitos de vida saudables* (2/3 sesións).	O.E.1. - O.E.3. - O.E.4.
Participar frecuentemente no módulo de *Práctica de exercicio físico* (3/4 sesións).	O.E.1. - O.E.3. - O.E.4.

Denominación do indicador	Código do obxectivo relacionado
Participar frecuentemente no módulo de *Psicoeducación en emocións* (2/3 sesións).	O.E.1. - O.E.2. - O.E.4.
Participar frecuentemente no módulo de *Relatorios con profesionais* (2/3 sesións).	O.E.4. - O.E.7.
Participar frecuentemente no módulo de *Sesións de temática aberta* (3/4 sesións).	O.E.1. - O.E.3. - O.E.4.
Planificar e realizar actividades grupais de sendeirismo fóra do proxecto.	O.E.1. - O.E.2. - O.E.3. - O.E.4. - O.E.7.
Planificar visitas a espazos naturais de forma allea ao programa.	O.E.1. - O.E.2. - O.E.3. - O.E.7.
Recoñecer emocións propias cando se experimenten.	O.E.1. - O.E.2.
Recuperar a participación en eventos sociais e lúdicos.	O.E.1. - O.E.2. - O.E.3. - O.E.4. - O.E.6. - O.E.7.
Resolver situacións conflitivas co uso consciente da comunicación verbal e non verbal.	O.E.1. - O.E.5.
Xogar a xogos de mesa, realizar merendas ou relacionarse con outras persoas fóra do contexto dos coidados.	O.E.1. - O.E.3. - O.E.4.

Resultados agardados

A eficacia do programa está avalada polas teorías coas que se deseñou. Apréciase que a descrición minuciosa das actividades permite coñecer tanto os obxectivos propios de cada unha, como os obxectivos específicos do programa cos que se relacionan. Polo tanto, cabe agardar que se consigan, non só porque estas actuacións están deseñadas *ad hoc*, senón porque se propoñen indicadores e instrumentos de avaliación moi próximos aos obxectivos específicos do programa. E como consecuencia, espérase conseguir o obxectivo xeral de diminuír a intensidade da síndrome do coidador queimado.

Con todo, é importante prever posibles dificultades que poidan interferir nos resultados. Así, é necesario ter en conta a posibilidade de que se produzan baixas ou unha importante taxa de absentismo, como consecuencia da elevada atención que precisan as persoas coidadas pola xente que participe no programa. A tal efecto, estableceranse mecanismos que permitan identificar e tratar os cuestionarios ao longo das avaliacións, sen que isto repercuta na identificación das persoas que os cubran (v.g. *identificar os cuestionarios cun código anónimo, persoal e intransferible, que utilizará cada participante en todos os cuestionarios que cubra*).

Conclusións

O *Proxecto Ateneo* pretende ofrecer unha resposta integral aos problemas de saúde das persoas coidadoras de xente maior dependente con demencias. Para logralo, emprega múltiples actividades que se desenvolven en módulos ao longo das 24 sesións grupais que comprende o programa. Aínda que son de moi diversa índole, os principios reitores da proposta seguen teorías da psicoloxía social e comunitaria, que poñen o foco na recuperación do control das circunstancias persoais, así como na importancia de que as persoas sexan suxeitos activos na solución das súas problemáticas. E polo tanto, proporciónase unha resposta que se adapta ás problemáticas das persoas destinatarias da intervención.

Cómpre ser conscientes do ascendente número de persoas que, nas vindeiras décadas, se responsabilizarán da atención dos seus maiores, segundo as proxeccións demográficas que realizan diversos entes autonómicos, estatais e comunitarios. Ante esta crecente situación, é necesario ofrecer unha resposta aos importantes problemas de saúde que se deriven dela. En base á fundamentación teórica, agárdase que a proposta que se achega sexa efectiva nos obxectivos que persegue, mais este non é o único beneficio que presenta. Ante a ausencia de respostas eficaces por parte da Administración Pública a esta problemática, ábrese unha importante oportunidade para que, co seu financiamento, se poidan desenvolver proxectos de intervención que se fundamenten na ciencia e reduzan as consecuencias na saúde de coidar a persoas maiores. Ademais, se se presta atención aos recursos necesarios para levar a cabo o *Proxecto Ateneo*, pode apreciarse a súa elevada viabilidade, xa que non se requiren instalacións con importantes equipamentos ou materiais custosos para desenvolvelo.

Cabe sinalar que as características do programa fan del que sexa unha resposta innovadora, segura e adaptada ás necesidades da xente que coida a maiores dependentes con demencia. Mais é necesario ser conscientes de que o *Proxecto Ateneo* é unha proposta, e polo tanto, debe adaptarse á realidade do contexto onde se implante. Este é o motivo polo cal non se precisa o lugar específico onde se desenvolverá, o que obriga a deseñar actividades cunha concreción moi reducida e xenérica. Así, levar a cabo o *Proxecto Ateneo* nun lugar determinado posibilitaría unha definición máis exacta das actuacións a desenvolver, e unha maior personalización. En canto a outras limitacións, pode considerarse que o programa conta cun número elevado de sesións. Con todo, a realidade é que o carácter lúdico, informal e activo das dinámicas, xunto coa súa distribución temporal (i.e. *cada dúas semanas*), permiten unha adaptación realista ás limitacións asociadas aos coidados continuados.

Ademais destes aspectos, agárdase que trala implantación da proposta xurdan novas dificultades (inherentes ao seu desenvolvemento). Malia isto, a realidade é que estes obstáculos son propios dunha proposta que non tivo a ocasión de ser implantada, e polo tanto, cómpre ser conscientes destas limitacións á hora de analizar a intervención.

Por último, contemplando os resultados e a eficacia das intervencións existentes, é apreciable salientar a importancia de empregar marcos teóricos distintos aos utilizados habitualmente, xa que permiten proporcionar solucións innovadoras e eficaces. Así, tal e como se indica na *Acreditación Nacional del/la Psicólogo/a Experto/a de la Intervención Social* (Consejo General de la Psicología de España, 2018):

> Ao longo das tres últimas décadas, os/as profesionais da Psicoloxía da Intervención Social fóronse consolidando como figuras relevantes na mellora do benestar das persoas, grupos e comunidades, así como na resolución de problemas sociais. Polo amplo espectro que cobre a disciplina psicolóxica, os eidos de actuación foron moi diversos, ampliándose constantemente os mesmos para atender as continuas situacións emerxentes. Un efecto positivo desta situación é que coa Psicoloxía da Intervención Social ampliouse de forma moi significativa o campo de aplicación da Psicoloxía, con frecuencia enmarcada na Psicoloxía Clínica, Recursos Humanos ou Psicoloxía Educativa. (Consejo General de la Psicología de España, 2018, p. 3)

Polo tanto, pódese estudar a eficacia destas novas propostas en contextos abordados habitualmente por outros campos de estudo da psicoloxía, e coñecer tanto o seu alcance como as súas limitacións. Empregando unha boa delimitación conceptual, que naza dos principios teóricos da psicoloxía social e comunitaria, poderanse realizar comparacións entre as achegas existentes, e así favorecer o avance e a construción dun corpo científico robusto. Deste xeito non só se derivarán beneficios para as persoas destinatarias das intervencións, mediante unha resposta contrastada cientificamente que permita a atención das súas necesidades; senón que, coa aplicación de novos e distintos enfoques teóricos nestes programas de intervención, tamén se enxalza a disciplina académica coa que se deseñan: a psicoloxía.

