

Laura Moreno Viladrich

**“EFECTIVITAT D’UN PROGRAMA GRUPAL SOBRE LA SOBRECÀRREGA
DEL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONES GRANS AMB DEPENDÈNCIA.
UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA”**

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per la Dra. Elisabet Llauredó Ribé

Màster d’Envel·liment i Salut



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2024

"TRABAJO DE FIN DE MÁSTER"
Evaluación final

Tutor del estudiante: ELISABET LLAURADÓ RIBÉ

Nombre del estudiante evaluado: LAURA MORENO VILADRICH

NOTA DE LA EVALUACIÓN FINAL **

Pon la nota del 0 al 10 dentro de la casilla correspondiente		
	Ponderación	Nota 0 a 10
Evaluación global del trabajo 10%		
1. Claridad en la formulación de los objetivos y de los problemas		10
2. Coherencia interna del trabajo		9,5
3. El trabajo muestra el uso del pensamiento crítico		9
4. Relevancia: originalidad e innovación		9
5. Propuesta para la aplicación práctica de los resultados		9
Introducción y justificación 15%		
1. Explicación de las teorías que fundamentan el trabajo		9
2. Síntesis e integración de las teorías y del tema		9,5
3. Contribución en el avance teórico		9,5
4. Aportaciones a la sociedad y a la ética profesional		9
Metodología de la investigación 25%		
1. Adecuación de la metodología a la temática		10
2. Instrumentos de investigación apropiados		10
3. Descripción de los métodos utilizados		10
Resultados y discusión 20%		
1. Interpretación de los datos y resultados		9
2. Uso adecuado de los mecanismos de evaluación		9,5
3. Viabilidad de la propuesta		9,5
4. Uso adecuado de las herramientas de reflexión		9
5. Figuras y tablas adecuadas		9,5
Conclusión 20%		
1. Conclusiones relacionadas con los objetivos		9,5
2. Coherencia y adecuación de las conclusiones		9,5
Aspectos formales 5%		
1. Orden y claridad en la estructura del trabajo		9,5
2. Normativa (ortográfica, sintáctica, etc.) y corrección formal		9,5
3. Referencias bibliográficas actualizadas y formato adecuado		9,5
Evaluación del proceso 5%		
1. Ha mostrado capacidades de análisis, síntesis y razonamiento y se ve reflejado en el trabajo final		9,5
Nota total sobre 10: 9,5		

****Consultar el documento "Criterios para puntuar las partes del TFM"**

Observaciones (feedback):

**Elisabet
Llauradó
Ribé**

Firmado digitalmente por
Elisabet Llauradó Ribé
Fecha: 2024.05.29
12:02:37 +02'00'

ÍNDEX

RESUM	3
ABSTRACT	4
1. Introducció	5
2. Hipòtesis	6
3. Objectius	7
3.1. Objectiu general	7
3.2. Objectiu específic	7
4. Metodologia	7
4.1. Tipus d'estudi	7
4.2. Estratègia de recerca	7
4.1.1. Paraules clau	8
4.1.2. Estratègies de recerca en els diferents cercadors	8
4.3. Criteris d'inclusió i exclusió	8
4.3.1. Criteris d'inclusió	8
4.3.2. Criteris d'exclusió	8
4.4. Revisió d'articles i extracció	8
4.4.1. Selecció d'estudis	9
4.4.2. Extracció i gestió de dades	9
4.5. Risc de biaix	9
5. Resultats	9
5.1. Característiques generals dels estudis inclosos	13
5.2. Característiques dels participants	13
5.3. Característiques de les variables estudiades	13
5.3.1. Eines d'avaluació de la càrrega del cuidador	15
5.4. Característiques de la intervenció	15
5.5. Resultats en relació a la càrrega del cuidador	19
5.6. Resultats de variables secundàries	21
5.7. Avaluació del risc de biaix	23
5.7.1. Anàlisi de sensibilitat	24
6. Discussió	25
7. Limitacions	28
8. Conclusions	28
9. Bibliografia	29

RESUM

Introducció: La població envellida ha augmentat els últims anys, augmentant les necessitats de cures mèdiques i socials. Això fa que els familiars, sobretot dones, assumeixen el 90% de les cures, patint una càrrega física i emocional. L'evidència demostra que intervencions domiciliàries i psicoeducatives ajuden a reduir la càrrega dels cuidadors i millorar-ne la qualitat de vida, però l'efectivitat de les intervencions grupals és desconeguda.

