

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CUIDADORES INFORMALES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR
“EVITANDO QUE EL CUIDADOR SE CONVIERTA EN PACIENTE”**

Isabel Gutiérrez Martínez*,
José Antonio del Barrio Campo***,
Ana I. Sánchez Iglesias *,
Florencio Vicente Castro **,
Antonio Sánchez Cabaco*****,
Jerónimo González Bernal****,
Alfredo Jiménez Eguizabal *****,
Isabel Fajardo Caldera **,
Isabel Gutierrez ***,
Carmen Palmero Camara ******

* Diputación de Zamora. anafacio@yahoo.es;

** Universidad de Extremadura.

fvicentec@gmail.com;

*** Universidad de Cantabria. jose.delbarrio@unican.es;

**** Universidad de Burgos. jejavier@ubu.es;

** ifajardo@gmail.com;

****cpalmero@ubu.es

Fecha de recepción: 15/10/2014

Fecha de aceptación: 18/10/2014

Fecha de publicación: 05/11/2014

Resumen.

Según el World Alzheimer Report de 2014 en España existen 1.000.000 personas que padecen esta enfermedad, sin embargo, ésta afecta de manera indirecta a 3,5 millones de personas. En el presente artículo se desarrolla, desde la perspectiva de la promoción de la salud y con un modelo participativo, una propuesta de programa dedicado a los cuidadores informales de enfermos de Alzheimer. El objetivo es mejorar tanto la calidad del cuidado como la calidad de su salud y prevenir el desarrollo del Síndrome del Cuidador, definido por Zarit como el “conjunto de problemas físicos, psíquicos, emocionales, sociales y económicos que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados” (citado en Montorio, I. et al., 1998).

Palabras clave: Salud; Promoción de Salud, Cuidador, Síndrome del cuidador

Abstract.

According to World Alzheimer's Report from 2014, there are 1,000,000 people suffering from Alzheimer's in Spain. However, this disease affects indirectly more than 3.5 million people. This study develops a programme devoted to informal Alzheimer's carers from the perspective of health promotion and within a participative model. The main objective is to improve care's quality as well as his/ her health quality preventing the so called “Care's Syndrome” defined by Zarit as the combination of physical, mental, emotional, social and economical problems that adult untrained cares may suffer.

Keywords: Health; Health Promotion, Caregiver, Caregiver Syndrome

1.-INTRODUCCIÓN: PERSPECTIVA TEÓRICA.

La promoción de la salud es el concepto unificador de diversos campos de estudio con implicaciones en la salud, que busca facilitar la obtención de los más altos niveles de bienestar de individuos y poblaciones. Representa una de las estrategias para enfrentar los problemas de salud pública que afectan a las comunidades; al partir de una concepción amplia del proceso de salud-enfermedad y de sus determinantes, busca la articulación de distintos saberes y la movilización de recursos institucionales y comunitarios (Cabrera. et al., 1999). La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Identifica cuáles son las conductas saludables que pueden reducir las causas de enfermedad y muerte en la población, para actuar sobre ellas y modificarlas en sentido positivo (Benito P. et al., 2005). Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La promoción de la salud es diferente de la

prevención de la enfermedad, ya que esta última está centrada en evitar la enfermedad y no en conservar la salud; plantea programas que reduzcan un problema en una comunidad y no programas para desarrollar comportamientos saludables en dicha comunidad. Aun así ambos términos se complementan y son necesarios para aumentar nuestra calidad de vida.

La promoción de la salud surgió de un importante cambio en la teoría de la salud pública provocada por el Informe Lalonde (Canadá, 1974), donde se reconocieron los factores sociales y ambientales como determinantes claves de la salud. Posteriormente, en 1984, la comunidad de salud pública a través de la Carta de Ottawa vino a confirmar esta visión adoptando cinco áreas clave para la promoción e identificando tres estrategias básicas para la promoción de la salud: la abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad (Escobar, 2001).

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (OMS, 1998): 1. Establecer una política pública saludable, 2. Crear entornos que apoyen la salud, 3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud, 4. Desarrollar las habilidades personales, 5. Reorientar los servicios sanitarios. Esta reunión puso de relieve el hecho de que la acción de promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. En la actualidad se encuentra en marcha el programa "Salud para todos en el siglo XXI" como una meta que intenta recoger todo este movimiento.