Referencias bibliográficas

Abreu, W., Tolson, D., Jackson, G. A., & Costa, N. (2018). A cross-sectional study of family caregiver burden and psychological distress linked to frailty and functional dependency of a relative with advanced dementia. *Dementia*, *19*(2), 301-318. https://doi.org/10.1177/1471301218773842

Akarsu, N., Prince, M. J., Lawrence, V. C., & Das-Munshi, J. (2019). Depression in carers of people with dementia from a minority ethnic background: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychosocial interventions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(6), 790-806. https://doi.org/10.1002/gps.5070

Aldrey Vázquez, J. A., & Del Río Franqueira, D. (2014). Crónica de un envejecimiento anunciado: Galicia 2015-2030. En A. López Gay, E. Rojo, M. Solsona, A. Andújar, J. Cruz, R. Iglesias, J. M. Feria e A. Vahi (Eds.), *XIV Congreso Nacional de Población. Cambio demográfico y sociocultural en un contexto de crisis* (69-82). Grupo de poboación da AGE. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/agepoblacion-congresossevilla-02-2015.pdf

Alzheimer's Association (2017). Alzheimer's Association Report: 2017 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia, 13*(4), 325-373. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.02.001

Arias-Sánchez, S., Saavedra-Macías, F. J., & Avilés-Carvajal, I. (2017). El cuidado, una actividad de riesgo en tiempos de crisis: una revisión de la investigación con cuidadoras españolas. *Psicoperspectivas*, *16*(1), 42-54. https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol15-issue3-full-796

Au, A., Li, S., Lee, K., Leung, P. Pan, P., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2010). The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, *78*(2), 256-260. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.005

Blanco V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., López, L., & Vázquez, F. L. (2019). Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos.

Revista Española de Geriatría y Gerontología, *54*(1), 19-26. https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.005

Boletín Oficial del Estado (BOE). (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf

Brooks, D., Fielding, E., Beattie, E., Edwards, H., & Hines, S. (2018). Effectiveness of psychosocial interventions on the psychological health and emotional well-being of family carers of people with dementia following residential care placement: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 16*(5), 1240-1268. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003634

Cabada, E., & Martínez, V. A. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansioso depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud, 27*(1), 53-59. https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2436/4287

Cardona, D., Segura, A. M., Berberí, D. Y., & Agudelo, M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*(1), 30-39.

Cesário, V. A. C., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Claudino, K. A. (2017). Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde em Debate*, *41*(112), 171-182. https://doi.org/10.1590/0103-1104201711214.

Chappell, N. L., Dujela, C., & Smith, A. (2015). Caregiver Well-Being: Intersections of Relationship and Gender. *Research on Aging*, *37*(6), 623-645. https://doi.org/10.1177/0164027514549258

Cheng, S. T., Fung, H. H., Chan, W. C., & Lam, L. C. W. (2016). Short-Term Effects of a Gain-Focused Reappraisal Intervention for Dementia Caregivers: A Double-Blind Cluster-Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(9), 740-750. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.04.012

Cheng, S. T., Lau, R. W. L., Mak, E. P. M., Ng, N. S. S., Lam, L. C. W., Fung, H. H., Lai, J. C. L., Kwok, T., & Lee, D. T. F. (2012). A benefit-finding intervention for family

caregivers of persons with Alzheimer disease: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, *13*(1), 1-10. https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-98

Chu, S., Yang, C. Y., Liao, Y. H., Chang, L. I., Chen, C. H., Lin, C. C., & Chou, K. R. (2011). The Effects of a Support Group on Dementia Caregivers' Burden and Depression. *Journal of Aging and Health*, *23*(2), 228-241. https://doi.org/10.1177/0898264310381522

Consejo General de la Psicología de España (2018). *Acreditación Nacional del/la Psicólogo/a Experto/a de la Intervención Social*. https://www.acreditaciones.cop.es/pdf/APIntervencionSocial.pdf

Consellería de Política Social (2021). *Servizos para o coidador*. Xunta de Galicia. https://politicasocial.xunta.gal/gl/temas/maiores-e-dependencia/coidadores/servizos-para-o-coidador

Cuéllar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *1*(34), 89-101. https://www.aidep.org/03_ridep/R34/ART%204.pdf

Czaja, S. J., Lee, C. C., Perdomo, D., Loewenstein, D., Bravo, M., Moxley, J. H., & Schulz, R. (2018). Community REACH: An Implementation of an Evidence-Based Caregiver Program. *The Gerontologist*, *58*(2), e130-e137. https://doi.org/10.1093/geront/gny001

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B. Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572-577. https://www.redalyc.org/pdf/727/72718337.pdf

Eurofound (2015). *Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change*. Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1534en.pdf

EUROSTAT (2020). *Population structure and ageing.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

Fonareva, I., & Oken, B. S. (2014). Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International Psychogeriatrics*, *26*(5), 725-747. https://doi.org/10.1017/S1041610214000039

García, E. M., & Magaz, Á. (2011). *EMHAs: Escalas Magallanes de Hábitos Asertivos*. ALBOR-COHS.

Gilhooly, K. J., Gilhooly, M. L. M., Sullivan, M. P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R., & Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, *16*(106), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0280-8

Hinton, L., Tran, D., Nguyen, T.N., Ho, J., & Gitlin, L. (2019). Interventions to support family caregivers of people living with dementia in high, middle and low-income countries in Asia: a scoping review. *BMJ Global Health*, *4*(6), 1-12. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001830

Hombrados-Mendieta, M. I. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Editorial Síntesis.