Objectiu: Conèixer l'eficàcia dels programes d'intervenció grupal dirigits a persones cuidadores informals amb sobrecàrrega del cuidador, de persones grans (≥ 60 anys) amb dependència funcional i/o cognitiva.

Metodologia: La cerca bibliogràfica s'ha fet a PubMed i Cochrane Library. S'han inclòs estudis controlats i aleatoritzats (ECA) publicats entre 2015 i 2023 que realitzaven intervencions grupals als cuidadors informals d'adults majors, amb l'objectiu de disminuir la sobrecàrrega del cuidador, i conèixer si existeixen diferències metodològiques en funció de si predomina una dependència funcional o cognitiva. La qualitat dels articles es va valorar mitjançant l'eina "Cochrane Risk of Bias tool for randomized trials".

Resultats: Dels 359 articles trobats, 8 s'han inclòs a la revisió sistemàtica, i 6 d'ells han demostrat tenir millores significatives en la sobrecàrrega del cuidador. No es van observar diferències metodològiques depenent de si els adults majors presentaven dependència funcional o cognitiva. Les intervencions van ser variades en durada, freqüència i contingut. Les intervencions incloïen educació, entrenament en habilitats, sessions de Mindfulness, exercicis terapèutics i suport psicosocial. La qualitat dels ECA inclosos va ser alta en només 3 de les 8 publicacions, en 3 moderada, i 2 baixa.

Conclusió: Les intervencions grupals per a cuidadors informals d'adults majors amb dependència són efectives reduint la sobrecàrrega del cuidador, i també podrien reduir la seva depressió, l'estrès i a millorar la qualitat de vida. Els resultats d'aquesta revisió haurien de ser considerats per a les futures polítiques i programes de salut.

Nombre de paraules: 297

Paraules clau: Intervencions grupals, cuidador, sobrecàrrega del cuidador, gent gran, dependència

ABSTRACT

Introduction: The aging population has increased in recent years, heightening the need for medical and social care. This results in family members, especially women, taking on 90% of the caregiving, enduring both physical and emotional burdens. Evidence shows that home-based and psychoeducational interventions help reduce caregivers' burden and improve their quality of life, but the effectiveness of group interventions is unknown.

Objective: To assess the effectiveness of group intervention programs aimed at informal caregivers experiencing caregiver burden, for elderly individuals (≥ 60 years) with functional and/or cognitive dependency.

Methodology: The literature search was conducted in PubMed and Cochrane Library. Randomized controlled trials (RCTs) published between 2015 and 2023 that implemented group interventions for informal caregivers of older adults, with the aim of reducing caregiver burden, were included. The review also examined if there were methodological differences based on whether the dependency was primarily functional or cognitive. The quality of the articles was evaluated using the "Cochrane Risk of Bias tool for randomized trials."

Results: Out of 359 articles found, 8 were included in the systematic review, with 6 showing significant improvements in caregiver burden. No methodological differences were observed based on whether the older adults had functional or cognitive dependency. The interventions varied in duration, frequency, and content. The interventions included education, skill training, mindfulness sessions, therapeutic exercises, and psychosocial support. The quality of the included RCTs was high in only 3 out of the 8 publications, moderate in 3, and low in 2.

Conclusion: Group interventions for informal caregivers of elderly adults with dependency are effective in reducing caregiver burden and may also help reduce depression, stress, and improve quality of life. The results of this review should be considered for future health policies and programs.

Number of words: 281

Key words: Group interventions, caregiver, caregiver burden, elderly people, dependency

1. Introducció

Una de les problemàtiques que trobem actualment a nivell mundial és l'envelliment de la població causada per tres factors: l'augment de l'esperança de vida, la disminució de la natalitat i els canvis migratoris (1). Aquests factors provoquen una acceleració de l'envelliment (2). Segons dades recents de la Organització Mundial de la Salut (OMS) (2), entre el 2015 i el 2050 el percentatge d'habitants del planeta de majors de 60 anys passarà del 12 al 22%. A nivell espanyol, segons la Institut Nacional d'Estadística (INE), al 2068 els adults majors podrien constituir el 29,4% de la població total (3). Les conseqüències d'aquesta situació disparen les atencions mèdiques i socials, ja que a mesura que les persones grans envelleixen, la seva capacitat física i psíquica disminueix, i per tant augmenta el percentatge de patologies, i conseqüentment la dependència (1,4,5). Independentment de la relació entre la dependència i les causes fisiològiques de l'envelliment, resulta més rellevant la relació entre la dependència i les condicions de salut, els factors socials, econòmics i ambientals (4). Molts estudis han demostrat que els efectes adversos provocats per la dependència són un problema greu que pot provocar conseqüències de malalties, tant a nivell funcionals com mentals. (4)