La salud en el desarrollo implica necesariamente disminuir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis entre los más desvalidos, conformar programas de bienestar social, así como realizar una correcta promoción de la salud y prevención y control de daños y una participación ciudadana organizada. En estos aspectos, es innegable el papel del psicólogo como profesional y el de la psicología como ciencia para trabajar juntos en el papel de tan deseado bienestar biopsicosocial. Sin embargo no es esto lo que se observa a la hora de atender a la población, ya sea por el estudio de modelos desfasados o porque los programas no están lo suficientemente desarrollados; por tanto se abre un gran abismo entre la teoría y la práctica (Sebastián, et al., 2002).

Los procesos de promoción de la salud son lentos, y en la mayoría de las veces sólo se obtienen resultados a largo plazo. Uno de los ámbitos en el que destaca la promoción de la salud es la educación. Podemos encontrar tres formas de desarrollarla a raíz de los enfoques antes mencionados: la educación para la salud informativa, la centrada en la conducta y la participativa (Benito, 2005). La educación para la salud informativa se basa en modelos informativos de autoridad que transmitan a la gente lo que es correcto y lo que no, desde un punto de vista saludable. Por otra parte, la educación para la salud centrada en la conducta supone un paso más a partir del modelo informativo, intentando explicar por qué la gente se comporta cómo lo hace, haciendo hincapié en la modificación de los hábitos personales. Por último el modelo participativo intenta que las personas adquieran progresivamente una mayor capacidad para definir los problemas y resolverlos (Benito, 2005).

Pero además de la educación, la promoción de la salud tiene lugar en los contextos en los que transcurre la vida diaria, en los diferentes lugares y momentos. Así se destacan entre otros la promoción en la comunidad, donde está dirigida a informar sobre las posibilidades de decisión individual y familiar, así como a fomentar la participación responsable de los ciudadanos en actividades comunitarias; o la promoción en los medios de comunicación, que tiene una importancia inespecífica ya que son capaces de aumentar el nivel cultural de la población al tiempo que pueden estimular la opinión pública ante un problema concreto. Tampoco se puede subestimar la importancia de los hospitales y consultas médicas donde la educación para la salud queda integrada en el autocuidado y participación activa de los pacientes y sus cuidadores desde una dimensión que va más allá de la medicalización. Aun así son pocos los profesionales de la salud que pueden disponer de materiales adecuados al enfrentarse con un programa de educación sanitaria, y cuando consiguen alguno, generalmente no conocen bien su manejo para los objetivos para los cuales está diseñado (Benito, 2005).

1.1. Promoción de la Salud en cuidadores de enfermos de Alzheimer.

En nuestra sociedad la enfermedad del Alzheimer y la Demencia Senil están muy presentes. Según el World Alzheimer Report de 2014 en España existen 1.000.000 personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y el 95% de estas personas residen en sus casas, por lo que la carga asistencial recae en las familias. Anteriormente, la atención a personas mayores dependientes se llevaba a cabo por los familiares; sin embargo, en la actualidad debido a factores socio-económicos que disminuyen la disponibilidad de dichos cuidadores, esta labor suele estar compaginada con personas especializadas. Esta circunstancia unida a los escasos recursos disponibles para atender a los mayores, ha desembocado en la aprobación de la ley de Promoción de la Autonomía Personal y

Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que facilita atención a este colectivo. Esta ley establece que tanto los profesionales que atienden a los enfermos como los cuidadores familiares, también denominados cuidadores informales, recibirán formación, y éstos últimos, ayuda económica. A la vez podemos observar el avance de la normalización de la enfermedad y apoyo a los que cuidan a estos enfermos, así nos podemos encontrar con intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas dirigidas a este nuevo rol social (Losadal. et al., 2007).

Los cuidadores de estas personas soportan una gran carga, tanto física como psicológica, ya que tienen que sobrellevar el impacto que produce el cuidar de un familiar mentalmente enfermo. Zarit (citado en Montorio. et al., 1998) define la carga del cuidador como “el conjunto de problemas físicos, psíquicos, emocionales, sociales y económicos que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados”. Y resaltan, la importancia de las necesidades del cuidador, ya que al priorizar los cuidados a la persona enferma, el cuidador puede llegar a convertirse en “paciente oculto”.

Según Wilson (citado en Méndez, 2010) las características del cuidador principal son: 1. Asume las principales tareas del cuidado, 2. Es percibido por los distintos miembros de la familia como tal, 3. No es remunerado económicamente y 4. Cuida al enfermo durante más de seis semanas. Las características que padece este cuidador según la Asociación de enfermos de Alzheimer de España son: 1. Sobrecarga continua física y emocional, 2. Asumen toda responsabilidad, 3. Pérdida de independencia, 4. Paraliza durante algunos años su proyecto de vida.