Hombrados-Mendieta, M. I., & Gómez-Jacinto, L. (2001). Potenciación en la intervención comunitaria. *Intervención psicosocial*, *10*(1), 55-69. https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/68007.pdf

Instituto Galego de Estatística (IGE) (2016). *Grao de urbanización 2016 (GU 2016)*. https://www.ige.eu/estatico/pdfs/s3/clasificacions/urbanizacion/MetodoloxiaGU2016eAnexo_Modificada.pdf

Instituto Galego de Estatística (IGE) (2018). *Persoas con dependencia por sexo e idade*. https://www.ige.eu/igebdt/esqv.jsp?ruta=verTabla.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=4986&R=1[2];0[3]&C=2[1];3[2017]&F=&S=998:12&SCF=

Instituto Galego de Estatística (IGE). (2018). *Enquisa estrutural a fogares. Dependencia.* http://www.ige.eu/estatico/html/gl/ecv/PDF/Resumo_resultados_EEF_Dependencia_2017.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). *Población residente por fecha, sexo y edad*. https://www.ine.es/up/Ak7UBj7tiQ

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). *Población residente por fecha, sexo y edad. Resultados por Comunidades Autónomas*. https://www.ine.es/up/dRJ45tgZi3

López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, *2*(7), 332-339. https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf

López-Zafra, E., & Rodríguez, N. (2015). Emociones. En J. M. Sabucedo e J. F. Morales (Eds.), *Psicología Social* (81-98). Editorial Médica Panamericana.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de gerontología*, *6*(4), 338-345.

Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P., Ballesteros, J., & Grupo EDUCA. (2014). Effectiveness of a Psychoeducational Intervention Group Program in the Reduction of the Burden Experienced by Caregivers of Patients With Dementia: The EDUCA-II Randomized Trial. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, *28*(1), 79-87. https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000003

Martínez-Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, *13*(1), 97-100. https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-97.pdf

Marziali, E., & Garcia, L. J. (2011). Dementia Caregivers' Responses to 2 Internet-Based Intervention Programs. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, *26*(1), 36-43. https://doi.org/10.1177/1533317510387586

Mateos, R., Franco, M., & Sánchez, M. (2010). Care for dementia in Spain: the need for a nationwide strategy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*(9), 881-884. https://doi.org/10.1002/gps.2591

Mavandadi, S., Patel, S., Benson, A., DiFilippo, S., Streim, J., & Oslin, D. (2017). Correlates of caregiver participation in a brief, community-based dementia care management program. *The Gerontologist*, *57*(6), 1103-1112. https://doi.org/10.1093/geront/gnw127

McKechnie, V., Barker, C., & Stott, J. (2014). Effectiveness of computer-mediated interventions for informal carers of people with dementia – a systematic review. *International Psychogeriatrics*, *26*(10), 1619-1637. https://doi.org/10.1017/S1041610214001045

Mejía-Castillo, A. J., López-Suárez, A. D., Estrada, C., & Lagunes-Córdoba, R. (2016). Percepción de cualidades restauradoras de los espacios escolares de bachillerato en Xalapa, México. *Acta Colombiana de Psicología*, *19*(2), 199-209. https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.9

Meyer, O. L., Sun, M., Do, T., Ho, J. N., Dinh, B. T., Nguyen, S., & Hinton, L. (2020). Community-Engaged Research with Vietnamese Americans to Pilot-Test a Dementia Caregiver Intervention. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *35*(4), 479-492. https://doi.org/10.1007/s10823-020-09410-y

Moore, R. C., Chattillion, E. A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., Mills, P. J., Ziegler, M. G., Patterson, T. L., Grant, I., & Mausbach, B. T. (2013). A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behavior Research and Therapy*, *51*(10), 623-632. https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.005

Morales, J. F., & Sabucedo, J. M. (2015). Psicología social aplicada. En J. M. Sabucedo e J. F. Morales (Eds.), *Psicología Social* (429-446). Editorial Médica Panamericana.

Moya, M. C., & Martínez, R. (2015). Percepción de personas y la explicación de su comportamiento. En J. M. Sabucedo e J. F. Morales (Eds.), *Psicología Social* (41-58). Editorial Médica Panamericana.

Organización das Nacións Unidas (ONU). (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

Organización Mundial da Saúde (OMS) (13 de abril de 2021). *Enfermedades no transmisibles*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Organización Mundial da Saúde (OMS) (1946). *Constitution of the World Health Organization*. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1

Organización Mundial da Saúde (OMS) (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial da Saúde (OMS) (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=540B0C91124C9942FF498C1AC379C99F?sequence=1

Organización Mundial da Saúde (OMS) (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf

Qiu, D., Hu, M., Yu, Y., Tang, B., & Xiao, S. (2019). Acceptability of psychosocial interventions for dementia caregivers: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *19*(23), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1976-4

Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, *15*(2), 121-148. https://doi.org/10.1007/BF00919275

Reis, E., Novelli, M. M. P. C., & Guerra, R. L. F. (2018). Intervenções realizadas con grupos de cuidadores de idosos com síndrome demencial: revisão sistemática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *26*(3), 646-657. https://doi.org/doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR0981

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 86-93. https://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/download/SJOP0606120086A/29079/

Robinson, J., Gruman, C., Gaztambide, S., & Blank, K. (2002). Screening for Depression in Middle-Aged and Older Puerto Rican Primary Care Patients. *The Journals of Gerontology: Series A*, *57*(5), M308-M314. https://doi.org/10.1093/gerona/57.5.M308

Rodrigues, F. N. F., & Barham, E. J. (2014). Bem estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicologia, Saúde & Doenzas*, *15*(3), 635-655. http://dx.doi.org/10.15309/14psd150307

Rodrigues, F. N. F., Barham, E. J., & Pegolo, P. (2013). Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *13*(3), 1159-1181. https://doi.org/10.12957/epp.2013.8610

Rodríguez-Sánchez, E., Patino-Alonso, M. C., Mora-Simón, S., Gómez-Marcos, M. A., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A., & García-Ortiz, L. (2012). Effects of a Psychological Intervention in a Primary Health Care Center for Caregivers of Dependent Relatives: A Randomized Trial. *The Gerontologist*, *53*(3), 397-406. https://doi.org/10.1093/geront/gns086

Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Serra, L., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., & Rivera-Navarro, J. (2020). Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *86*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103952

Sánchez, A. (2015). 'Nuevos' valores en la práctica psicosocial y comunitaria: Autonomía compartida, auto-cuidado, desarrollo humano, empoderamiento y justicia social. *Universitas Psychologica*, *14*(4), 1235-1244. http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.nvpp

Santos, R. L., Barroso, M. F., Brasil, D., & Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatría Clínica*, *38*(4), 161-167. https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400009

Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010a). Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia: A systematic literature review. *Maturitas*, *66*(2), 191-200. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.02.009

Schoenmakers, B., Buntix, F., & DeLepeleire, J. (2010b). Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. *Aging & Mental Health*, *14*(1), 44-56. http://doi.org/10.1080/13607860902845533

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(3-4), 491-500. https://doi.org/10.1111/jocn.12108

Tang, W. K., & Chan, C. Y. J. (2016). Effects of psychosocial interventions on self-efficacy of dementia caregivers: a literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *31*(5), 475-493. https://doi.org/10.1002/gps.4352