S'estima que el 80% de la gent gran que requereixen atenció i cures viuen a la comunitat, i normalment els seus principals cuidadors són familiars, els quals proporcionen el 90% de la seva atenció (5). Segons Barrantes-Monge et al. (6) la patologia més destacada que genera més situacions de dependència en gent gran és l'Alzheimer, entre altres trastorns mentals. Tot i així, una revisió sistemàtica realitzada al 2017 (7) conclou que existeix evidència suficient que afirma que l'envelliment associat al dolor mostra un major nivell de dependència funcional en aquest tipus de població.

Contextualitzant aquesta problemàtica amb el tipus de sistema de salut implementat a la major part del territori, provoca que, la dependència sigui un dels problemes amb menys solucions efectives, i que al final acaba provocant una sobrecàrrega sobre el cuidador. Segons descriuen Abellan García et al. (3), el sexe més prevalent en la figura del cuidador és la dona, normalment d'entre 48 i 65 anys, que amb un 48,4% contribueix amb més de la meitat de tot el volum de cures. Normalment la persona que cuida als homes grans és la parella, seguit de la filla. En canvi, si és la dona gran la que requereix de cures, el primer cuidador acostuma a ser la filla, seguit de l'home. En aquest context, és molt important analitzar també la política social i les xarxes familiars (8), ja que cada vegada més la vinculació de la dona al món laboral té més pes, així com la independència dels fills, les xarxes familiars petites, l'augment de l'esperança de vida i l'augment demogràfic de població envellida.

És per tots aquests motius que, la família de la persona dependent acaba veient-se obligada a haver-se d'adaptar a una nova situació, aprenent coneixements, habilitats i capacitats per fer front a problemes de cures i benestar de l'ancià (3). Per tant, acaba sent un aliat indispensable per a tot l'equip sanitari considerant-se part integral del sistema sanitari, el qual haurà d'assessorar i donar suport al cuidador informal. Aquests assessoraments s'han de centrar en la persona i el cuidador, respectant i prioritant les preferències i expectatives d'intervencions terapèutiques (9). Aquests cuidadors acaben sent moltes vegades pacients ocults que, com a resultat de la seva implicació amb les responsabilitats de la cura, poden no buscar atenció per a les seves pròpies necessitats de salut (10). Per tant, la càrrega del cuidador es pot definir com la tensió que pateix una persona que té cura d'un familiar malalt crònic, discapacitat o gran (10). La càrrega és una resposta multidimensional als estressos físics, psicològics, emocionals, socials i financers associats a l'experiència de la cura. (10)

Hi ha moltes intervencions encarades a poder donar suport als cuidadors informals amb l'objectiu de disminuir la sobrecàrrega que estant patint a l'hora de fer-se càrrec de la persona gran dependent i augmentar la seva qualitat de vida. Una revisió sistemàtica recent (11), conclou que les intervencions més eficaces per reduir la càrrega del cuidador són les visites domiciliàries i les intervencions psicoeducacionals, tant individuals com grupals. Es van poder observar efectes positius en la reducció d'ansietat, estrès o depressió (11).

Tot i tenir bastanta bibliografia amb propostes d'intervencions encarades a disminuir la sobrecàrrega del cuidador de l'adult major, el motiu d'aquesta revisió és conèixer l'efectivitat de les intervencions grupals, tenint en compte els nous rols de professionals incorporats als Centres d'Atenció Primària de Catalunya (Fisioterapeuta, Nutricionista i Referents de Benestar Social), que part de la seva carta de serveis són intervencions grupals.

2. Hipòtesis

La hipòtesis del present estudi és que les intervencions grupals als cuidadors informals de persones grans que pateixen deteriorament cognitiu i/o funcional, ajuden disminuir la sobrecàrrega del cuidador i augmenten la seva qualitat de vida.

3. Objectius

3.1. Objectiu general

Conèixer l'eficàcia de les intervencions grupals dirigides a persones cuidadores informals que pateixen sobrecàrrega del cuidador i que estan al càrrec de persones grans amb dependència.