Estos cuidadores deben ser conscientes de su sobrecarga objetiva y subjetiva, porque si no esto puede derivar en frustración, depresión, ansiedad, estrés, sentido de culpa, manifestaciones de alteración conductual, carácter y perturbación somática; lo que se define como el “síndrome del cuidador” (Méndez, 2010). Según Máximo et al. (2005) uno de los mayores beneficios para el cuidador es el apoyo social tanto informal (ambiente) como formal (profesional); patrón duradero de lazos continuos que desempeñan un rol en el mantenimiento de la integridad física y psicológica del cuidador. En un estudio de estos autores se señala que aunque más del 70% de los cuidadores son mujeres, el prototipo de cuidador sobrecargado es un varón, joven, con estudios superiores, sin esposa ni hijos y sin apoyo social. Este cuidado por parte de los familiares, es una medida que satisface a las personas dependientes que quieren ser cuidadas en su domicilio, así como a los familiares que prefieren llevar ellos los cuidados. Pero no en todos los casos se puede llevar a cabo, Dado que la población cada vez es más longeva los recursos disponibles no son suficientes para abastecer la demanda. Otro factor influyente es la inserción de la mujer en el terreno laboral (Losada, et al., 2006). Es entonces cuando, para hacer frente tanto a la problemática planteada como a las necesidades de los enfermos, nacen las residencias y los centros de día.

A nivel mundial, se han realizado diversas conferencias en las que se han recogido varios tópicos para desarrollar la promoción de la salud. De estas conferencias se deriva la importancia del desarrollo de habilidades personales, así como la creación de condiciones para que se tome conciencia y se capacite para reconocer y expresar las necesidades de la salud. Otro de los pilares de la promoción de la salud en este ámbito, consiste en proveer instrumentos en la búsqueda de alternativas para la solución de problemas y transformación de la vida cotidiana. También es de especial importancia intensificar los apoyos sociales y reforzar la acción comunitaria; y por último, controlar y mejorar las condiciones de salud y calidad de vida en el ámbito colectivo (Sebastián. et al., 2002). El deseo por parte de los profesionales de gerontología, es que el envejecimiento se vea acompañado de una buena calidad de vida, que se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Asimismo, para que esto sea posible, es necesaria una concienciación acerca de la promoción de la salud por parte del cuidador, ya sea éste formal o informal; pues solo así habrá complacencia por parte de las personas mayores (Losada, M. et al., 2006).

Pero la realidad dista de lo ideal, ya que los profesionales que atienden a los cuidadores consideran que no han recibido la suficiente información y formación para atender a las demandas de éstos (Montorio. et al., 1998). En marzo de 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) realizó una consulta pública sobre Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS) con el fin de proponer programas dirigidos a prevenir, actuando sobre factores como la alimentación, la actividad física, el tabaco, el alcohol y el bienestar psicológico. El 87,7% afirman la importancia de seguir investigando en el ámbito de la promoción y la prevención, incidiendo en el abordaje integral de la salud y en la necesidad de reorientar el sistema sanitario para conseguir con la implantación de éstas medidas la optimización de los recursos y un menor coste de la sanidad. Además ponen de relieve la necesidad de coordinar los programas ya implantados, tanto local como autonómicamente en el SNS. No obstante, un 3% de los encuestados no ven necesaria la implantación de estos programas debido al gran coste económico que suponen. Un 78,8% considera que los programas llevados a cabo por profesionales formados, fomentarán estilos de vida más saludables en la población y cambios en los hábitos de salud,

valorando positivamente la vía online propuesta por el Ministerio (Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS: en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS, 2013). Por tanto, habría que considerar que tal situación en nuestro país actual es deficitaria. Para que una buena promoción de la salud en este ámbito existen dos maneras de llevarla a cabo: por un lado, es importante atender y mantener ocupado al paciente mediante terapias ocupacionales cognitivas, que conllevarán un desarrollo de la atención, memoria, lenguaje y psicomotricidad del paciente. Y por otro lado, de lo que trata el presente trabajo, la atención a los cuidadores, es decir, la enseñanza de habilidades para cuidarse y cuidar mejor; de esta manera, se enseñarán a los cuidadores destrezas para reducir el sufrimiento, tanto físico como psicológico, relajación y promoción de la autonomía familiar.