Teahan, A., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O'Sullivan, L., O'Shea, D., Nicholson, E., & Fealy, G. (2020). Psychosocial Interventions for Family Carers of People With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, *32*(9), 1198-1213. https://doi.org/10.1177/0898264319899793

Teri, L., Logsdon, R. G., McCurry, S. M., Pike, K. C., & McGough, E. L. (2018). Translating an Evidence-based Multicomponent Intervention for Older Adults With Dementia and Caregivers. *Gerontologist*, *2*(60), 548-557. https://doi.org/10.1093/geront/gny122

Torres, Á., Blanco, V., Vázquez, F. L., Díaz, O., Otero, P., & Hermida, E. (2015). Prevalence of major depressive disorders in non-professional caregivers. *Psychiatry Research*, *226*(1), 333-339. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.066

Tremont, G., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Ott, B. R., Fortinsky, R., Gozalo, P., Yue, M. S., Bryant, K., Grover, C., & Bishop, D. S. (2015). Psychosocial telephone intervention for dementia caregivers: A randomized, controlled trial. *Alzheimer's & Dementia*, *11*(5), 541-548. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.05.1752

Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, *135*(1), 507-511. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015

Vaidyanathan, S., Rupesh, E., Subramanyam, A. A., Pinto, Trivedi, S., Pinto, C., & Kamath, R. (2018). Disability and caregiver burden: Relation to elder abuse. *Journal of Geriatric Mental Health*, *5*(1), 30-34. https://doi.org/10.4103/jgmh.jgmh_8_17

van Mierlo, L. D., Meiland, F. J. M., van der Roest, H. G., & Dröes, R. M. (2011). Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of

caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(1), 1-14. https://doi.org/10.1002/gps.2694

Vandepitte, S., Putman, K., van den Noortgate, N., & Verhaeghe, L. A. (2019). Effectiveness of an in-home respite care program to support informal dementia caregivers: A comparative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(10), 1534-1544. https://doi.org/10.1002/gps.5164

Vandepitte, S., van den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: a systematic review of randomized and nonrandomized controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, *52*(3), 929-965. https://doi.org/10.3233/JAD-151011

Vázquez, F. L., López, L., Blanco, V., Otero, P., Torres, A. J., & Ferraces, M. J. (2019). El impacto del refuerzo ambiental reducido en la predicción de la gravedad de la depresión en cuidadores. *Anales de Psicología*, *35*(3), 357-363. http://doi.org/10.6018/analesps.35.3.329131

Wang, L. Q., Chien, W. T., & Lee, I. Y. M. (2012). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse*, *40*(2), 210-224. https://doi.org/10.5172/conu.2012.40.2.210

Werner, P., Clay, O. J., Goldstein, D., Kermel-Schifmann, I., Herz, M. K., Epstein, C., & Mittelman, S. (2020). Assessing an evidence-based intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease: results of a community implementation of the NYUCI in Israel. *Aging & Mental Health*. https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1774740

Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. En J. Rappaport e. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (p. 43-63). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2

Índice de táboas

Táboa 1 - Descritores empregados en cada idioma 9
Táboa 2 - Criterios de inclusión e de exclusión 9
Táboa 3 - Artigos incluídos na revisión sistemática 12
Táboa 4 - Obxectivos Específicos do Proxecto Ateneo 29
Táboa 5 - Criterios de inclusión e exclusión do Proxecto Ateneo 29
Táboa 6 - Módulo: Participación comunitaria na visibilidade pública de necesidades 32
Táboa 7 - Módulo: Hábitos de vida saudables 33
Táboa 8 - Módulo: Psicoeducación en emocións 34
Táboa 9 - Módulo: Habilidades de comunicación interpersoal 35
Táboa 10 - Módulo: Relatorios con profesionais 36
Táboa 11 - Módulo: Actividades de desconexión na natureza 37
Táboa 12 - Módulo: Práctica de exercicio físico 38
Táboa 13 - Módulo: Sesións de temática aberta 39
Táboa 14 - Instrumentos de avaliación do Proxecto Ateneo 41
Táboa 15 - Indicadores avaliativos do Proxecto Ateneo 42
Táboa 16 - Resumo dos artigos incluídos na revisión sistemática 58

Índice de figuras

Figura 1 - Diagrama de fluxo da revisión sistemática empregando o modelo PRISMA (adaptado de Urrutia e Bonfill, 2010)..... 11
Figura 2 - Cronograma do Proxecto Ateneo..... 40

Anexo I

Táboa 16

Resumo dos artigos incluídos na revisión sistemática

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
Alma et al. (2010).	N = 27 (M idade = 54.15; SD = 12.46). 100% mulleres. GE; N = 13 (54% fillas, 39% esposas, 7% outro parentesco). M anos coidando = 2.53 (SD = 2.07). M horas coidando á semana = 108.62 (SD = 69.86). GC: N = 14 (50% fillas, 29% esposas, 21% outro parentesco). M anos coidando = 3.04 (SD = 1.81). M horas coidando á semana = 65.61 (SD = 61.61).	GC: Listaxe de agarda sen intervención. GE: 13 S (sesións) de 2 horas, 1 S á semana, en grupos de 5-8 persoas. Psicoeducación enmarcada na terapia cognitivo-condutual: S1: Técnicas de relaxación. S2: Educación sobre demencia, estrés e frustración. S3-5: Adestramento en habilidades de modificación condutual dos comportamentos das persoas con Alzheimer. S6-7: Psicoeducación en terapia cognitivo-condutual: relación entre pensamentos, comportamentos e emocións; identificación de antecedentes, crenzas e consecuencias; cambio de pensamentos disfuncionais. S8-9: Técnicas de comunicación. S10-11: Información sobre os servizos sociais.	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE). Chinese Way Of Coping Questionnaire (CWOC).	A eficacia da intervención foi avaliada empregando unha análise de covarianza (ANCOVA) para comparar os dous grupos con cada instrumento. Desta forma: O efecto global do tratamento sobre a depresión foi maior no GE en comparación co GC, pero non foi significativamente estatístico (F = 4.07, p < .06). A autoeficacia aumentou en dúas das tres subescalas da RSCSE no GE en comparación do GC: Autoef. respondendo aos comportamentos disruptivos do paciente (F = 4.79, p < .04). Autoeficacia controlando pensamentos perturbadores (F = 6.52, p < .01). O GE, en comparación ao GC, aumentou o uso de