3.2. Objectiu específic

Avaluar les diferències metodològiques de les intervencions depenent de si la dependència principal de l'adult major és majoritàriament funcional o cognitiva.

4. Metodologia

4.1. Tipus d'estudi

Aquest estudi tracta d'una revisió sistemàtica d'assajos clínics aleatoritzats de programes d'intervencions grupals a cuidadors informals que pateixen sobrecàrrega a causa de la dependència, funcional i/o cognitiva, de les persones dependents que estan al seu càrrec.

La revisió sistemàtica es va realitzar d'acord en els criteris de qualitat *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (Annex 1) (12).

4.2. Estratègia de recerca

La cerca bibliogràfica s'ha realitzat en les bases de dades Pubmed/Medline i Cochrane, i s'ha seguit, com a estratègia de recerca, els criteris PICOS, per plantejar-nos la pregunta d'investigació. PICOS és una sigla en anglès, la qual s'hi reflexa a quina població va destinat l'estudi (P), quin tipus d'intervenció es realitza (I), el tipus de comparació (C), quins resultats s'obtenen (O), i el tipus d'estudi (S). (13)

A continuació, es desglossa la pregunta PICOS d'aquesta revisió: *En persones cuidadores informals d'adults grans amb dependència, és efectiva la realització d'un programa grupal d'intervencions per reduir la sobrecàrrega del cuidador, a partir d'un estudi controlat i aleatoritzat?*

Taula 1: Estratègia PICOS	
P: Pacient	Persones cuidadores informals d'adults majors amb dependència funcional o cognitiva
I: Intervenció	Programa d'intervenció grupal
C: Comparació	Diferències metodològiques d'intervencions en base al tipus de dependència principal
O: Resultats	Efectivitat del programa en base al tipus d'intervenció i deteriorament que aborda
S: Estudi	Estudi controlat i aleatoritzat

4.1.1. Paraules clau

Les paraules claus, basat en termes MeSH (Medical Subject Headings), utilitzades han estat: “*Elderly*” i “*Dementia*”. D’altres paraules clau a destacar són: “*Caregiver Burden*”, “Cognitive Impairment”.

4.1.2. Estratègies de recerca en els diferents cercadors

Tenint en compte que uns dels objectius d’aquest estudi és avaluar diferències metodològiques distingint si la problemàtica principal que li provoca la dependència és cognitiva i/o funcional, s’han plantejat diferents estratègies de cerca en base al que ens demostra l’evidència de les patologies que generen més dependència i, per tant, sobrecàrrega del cuidador. A continuació, podem veure l’estratègia de recerca que s’ha utilitzat en cada problema de salut:

- Deteriorament cognitiu: (caregiver burden[Title/Abstract]) AND ((cognitive impairment) OR (dementia [MeSH]))
- Deteriorament funcional: (caregiver burden[Title/Abstract]) AND (elderly [MeSH]) NOT ((cognitive impairment) OR (dementia [MeSH]))

En cada una de les estratègies s’ha aplicat els següents filtres: “Title/ Abstract”, “Clinical Trials”, “Últims 10 anys” i “Free Full Text”

4.3. Criteris d’inclusió i exclusió

4.3.1. Criteris d’inclusió

A la present revisió sistemàtica s’han inclòs aquells estudis que compleixen els següents criteris:

- Articles escrits en els següents idiomes: català, espanyol o anglès.
- Estudis amb màxim 10 anys d’antiguitat (2014-2024)
- Ser assaig clínics aleatoritzats i controlats (ECA).
- Tenir excés al text complert (Full text)
- Estudis que utilitzen una intervenció grupal
- Estudis que inclouen persones cuidadores d’adults majors de més de 60 anys que viuen a la comunitat i presenten dependència funcional i/o cognitiva.
- Estudis que presenten resultats sobre la sobrecàrrega dels cuidadors

4.3.2. Criteris d’exclusió

Els estudis que presentaven alguna dels següents criteris van quedar exclosos de la revisió:

- Protocols ECA.

- Estudis que no aporten dades sobre els cuidadors.
- Estudis que només realitzin intervencions individuals.
- Publicacions duplicades.