2. MÉTODO.

2.1. Muestra.

La población a la que va dirigida el programa la componen los familiares / cuidadores de enfermos de Alzheimer recién diagnosticados. Desde los centros de salud y los médicos de familia, se les informará de la posibilidad de asistir al programa a todas las personas que sean cuidadores informales de una persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer en el último año, quedando excluidas las que lleven más de un año ejerciendo el rol de cuidador. La muestra estará constituida por el grupo de cuidadores que asistirán al programa. Se formará con un mínimo de cinco personas y un máximo de diez.

2.2. Instrumentos.

Para evaluar el cambio pre-post tratamiento se utilizarán dos instrumentos:

- *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview).*

Se emplea para medir el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales. Se considera una escala con suficiente validez, que permite controlar programas de intervención basados en grupos de apoyo, terapia ocupacional de enfoque comunitario, terapia cognitiva-conductual y entrega de herramientas de manejo de pacientes dependientes (Hayo, et al., 2009). Consta de 22 ítems con una escala tipo Likert de 1 a 5 y sus puntuaciones se interpretan de la siguiente manera:

< 47	No sobrecarga
47- 55	Sobrecarga leve
> 55	Sobrecarga intensa

- *Inventario de depresión de Beck (BDI-II):*

Mide la depresión y su gravedad. Se considera que es un instrumento válido de detección y cuantificación de síntomas depresivos (Vázquez, 2005). Consta de 21 ítems de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta de 0 a 3 y sus puntuaciones se interpretan de la siguiente manera:

0- 13	Mínima depresión
14- 19	Depresión leve
20- 28	Depresión moderada
29- 63	Depresión grave

2.3. PROCEDIMIENTO.

La duración del programa será de 10 sesiones, repartidas durante cinco semanas con dos sesiones semanales de una hora y media cada una, dirigidas por un profesional Psicólogo.

El programa se divide cuatro grandes grupos:

1. Presentación y evaluación pre-tratamiento (Sesión 1).

El objetivo de esta sesión es la presentación del programa, que los asistentes se conozcan entre sí. Se empleará esta sesión también para la evaluación pre-tratamiento consistente en la aplicación de los dos instrumentos de evaluación descritos anteriormente.

2. Terapias de grupo de intercambio de pautas e información (Sesiones 2- 3- 4).

El objetivo de este grupo de sesiones es informar de todo lo que tiene que ver con la enfermedad que padece su familiar, asesorarles sobre las posibles ayudas a las que pueden acceder y aconsejarles sobre las distintas pautas de cuidado que deben llevar a cabo para promocionar su salud. Esto se llevará a cabo durante las tres siguientes sesiones.

En la segunda sesión, se les informará de todo lo que tiene que ver con la enfermedad, la etiología, evolución y fases terminales, haciendo hincapié en los distintos cambios cognitivos y comportamentales que va a padecer el enfermo. La tercera sesión se centrará en las ayudas tanto públicas como privadas a las que pueden acceder. Por último, la cuarta sesión se centrará en el Síndrome del Cuidador, explicando en qué consiste e informando de pautas y cuidados que los cuidadores pueden seguir para promocionar su salud y prevenir su aparición. Se dejará un tiempo al final de la sesión para que los asistentes compartan sus dudas y puedan asesorarse con distintos trucos que usen en su vida diaria.

3. Terapias de grupo de desahogo personal (Sesiones 5- 6- 7- 8).

El objetivo de este grupo de cuatro sesiones es que los asistentes aprendan a relajarse y puedan compartir testimonios y experiencias.

En la sesión número cinco se enseñará a los asistentes a controlar la respiración y la relajación mediante la técnica de Jacobson y se propondrá que se entrene en su casa todos los días durante 15 minutos, así como el masaje del plexo solar. Así mismo, en las siguientes sesiones se practicará durante los últimos diez minutos de cada encuentro. En la sexta y la séptima sesión se permitirá a los cuidadores que cuenten sus propias vivencias, lo que más les preocupa de la enfermedad de sus familiares, compartan anécdotas, se aconsejen entre ellos y expongan cómo resuelven diferentes problemas relacionados con la dieta, el baño, dosis de la medicación... Se pueden usar las siguientes cuestiones para fomentar un debate:

- ¿Qué pensaste cuando te informaron del diagnóstico de tu familiar?
- ¿Cómo crees que va a afectar/está afectando a tu vida? ¿Y a la del resto de la familia?
- ¿Qué crees que puedes hacer que todavía no haces para mejorar el cuidado de tu salud?
- ¿Consideras que recibes suficiente apoyo de tu entorno en este ámbito?
- ¿Qué es lo que más te cuesta realizar con el enfermo?