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		S12-13: Identificación de actividades e acontecementos pracenteiros. As avaliacións realizáronse na S1 e na S13 a ambos grupos.		estratexias de afrontamento como a resolución racional de problemas (F = 9.88, p < .01) ou como o distanciamento (F = 5.65, p < .05).
Cheng et al. (2016)[1].	N = 129. GE: N = 42 (M idade = 56; SD = 10.86). 85.7% mulleres (69% filla/nora/sobriña/neta; 31% esposa). M anos coidando = 1.96 (SD = 1.73). M horas coidando á semana = 86.86 (SD = 54.85). GC1: N = 45 (M idade = 52.98, SD = 10.67). 88.9% mulleres (75.6% filla/nora/ sobriña/neta; 24.4% esposa). M anos coidando = 2.44 (SD = 2.08) M horas coidando á semana = 84.69 (SD = 57.25). GC2: N = 42 (M idade = 56.67, SD = 11.14). 83.3% mulleres (73.8% filla/nora/ sobriña/neta; 26.2% esposa). M anos coidando = 2.20	Son tres brazos de intervención: GC1, GC2 e GE. Os tres grupos teñen a mesma duración (8 S, 2 horas, 1 S á semana, en grupos de 7 a 11 persoas). Psicoeducación modificada para cada grupo. GC1: Psicoeducación estándar (condición STD-PE). S1: Información básica sobre demencia. S2: Conceptos e habilidades sobre o manexo do estrés. Balance entre autocoidado e as responsabilidades do coidar. Importancia do apoio mutuo. Técnicas de relaxación. S3: Información sobre síntomas condutuais e psicolóxicos da demencia. Estratexias de manexo dos mesmos. Actividades para as persoas con demencia na casa. Uso de casos de estudo para ilustrar o manexo dos síntomas.	Hamilton Depression Rating Scale. Zarit Burden Interview. 4-Measure of Role Overload. Ryff's Psychological Well-Being Scale. Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE). Cuestionario de elaboración propia para analizar as "ganancias positivas".	A eficacia da intervención foi avaliada comparando as diferenzas existentes entre o GC1 e o GE, e o GC2 e o GE. Empregáronse análises de regresión para comprobar o efecto dos tratamentos nas medidas propostas. Comparando GE co GC2 (BF con SIM-PE), houbo efectos significativos en todas as medidas: Depresión (B = -2.696, p < .001), Sobrecarga de Zarit (B = -5.411, p = .028), Sobrecarga de rol (B = -1.056, p = .046), Benestar psicolóxico (B = 2.785, p = .048). Comparando GE co GC1 (BF con STD-PE), houbo efectos significativos só nos síntomas depresivos (B = -3.393, p < .001) e na sobrecarga de Zarit (B = -7.616, p = .003).

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
	(SD = 1.62). M horas coidando á semana = 86.71 (SD = 55.29).	S4: Repetición da S3 no manexo dos síntomas psicolóxicos. Análise de estudos de caso. S5: Introdución de habilidades do coidado diario das persoas con Alzheimer (baño, vestido e incontinencia). Práctica das técnicas de apoio. S6: Introdución de habilidades do coidado diario das persoas con Alzheimer (toma de medicación, uso do teléfono e tarefas do fogar). Introdución á organización e planificación temporal. S7: Debate sobre habilidades de comunicación coas persoas con Alzheimer. S8: Ambiente da casa. Recursos comunitarios. GC2: Psicoeducación simplificada (condición SIM-PE). Esta condición introduce os mesmos contidos que a condición anterior (STD-PE, o GC1), pero eliminando todos os elementos prácticos e interactivos, polo que só se proporcionaron coñecementos de forma expositiva.		Os autores empregan as "ganancias positivas" e as crenzas de autoeficacia como mediadores noutras análises.

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		GE: Psicoeducación con busca de beneficios (i.e. *benefit finding*; condición BF). S1: Información básica sobre demencia. Debate sobre habilidades de comunicación coas persoas con Alzheimer. Introducir a axenda de busca de beneficios. S2: Conceptos e habilidades sobre o manexo do estrés. Uso dun "termómetro emocional" para comprender as reaccións emocionais en diferentes situacións. Balance entre autocoidado e as responsabilidades do coidar. Importancia do apoio mutuo. Introdución dos efectos da cognición na emoción e na conduta. Técnicas de relaxación. S3: Información sobre síntomas condutuais e psicolóxicos da demencia. Estratexias de manexo dos mesmos. Actividades para as persoas con demencia na casa. Introdución e práctica da reavaliación positiva, e intercambio mutuo de beneficios. Uso de casos de estudo para ilustrar o manexo dos síntomas, con		

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		énfase na reavaliación positiva. S4: Repetición da S3 no manexo dos síntomas condutuais e reavaliación positiva. Análise de estudos de caso. S5: Introdución de habilidades do coidado diario das persoas con Alzheimer (baño, vestido e incontinencia). Práctica das técnicas de apoio. Intercambio de experiencias e beneficios das mesmas nas coidadoras. S6: Introdución de habilidades do coidado diario das persoas con Alzheimer (toma de medicación, uso do teléfono e tarefas do fogar). Intercambio de experiencias e beneficios das mesmas nas coidadoras. Introdución á organización e planificación temporal. S7: Ambiente do fogar. Recursos comunitarios. Práctica da reavaliación positiva, e intercambio mutuo de beneficios. S8: Intercambio de experiencias e beneficios das mesmas nas coidadoras. Aceptación do rol de coidadora. Reflexión sobre as motivacións para prestar coidados. Resumo do		

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		aprendido. Establecemento de obxectivos de mellora para o próximo ano, en particular naquelas áreas nas que os beneficios percibidos aínda non se perciben. As avaliacións realizáronse ao inicio do tratamento e aos dous meses da intervención nos 3 grupos (S1-S13).		
Chu et al. (2011)[2].	N = 60. GE: N = 30. (M idade = –; SD = –). 53.3% mulleres (–% filla/nora/sobriña/neta; –% esposa). M anos coidando = – (SD = –). M horas coidando á semana = – (SD = –). GC: N = 30. (M idade = –; SD = –). 60% mulleres (–% filla/nora/sobriña/neta; –% esposa). M anos coidando = – (SD = –). M horas coidando á semana = – (SD = –).	GC: Coidado e atención ordinarios. GE: 12 S, 1 S á semana, en grupos de apoio estruturados (non se indica o tamaño nin a duración das S). S1: Introdución aos obxectivos, regras, metas e comportamentos agardados. Presentación, intercambio de experiencias e de historias persoais. S2-3: Debates abertos sobre as emocións e sentimentos sobre o coidado. S5-6: Reaccións das persoas coidadas e problemas de conduta frecuentes. S6-7: Importancia do autocoidado e realización de	Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Caregiver Burden Inventory (CBI).	O GE amosou unha diminución significativa dos niveis de depresión ao acabar a intervención (Z = -1.92, p = .05) e ao mes de rematala (Z = -2.61, p = .01), en comparación co GC. Cando se compararon o GE e o GC, non se apreciaron diferenzas na sobrecarga do GE ao acabar os grupos de apoio (Z = -1.37, p =.16) nin ao mes de seguimento (Z = -.91, p = .36).