4.4. Revisió d'articles i extracció

4.4.1. Selecció d'estudis

En primer lloc, s'ha fet ús de la pàgina "Covidence" (14), per tal d'obtenir una selecció d'alta qualitat i més àgil dels articles obtinguts en la nostra cerca. Un cop introduïts al software, es va procedir a revisar els títols, i a excloure aquells que no seguien els criteris esmentats en el punt anterior. Seguidament, es va analitzar els resums dels estudis seleccionats, i finalment, per acabar d'acotar la selecció, es va procedir a la revisió completa de l'article.

4.4.2. Extracció i gestió de dades

Un cop seleccionats els articles, es va procedir al seu anàlisi en un full d'Excel, on es van recollir les següents dades: autor; any de publicació; país on s'ha realitzat; nombre de participants total i dels diferents grup (intervenció i control); edat i gènere dels participants, patologia principal que presenten i categoria de la patologia (cognitiva o funcional); tipus i duració d'intervenció; variables estudiades i les seves respectives eines utilitzades per a l'avaluació; i efectivitat de la intervenció.

4.5. Risc de biaix

Per revisar la metodologia dels ECA que s'inclouen en aquesta revisió, s'ha fet mitjançant l'eina Cochrane Risk of Bias tool for randomized trials (Rob-2) (15), la qual consta de 6 apartats dels ECA: biaix de selecció, dissenys de l'estudi, variables confusores, cec, mètodes de recopilació de dades i retirades i abandonaments. Cada apartat s'avalua mitjançant una sèrie de preguntes específiques i aleshores s'assigna una classificació: risc baix, moderat o alt de biaix, depenent de la informació proporcionada en l'estudi. D'aquesta manera es pot determinar la validesa i confiabilitat dels resultats dels estudis i així interpretar l'evidència de manera més precisa.

5. Resultats

Es va realitzar la cerca bibliogràfica a PubMed i Cochrane i es va trobar un total de 359 articles, dels quals 25 van ser exclosos per duplicat. Dels 334 que van quedar, se'n van excloure 251, ja que no s'ajustaven als criteris d'inclusió de la revisió. A partir d'aleshores es va progressar al anàlisi dels títols i resums, i es van descartar 53 estudis, atès que

tampoc complien els criteris. L'últim anàlisi va consistir en llegir l'article i decidir quins s'inclourien a la revisió: un total de 8 estudis.

A continuació es pot veure sintetitzat amb l'eina PRISMA (12) (Figura 1).