En la sesión ocho, se visualizará una película sobre el tema, "El hijo de la novia", por su carácter divertido y esperanzador. El objetivo es intentar mostrarles el otro lado de la enfermedad y la posibilidad de convivir con ella y poder disfrutar del cuidado.

4. Valoración, postest y despedida (Sesiones 9- 10).

El objetivo de estas dos últimas sesiones es la valoración del programa por parte de los usuarios, para establecer posibles mejoras y dedicar una sesión a la despedida para fomentar la creación y consolidación de grupos informales.

En la sesión nueve, se dará la palabra a los asistentes para que comenten los beneficios que han obtenido del programa y planteen cuáles son los aspectos que se pueden mejorar. Para finalizar, se volverá a aplicar los dos instrumentos de evaluación a cada asistente, con el fin de comparar las puntuaciones con la misma aplicación de la primera sesión. La sesión número diez, se hará de manera informal, se ofrecerá una merienda y se instará a que se creen redes de comunicación externas al programa que sirvan como apoyo en el futuro.

5. Seguimiento al cabo de un año

Al cabo de un año del programa se llamará a los asistentes y se les pedirá que rellenen otra vez los dos instrumentos de evaluación usados anteriormente, con el fin de comparar las tres puntuaciones, siendo ésta última la que determinará la eficacia del programa.

Consideraremos eficaz el programa si las puntuaciones del 75% de los asistentes han disminuido considerablemente y/o se han mantenido en las puntuaciones referidas a "Sobrecarga leve" en el caso de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y en "Depresión leve" en el BDI-II.

En resumen, las 10 sesiones y el seguimiento se desarrollarán de la siguiente manera:

	CONTENIDO
	Presentación del programa y aplicación de los dos instrumentos de evaluación.
	Información sobre la enfermedad.
	Información sobre ayudas.
	El síndrome del cuidador: cuidados, consejos y pautas diarias.
	Entrenamiento en relajación y música.
	Testimonios.
	Visualización de una película.
	Valoración y postest.
	Despedida.
	Seguimiento al cabo de un año.

3. CONCLUSIONES

El síndrome del cuidador es una realidad cada vez más palpable en España, una de cada tres personas que tienen a su cargo un familiar dependiente lo padece. A pesar de que muchos profesionales de este ámbito se quejan de que no existe una buena base en lo que a promoción de la salud respecta, la reciente aprobación de la Ley de Promoción la Autonomía Personal, supone el ejemplo más evidente del creciente interés por atender a la dependencia, estableciendo mecanismos y procedimientos cada vez más adecuados, que superen en cantidad y calidad los recursos disponibles.

Por otro lado, actualmente esos recursos se consideran escasos, poco flexibles, accesibles y en muchos casos, inadecuados, para cubrir las necesidades de las familias cuidadoras, protagonistas

principales de la atención a las personas mayores dependientes en la actualidad. Hoy en día, la existencia de programas educativos y de concienciación de la promoción de la salud en el ámbito público es una realidad, pero los avances son mayores en el ámbito privado y concertado.

Prácticamente todos conocemos personas que tienen a su cargo a un paciente de enfermedad de Alzheimer y que es cuidado en el hogar familiar. La gran mayoría de estas personas no tienen formación en aspectos como la medicación, el lavado del enfermo, la pérdida de control del esfínter... Pero sobrellevan la tarea de cuidar y proporcionan una buena calidad de vida a sus familiares enfermos. Pero, en esta enfermedad, no solo tenemos que preocuparnos por el cuidado mínimo de higiene y alimentación, sino que, desgraciadamente, observamos cómo van perdiendo facultades, se desorientan, presentan un déficit progresivo la memoria y en algunos casos se vuelven agresivos. Todas estas circunstancias, hacen que llevar a cabo un cuidado con estas características produzca un gran deterioro en la salud física y psicológica del que lo ejerce. Entre el 2010 y el 2012, el Instituto de la Mujer ha financiado un proyecto de investigación sobre los cuidadores formales e informales, en los que se elaboraron dos programas de intervención: Intervención psicoeducativa grupal e Intervención psicoeducativa de contacto mínimo. En esta investigación extrajeron las siguientes conclusiones: 1. Los cuidadores familiares tienen peores niveles de salud física y psicológica y satisfacción vital que la población general. 2. Los cuidadores familiares tienen peores niveles de salud psicológica. 3. Las mujeres cuidadoras tienen peor salud física que los hombres cuidadores. 4. La conformidad con las normas de género femenino tiene riesgos y beneficios para la salud psicológica de las mujeres. 5. El modelo de afrontamiento del estrés en el cuidado es parcialmente válido para explicar el proceso de adaptación en los cuidadores. 6. El programa de intervención psicoeducativa grupal resulta eficaz en mejorar la salud psicológica de las personas cuidadoras remuneradas. 7. El programa de intervención psicoeducativa grupal resulta eficaz en mejorar la salud de personas cuidadoras familiares y remuneradas. Añadiendo además el gasto que supone para el SNS el tratamiento de estas personas por depresión y trastornos de ansiedad, que se vuelve en la mayoría de los casos crónicos y el agravamiento emocional de una vez terminado el cuidado al sentirse responsables de la muerte del familiar por pensar que sus cuidados no fueron todo lo buenos que deberían.