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		actividades positivas coas persoas que coidan. S8-9: Información sobre recursos comunitarios. Posta en común e debate de dificultades financeiras. Importancia dos servizos de axuda no fogar para as necesidades das coidadoras e das persoas coidadas. S10-11: Estratexias comunicativas para resolver problemas entre as coidadoras e as persoas coidadas, ou con outros familiares. S12: Revisión do progreso grupal. Desenvolvemento de futuros plans de coidado. Resolución de dificultades finais e preocupacións sobre o coidado. Avaliación a ambos grupos na semana 0, na semana 12 e un mes despois da intervención (semana 16).		
Czaja et al. (2018)[3].	N = 146 (M idade = 65.30; SD = 12.94). 76% Mulleres (–% filla/ nora/sobriña/neta/ esposa). M anos coidando = 4.28 (SD = 4.86).	A intervención ten unha duración de 6 meses. Existen 12 sesións individuais de 60 minutos (6 presenciais e 6 telefónicas) para fomentar o	10-Ítem Center for Epidemiological Depression Scale (CESD–R–10). Burden Interview. Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE). Social Support Questionaire.	Ao final da intervención (6 meses), as coidadoras informaron de niveis significativamente menores de: depresión (g = .80, p <.01), sobrecarga xeral (g = .39, p < .05) e de

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
	M horas ao día/semana coidando = – (SD = –).	desenvolvemento de competencias e habilidades; e inclúe 5 grupos de apoio telefónicos, cunha duración de 60 minutos. Estes estarán intercalados entre as sesións de desenvolvemento de competencias e habilidades, e estarán formados por 5 ou 6 persoas, e un líder. O programa céntrase sobre cinco áreas de risco das coidadoras: seguridade, apoio social, depresión, comportamentos problemáticos e saúde mental. As avaliacións fixéronse ao inicio, aos 6 meses (fin da intervención) e aos 12 meses.	Positive Aspects of Caregiving Scale. Use of Formal Care and Services Questionnaire. Quality of Life Scale.	malestar xeral (g = .73, p < .01). Tamén informaron de incrementos significativos na autoeficacia xeral (g = .40, p <.05), na autoeficacia que se relaciona coa resposta a comportamentos disruptivos das persoas coidadas (g = .71, p < .01) e na autoeficacia de control de pensamentos perturbadores sobre o coidado (g = .56, p <.01). Non se produciron cambios significativos no apoio social (g = -.01) nin nos aspectos positivos do coidado (g = .25). Aos 12 meses de iniciar a intervención, mantívose a diminución na depresión (g = 1.04, p < .01), na sobrecarga xeral (g = .65, p < .01) e no malestar xeral (g = .77, p < .01). No relativo aos incrementos, tamén se apreciaron na autoeficacia xeral (g = .45, p <.05), na autoeficacia que se relaciona coa resposta a comportamentos disruptivos das persoas coidadas (g = .82, p < .01) e na autoeficacia de control de pensamentos perturbadores sobre o coidado (g = .62,

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
				$p < .01$); ademais, tamén se puido apreciar un aumento do apoio social ($g = .52$, $p < .01$). En canto aos aspectos positivos do coidado, non existiu ningún cambio significativo aos 12 meses de comezar a intervención ($g = .17$).
Martín-Carrasco et al. (2014).	N = 238 (M idade = 61; SD = 13.6). 77.3% mulleres. M anos coidando = 5.26 (SD = 3.6). M horas ao día coidando = 13.2 (SD = 6.2). GE: N = 115 (47.8% esposas, 47.0% fillas, 5.2% outras). GC: N = 123 (50.4% esposas, 43.9% fillas, 5.7% outras).	GC: Tratamento e coidados habituais no centro de día ou na clínica de memoria onde acoden as persoas ás que coidan (entrevistas e información sobre a situación e o curso clínico dos pacientes). GE: Programa de Intervención Psicoeducativo (PIP). Realizouse en 7 S de carácter grupal (non especifican tamaño dos grupos), de 90 a 120 minutos, cada dúas semanas, ademais de ter o tratamento e coidados habituais. No PIP proporcionábase información sobre o curso clínico das demencias, adestramento en habilidades cognitivas e condutuais, técnicas de relaxación e técnicas comunicativas.	Zarit Burden Interview (ZBI). General Health Questionnaire – 28 ítems (GHQ-28). Short-Form Health Survey 12 (SF-12).	A eficacia da intervención foi avaliada comparando as diferenzas existentes entre os dous grupos. A intervención non foi efectiva para diminuír a sobrecarga (ZBI; media postinterven-ción GE vs. GC: -1.82 vs. -0.80, $p = .55$). A intervención tampouco foi efectiva para diminuír o estrés (GHQ-28; media postintervención GE vs. GC: -4.93 vs. -1.86 $p > .05$). Só a subescala de ansiedade e insomnio resultou presentar diferenzas estatisticamente significativas (GE vs. GC: -2.11 vs. -0.85, $p = .03$). A calidade de vida tampouco incrementou coa

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		As avaliacións realizáronse ao inicio, ao finalizar a PIP (4 meses) e aos 8 meses.		intervención (SF-12, puntuación en toda as subescalas, $p > .05$).
Marziali & Garcia, (2011)[4].	N = 91 (M idade = 65.51; SD = –). 72% mulleres (–% filla/nora/sobriña/neta/ esposa). M anos coidando = 4.55 (SD = –). M horas ao día coidando = 14.68 (SD = –). GE1: N = 40 GE2: N = 51	GE1: Intervención online de Grupo de Chat. As persoas tiñan acceso a unha páxina web (durante 6 meses) cun Manual de Información á Coidadora de Demencia, e nela tamén había 6 vídeos educativos sobre coidados de demencia dispoñibles as 24 horas. Ademais, existía un foro, onde as persoas eran animadas por un moderador a compartir as súas experiencias e enfoques de resolución de problemas nos coidados diarios da persoa con demencia. A persoa moderadora animaba á participación, mais non contribuía no decorrer das conversas existentes. A expectativa era que os participantes se vinculasen mutuamente, proporcionándose apoio social. GE2: Intervención online de Apoio Grupal por videoconferencia. As persoas participantes tiñan	Características das coidadoras: Eysenck Personality Questionnaire Revised (EPQ-R). Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE). Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Health Status Questionnaire (HSQ 12). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Functional Autonomy Measurement System (SMAF).	A eficacia da intervención foi avaliada comparando as diferenzas existentes dentro dos grupos (antes e despois da intervención), entre os dous grupos, e tamén realizando unha análise de regresión. En canto ás análises intra e intergrupo, tanto o GE1 coma o GE2 amosaron melloras na autoeficacia (media GE1 pre-post = 69.89 vs. 74.55; media GE2 pre-post = 69.52 vs. 75.69; $F = 4.3$, $p < .04$). Aínda así, non existen diferenzas significativas no uso de servizos sociais e sanitarios por ningún dos grupos antes e despois da intervención. Comparando o GE1 co GE2, este último tivo unha mellora significativa na saúde mental (subescala de saúde mental do HSQ; media GE2 pre-post = 60.84 vs. 64.67; media GE1 pre-post = 59.92 vs. 57.10;