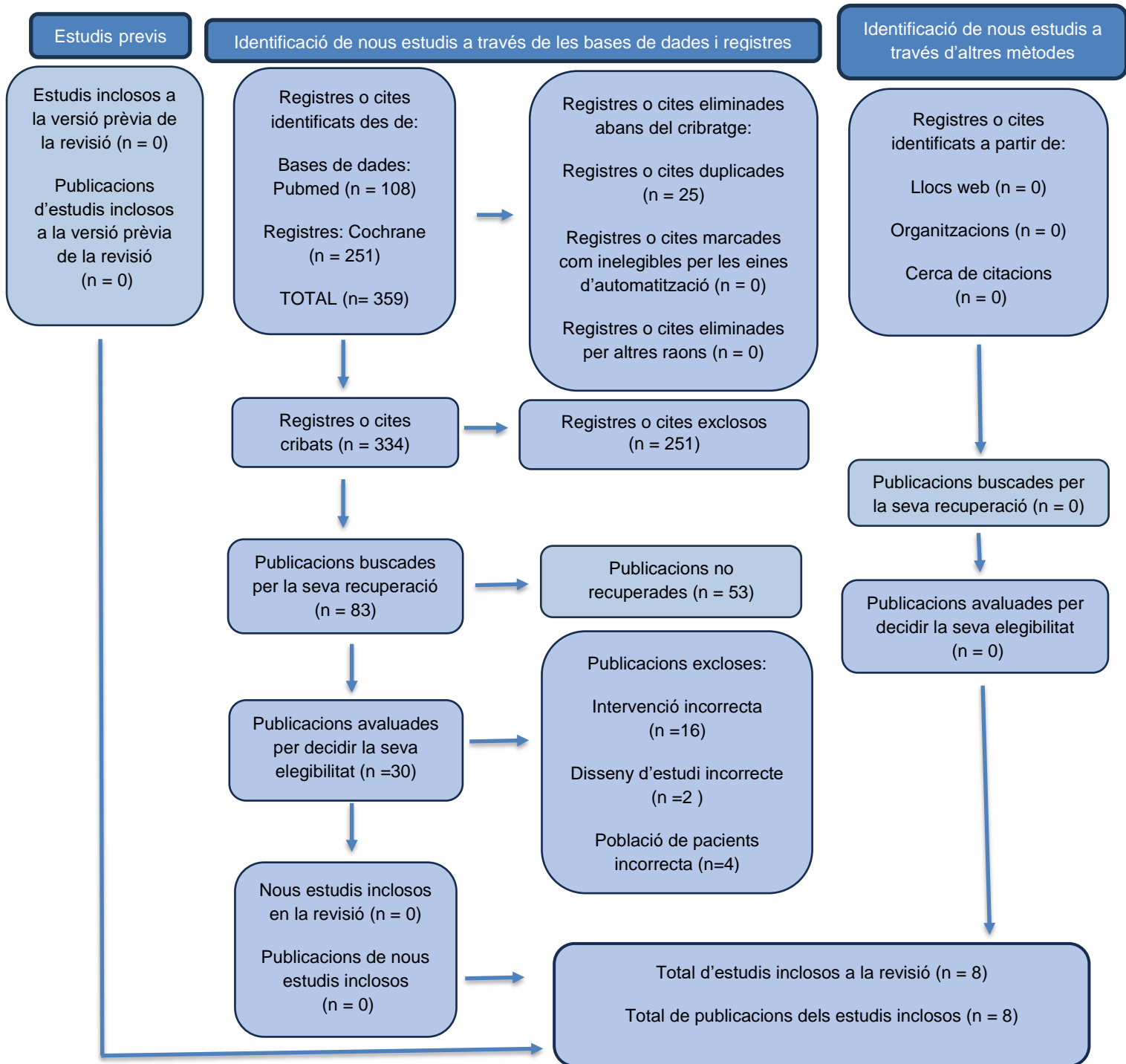


Figura 1. Diagrama de flux PRISMA

A continuació es pot observar la taula resum amb totes les dades extretes dels estudis seleccionats (Taula 2).

Taula 2. Dades dels estudis inclosos															
Dades de l'article					Característiques dels participants				Tipus d'intervenció					Resultats principals	
Autor	Any	País	Disseny	Edat cuidador	Gènere	Característiques	Àmbit	Participants	Intervenció GI	GC	Durada	Variables estudiades i eines			
1	Cheung et al.(16)	2020	Corea del Sud	RCT	mitjana 56	86,8% dones	Cuidador familiar principal (almenys durant 3 mesos) d'una persona amb demència (dependència cognitiva) 71,7% eren fills adults	Comunitat	n=53 (GI: n= 27; GC n=26)	Programa modificat de reducció de l'estrès basat en l'atenció plena (MBSR)	Programa de teràpia cognitiva basat en l'atenció plena (MBCT)	16 setmanes	<u>Estrès cuidador</u> : PSS		✓
										7 sessions grupals de 2,5h cada una + seguiment telefònic			<u>Depressió cuidador</u> : CES-D		✗
2	Doris SF Yu. (17)	2016	Xina	RCT	mitjana 61,3	>70% dones	Cuidador familiar que conviu amb adults majors fràgils durant 6h al dia (dependència funcional) >50% eren fills adults	Comunitat	n=60 (GI: n= 30; GC n=30)	Components crítics del model de Gestió Col·laborativa de Casos Socials i de Salut (HSC-CM): avaluació integral + seguiment telefònic + 7 tallers grupals	Atenció habitual: Assessorament per treballadors socials sobre preocupacions de les cures generals	16 setmanes	<u>Càrrega cuidador</u> : CBI		✓
													<u>Qualitat de vida del cuidador</u> : SF-36	Vitalitat	✓
														Salut Social	✓
														Benestar general	✓
														Funció Física	✗
														Rol psicològic	✗
														Rol emocional	✗
3	Terracciano et al.(18)	2019	Estat Units	RCT	mitjana 66,66	77% dones	Cuidador informal d'adults majors amb demència (>4h/dia) (dependència cognitiva)	Comunitat	n=73 (GI: n= 37; GC n=36)	PTC (Powerful Tools for Caregivers): Programa setmanal grupal de 6 sessions (2h/sessió)	Atenció habitual	6 setmanes	<u>Càrrega cuidador</u> : ZBI		✓
													<u>Depressió cuidador</u> : CESD;		✓
													<u>Confiança del cuidador</u> : 11-item Caregiving Self-Efficacy	Autoeficàcia i confiança	✓
Satisfacció vida Salut autoavaluada	✗														
4	Bjørge, et al. (19)	2019	Noruega	RCT	mitjana 64	>75% dones	Cuidador de familiar amb demència (dependència cognitiva) 60% cònjuges	Comunitat	n=208 (GI: n= 105; GC n=103)	Programa comunitari psicoeducatiu que consta de 3 parts: educació sobre la demència, assessorament familiar i reunions grupals	Atenció continua + se'ls informa dels serveis disponibles	48 setmanes	<u>Emocions dels cuidadors</u> : FEER-CC		✗
													<u>Emocions dels cuidadors</u> : EOI		✗
													<u>Càrrega cuidador</u> : RSS		✗
													<u>Depressió cuidador</u> : GDS		✓