Por todo esto, consideramos que una correcta información sobre la evolución de la enfermedad, los cuidados mínimos y sobre todo la promoción de su propia salud, haciéndoles entender que ellos pueden llegar a ser o son ya, "pacientes ocultos", es vital para mejorar la calidad de vida de los cuidadores, mejorando indirectamente el cuidado. Dada la situación socioeconómica que actualmente existe en España: el aumento progresivo y continuo de pacientes aquejados con la enfermedad de Alzheimer, la evolución larga de la enfermedad, la profunda crisis económica que impide que muchas familias puedan contratar a cuidadores formales, la reducción de las ayudas a la dependencia llevada a cabo por el último gobierno y la arraigada tradición de cuidar al enfermo en casa, pone de relieve la necesidad de formar a estos cuidadores que se encuentran de repente con una situación, que en la mayoría de los casos, excede sus recursos y acarrea graves problemas tanto físicos como psicológicos. En definitiva, debemos conseguir que el cuidador no se convierta en paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Benito P., Simón Saiz, M.J.; Sánchez Moreno, A.; Matachana Falagán, M. (2005). *Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente*. Mc Graw Hill. Madrid

Cabrera, G.; Candelas, N. (1999). El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, Vol, 17, Nº 1. 9-16.

Escobar, D. (2001). La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud. *Revista de salud Pública*, Vol 3, Nº15. 284-300.

Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS: en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS (2013) *Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.

Hayo, K.; Vásquez, H.; Mayanz, S.; Guerra, C.; Millán, T. (2009) Validación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, Nº 137. 657-665

Losada, M.; Moreno-Rodríguez, R.; Cigarán, M.; Peñacoba, C. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones Psiquiátricas*, Nº 184. 173-186.

Losadal, A.; Márquez-González, M.; Peñacoba, C.; Gallagher-Thompson, D.; , B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, Vol. 15, Nº 1. 57-76.

Máximo, J.; Iáñez, M.A.; Iáñez, B. (2005) El apoyo como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud, Universidad de Veracruzana*, Vol. 15, Nº 1. 34-43.

- Méndez, L.; Giraldo, O.; Aguirre-Acevedol, D.; Loperal, F. (2010) Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación E280 en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, Vol. 5, N° 2. 137-145
- Montorio, I.; Izal, M.; López, A.; Sánchez, M. (1998) La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y Validez del concepto de carga. *Anales de Psicología, Universidad de Murcia*, Vol. 14, N° 2. 229-248.
- OMS OPS, 1974. Informe Lalonde, Canadá.
- OMS OPS, 1986. Carta de Ottawa, EEUU.
- Prince, M.; Prina, M.; Guerchet, M. (2013) *World Alzheimer Report, Journey of Caring: An analysis of long-term care of dementia*. Alzheimer's disease International (ADI), Londres.
- Prince, M.; Albanese, E.; Guerchet, M.; Prina, M. (2014) *World Alzheimer Report, Dementia and Risk Reduction: An analysis of protective and modifiable factors*. Alzheimer's disease International (ADI), Londres.
- Sánchez, M.P. (2010-12) Personas cuidadores formales y familiares y salud. *Proyecto financiado por el Insituto de la Mujer*.
- Sebastián, R.W.; Pelicioni, M.C.; Chiattone, H. (2002). *International Journal of Clinical Psychology*, Vol. 2, N° 001. 153-172.
- Vázquez, C.; Sanz, J.; Fortún, M.; Paz, M.; Espinosa, R. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Revista de psicología clínica y salud*, Vol. 16, N° 2. 121-142