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		acceso á mesma páxina web, coa diferenza de que este grupo presentaba acceso a: o Manual de Información á Coidadora de Demencia, un correo electrónico propio cunha listaxe dos contactos do grupo, un enlace a unha videoconferencia grupal e unha biblioteca online de libros educativos (non tiñan acceso ao foro de chat nin aos vídeos educativos). Este grupo estaba deseñado para replicar as condicións terapéuticas dos grupos de apoio para as persoas coidadoras de xente con demencia. Cada grupo (composto por 6 coidadoras) reuníase online 1 hora cada semana, durante 10 semanas. Unha vez que as 10 sesións remataban, o grupo continuaba reuníndose durante 10 sesións semanais adicionais, nun contexto de autoaxuda. As avaliacións realizáronse ao inicio do programa e aos 6 meses (finalización).		$F = 5.69$, $p < .02$). O GE2 tamén presentou puntuacións de estrés asociado ao deterioro na función cognitiva máis baixas (puntuacións de estrés do SMAF; media GE2 pre-post = 1.61 vs. 1.43; media GE1 pre-post = 1.61 vs. 1.58; $F = 5.65$, $p < .02$). Con todo, o GE1, en comparación co GE2, tivo puntuacións máis baixas en estrés asociado ao manexo das actividades instrumentais da vida diaria (puntuacións de estrés do SMAF; media GE1 pre-post = 1.22 vs. 0.74; media GE1 pre-post = 0.78 vs. 0.76; $F = 5.79$, $p < .02$). Para a análise de regresión, examinouse para cada grupo a contribución de 3 variables independentes (cambios na personalidade, autoeficacia e apoio social) se se traducían en cambios nas variables dependentes (saúde física e mental e 5 puntuacións de estrés). Só no GE2 os cambios nas VI produciron variacións nas

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
				VD (concretamente en dúas, estrés do declive cognitivo [personalidade: R^2 = .076, p = .03; autoeficacia: R^2 = .214, p < .001; apoio social: R^2 = .115, p = .008] e estrés relacionado coas actividades da vida diaria [personalidade: R^2 = .112, p = .016; autoeficacia: R^2 = .018, p = .311; apoio social: R^2 = .226, p < .001]).
Meyer et al. (2020)[5].	N = 11 (M idade = 60.91; SD = 9.31). 81.82% mulleres (–% filla/nora/sobriña/neta/ esposa). M anos coidando = 6.14 (SD = 4.27). M horas ao día/semana coidando = – (SD = –).	Programa multicompoñente de 6 semanas de duración, con 1 S semanal de 2 horas. Na primeira cohorte participaron 5 persoas, na segunda, 3, e na terceira outras 3. As sesións dividíanse en 5 partes: (1) chegada e intercambio de experiencias sobre a semana (15-25 min), (2) información didáctica (30-40 min), (3) respostas das coidadoras á información (30-40 min), (4) exercicios de manexo do estrés (10 min) e (5) metas da semana restante. S1: Introdución, educación sobre demencia, efectos do	Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD). 10 item Perceived Stress Scale (PSS). Alzheimer's Disease Knowledge Scale (ADKS) Zarit Burden Interview Short version (ZBI). 10 item Caregiver Self-Efficacy Scale.	A eficacia da intervención foi avaliada comparando as diferenzas existentes antes e despois da intervención. O coñecemento das coidadoras sobre o Alzheimer aumentou despois da intervención (20.90 vs. 22.55, p = .031). Tamén aumentou a autoeficacia empregando servizos de apoio (2.82 vs. 6.00 p = .004), manténdose aos 3 meses de seguimento (p = .004). Con todo, non existen diferenzas estatisticamente significativas antes e despois da intervención en canto á autoeficacia no manexo dos síntomas (5.48 vs. 6.53, p = .06).

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		estrés causado polo coidado, aprendizaxe de exercicios de relaxación respiratoria, e introdución a un caderno con información sobre comportamentos problemáticos específicos da demencia e estratexias de afrontamento. S2: Debrief, educación adicional sobre demencia, educación sobre problemas comportamentais asociados á demencia, recursos comunitarios e estados da enfermidade de Alzheimer e exercicios de relaxación respiratoria. S3: Debrief, educación adicional sobre a demencia, cultura e demencia, manexo do estrés, busca de apoio formal e informal e realización de exercicios de estiramentos ou de meditación. S4: Debrief, actividades pracenteiras para as persoas que coidan, actividades pracenteiras para as coidadoras e realización de exercicios de meditación ou estiramentos. S5: Comunicación cos profesionais da saúde, aspectos legais e práctica de meditación.		En canto ao resto de instrumentos, non existen diferenzas estatisticamente significativas antes e despois da intervención: • QOL-AD (1.95 vs. 2.05, p = .42). • ZBI (23.64 vs. 21.82, p = .43). PSS (15.00 vs. 12.23, p = .08).

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		S6: Revisión do material das sesións previas, organización dun grupo de apoio para a finalización do programa e práctica da meditación ou de exercicios de estiramentos. As avaliacións realizáronse ao inicio do programa, á semana da última sesión e aos tres meses desta última sesión.		
Rodríguez-Sánchez et al. (2013)[6].	N = 125 (M idade = 64.95; SD = 11.78). 74.40% mulleres. 28% esposas, 47.20% fillas (24.80% outros). M anos coidando = 9.12 anos (SD = 10.5). M horas ao día/ semana coidando = – (SD = –). GE: N= 83 (M idade = 61.07; SD = 11.91). 73.50% mulleres. 25.30% esposas, 51.80% fillas (22.90% outros). M anos coidando = 8.83 anos (SD = 9.66). GC: N = 42 (M idade = 64.95; SD = 11.78). 76.20% mulleres. 33.30%	GC: coidado habitual. GE: 8 S de 90 minutos, 1 S á semana, desenvoltas en grupos de 8 a 12 coidadoras. S1: Explicación sobre o contido da intervención, avaliación inicial sobre os coñecementos e presentación sobre o modelo de estrés. S2: Centrada no aumento de conciencia sobre a importancia do autocoidado das coidadoras. S3: Explicación das diferenzas nos conceptos de situación, pensamento e emoción, así como explicar a importancia sobre o coñecemento dos pensamentos e a relevancia	General Health Questionnaire (GHQ-12). Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire. Quality of Life Questionnaire. Short Zarit Burden Interview.	A eficacia da intervención foi avaliada comparando as diferenzas existentes entre os dous grupos antes e despois da intervención, e realizando unha análise multivariada de varianza (MANOVA). Comparando as diferenzas existentes entre os dous grupos, o GE amosou unha melloría significativa na saúde mental (redución na media do GHQ-12 de 3.33 puntos [p = .01]), así como unha melloría nos pensamentos disfuncionais sobre o coidado (diminución na media do Dysfunctional Thoughts about Caregiving

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
	esposas, 38.10% fillas (28.50% outros). M anos coidando = 9.70 anos (SD = 12.08).	de analizalos posteriormente. S4: Análise de erros de pensamento. S5:Aspectos importantes que afectan ao estado de ánimo: valoración do tempo libre, realización de actividades pracenteiras, e aprendizaxe sobre o axuste dos pensamentos á realidade. S6: Sentimentos de culpa: de onde veñen, como e forman e estratexias para identificalos. S7: Realización dunha análise dos dereitos das coidadoras e das dificultades existentes para exercelos. S8: Coñecidos os dereitos, esta sesión trata sobre como aprender a solicitar e pedir axuda. As avaliacións realizáronse entre 2 e 6 semanas antes da intervención, e entre 1 e 3 semanas despois da intervención.		Questionnaire 5.56 puntos [p = .04]). En canto á análise multivariada de varianza, os resultados revelan diferenzas significativas no GHQ-12 (F = 4.69, p = .01) e no Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire (F = 5.05, p = .01). Non se observaron diferenzas no relativo á calidade de vida e á sobrecarga.
Wang et al. (2012)[7].	N = 78. GE: N = 39. 59.0% muller. 18-30 anos (35.9%).	GC: Coidado e servizos convencionais. GE: Grupos de apoio mutuo de 7-8 suxeitos, con 12 S (cada 2 semanas) de 90 min de	Neuropsychiatric Inventory-Caregiver Distress Scale (NPI-D). World Health Organization Quality of Life Measure-	A eficacia da intervención foi avaliada mediante unha análise de varianza (ANOVA).

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
	31-50 anos (41.0%). 51-70 anos (23.1%). Esposa (38.5%). Nai (28.2%). Irmá (17.9%). Filla (15.4%). Meses coidando: 6-12 (35.9%). 13-24 (41.0%). 25-36 (15.4%). 37-48 (7.7%). M horas ao día/ semana coidando = – (SD = –). GC: N = 39. 64.1% muller. 18-30 anos (33.3%). 31-50 anos (43.6%). 51-70 anos (23.1%). Esposa (35.9%). Nai (25.6%). Irmá (20.5%). Filla (17.9%). Meses coidando: 6-12 (38.5%). 13-24 (43.6%). 25-36 (12.8%). 37-48 (5.1%). M horas ao día/ semana coidando = – (SD = –).	duración. A intervención guíase polo seguinte protocolo: <u>Sesión de alianza (1 sesión):</u> orientación do grupo de apoio e establecemento da confianza e da aceptación mutua; negociación sobre metas, regras e roles; debate sobre demencia, efectos na familia, problemas no coidado e reaccións da enfermidade. <u>Recoñecemento das propias necesidades das coidadoras (3 sesións):</u> empoderar a autoeficacia e proceso de toma de decisións; intercambio de emocións e sentimentos intensos sobre o coidado e debate sobre maneiras de manexas emocións negativas; intercambio de información sobre demencia e o seu coidado; debate sobre a cultura chinesa e as crenzas familiares, e os problemas de saúde mental como a demencia. <u>Tratar as necesidades biopsicosociais propias e da familia (3 sesións):</u> Comprensión das necesidades de saúde dos	Brief Version (WHOQOL-BREF). Family Support Services Index (FSSI).	En relación ao NPI-D, produciuse un efecto de interacción estatisticamente significativo [grupo x tempo; $F(1,76) = 19.09$, $p = .005$], así como tamén para os grupos [F (1, 76) = 17.15, $p = 0.01$] e para o tempo [F (1, 76) = 23,68, $p = 0{,}001$]. Ademais, o GE amosou unha diminución na puntuación total do NPI-D (diferenzas na media pre e postest = -9.37) significativamente maior ($p = .005$) ca o GC (redución na media pre e postest = 3.03). En relación ao WHOQOL-BREF, houbo diferenzas significativas ao final da intervención na puntuación total [$F(1,76) = 22.19$, $p = .001$] e nas subescalas psicolóxica [$F(1,76) = 19.86$, $p = .001$] e social [$F(1,76) = 21.98$, $p = .001$]. En canto ao FSSI, se ben é certo que o GE tivo unhas frecuencias e medias lixeiramente superiores no uso de 5 servizos de saúde mental ca o GC, non existiron diferenzas estatisticamente

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		outros con respecto ao coidado; información sobre a medicación, o manexo da enfermidade e outros tratamentos psicolóxicos, os asuntos do fogar e o coidado da familia, e os servizos de saúde mental dispoñibles; aprendizaxe de habilidades comunicativas e interpersoais eficaces coa persoa e co resto da familia, e busca de apoio de persoas ou membros do grupo. <u>Adoptar un papel positivo e retos para o coidado dos maiores (4 sesións):</u> Mellorar o apoio mutuo, o afrontamento ao estrés e as habilidades de resolución de problemas traballando nas situacións de coidado de cada persoa do grupo; realización de role-playing de casos reais; avaliación da aplicación das habilidades de afrontamento e de resolución de problemas aprendidas en grupo. <u>Terminación do grupo (1 sesión):</u> preparación psicolóxica e debate sobre os problemas relacionados co fin do grupo (e.g. ansiedade por separación, e unha vida futura máis		significativas (os valores de *p* oscilaron entre .09 e .23).

Artigo	Mostra	Intervención	Instrumentos	Resultados
		independente); avaliación das aprendizaxes e revisión das metas e intercambio de experiencias e satisfacción empregando recursos comunitarios; debate sobre a continuación do grupo de apoio despois da intervención. As avaliacións realizáronse no recrutamento e ao mes de completar a intervención.		

Nota: "S": refírese a sesión ou sesións.

1- Parte da información tamén foi obtida de Cheng et al. (2012).
2- Os autores non proporcionan máis información descritiva sobre a mostra (ausencia de estatísticos sobre a idade, sobre as relacións familiares e sobre o tempo de coidados).
3- Os autores non proporcionan información da mostra sobre as relacións familiares nin sobre as horas diarias/semanais dedicadas ao coidado.
4- Os autores non proporcionan información da mostra sobre as relacións familiares nin sobre as desviacións típicas das medidas que achegan.
5- Os autores non proporcionan información da mostra sobre as relacións familiares nin sobre as horas diarias/semanais dedicadas ao coidado.
6- Os autores non proporcionan información da mostra sobre as horas diarias/semanais dedicadas ao coidado.
7- Os autores non proporcionan información da mostra sobre as horas diarias/semanais dedicadas ao coidado.