5	Yazdanmanesh et al. (20)	2023	Iran	RCT	mitjana 46,5	77,8% dones	Cuidador familiar d'adult major amb Alzheimer (>6 mesos) (dependència cognitiva i funcional) 44,4% fills adults	Comunitat	n=70 (GI: n= 35; GC n=35)	Programa d'empoderament grupal (1 sessió/ setmana de 20-30min)	Atenció habitual	5 setmanes	Qualitat de Vida del cuidador: SF-12	✓		
													Càrrega cuidador: ZBI	✓		
6	Boyacıoğlu et al. (21)	2017	Turquia	RCT	mitjana 51	>85% dones	Cuidador familiar de persones majors de 65 anys durant més de 6 mesos (dependència funcional) la majoria → filles	Comunitat	n=66 (GI: n= 33; GC n=33)	Programa grupal psicoeducatiu integral basat en el Model d'Infermeria McGill (7 sessions de 30-50min)	Atenció habitual	7 setmanes	Càrrega cuidador: ZBI	✓		
													Autoeficàcia cuidador: GSE	✓		
7	Montero-Cuadrado et al. (22)	2023	Espanya	RCT	mitjana 64,30	Dones	Cuidador familiar de pacient dependent almenys durant 6 mesos (dependència funcional) 48,4% filles	Comunitat	n= 62 (GI: n= 30; GC n= 32)	FCCP convencional grupal de 6h repartit en 4 sessions de 90min durant 1 mes (3 sessions teòriques i 1 teòrico-pràctica)	36 sessions (3/setmana d'1h) addicionals d'un PTE + 3 mesos de seguiment telefònic	Atenció habitual	12 setmanes	Càrrega cuidador: ZBI;	✓	
														Intensitat del Dolor cuidador: EVA	✓	
														Incapacitat lumbar: qüestionari Roland-Morris	✓	
														Dolor cervical: NDI	✓	
														Qualitat de Vida: SF-36;	MCS PCS	✗ ✓
														Ansietat: GADS;		✓
														Depressió: GDS		✓
8	Brown et al. (23)	2015	Estats Units	RCT	mitjana 61,14	84,2% dones	Cuidador familiar d'adult major amb demència (dependència cognitiva)	Comunitat	n=38 (GI: n= 23; GC n=15)	Programa de 8 setmanes de reducció de l'estrès basat en l'atenció plena (MBSR)	Recolzament social estàndard (SS)	8 setmanes	Càrrega cuidador: ZBI;	✓		
													Qualitat relació cuidador-destinatari: FCI-MS	✗		
													Estrès: PSS	✓		
													Acceptació cuidador: AAQ II;	✗		
													Ànim cuidador: POMS	Tensió	✓	
														Depressió	✗	
														Enuig	✓	
														Confusió	✗	
Qualitat de vida: SF-366	Fatiga	✗														
	Vitalitat	✗														
Qualitat de vida: SF-366	MCS	✗														
	PCS	✗														

P-valor significatius < 0,05 (en negreta). RCT: Randomized Clinical Trial; GI: Grup Intervenció; GC: Grup Control; MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction; MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy; PSS: Perceived Stress Scale; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; ZBI: Zarit Burden Interview; CBI: Caregiver Burden Inventory; SF-36: Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Survey subscales; FEER: Felt Expressed Emotion Rating Scale; CC: Caregivers' Perception of Criticism; EOI: Emotional Over-Involvement; RSS: Relatives' Stress Scale; GDS: Geriatric Depression Scale; SF-12: 12-item Short-Form Survey subscales; GSE: General Self-Efficacy Scale; FCCP: Family Caregiver Care Program; EVA: Escala Visual Analògica; PTE: Physical Therapeutic Exercise; NDI: Neck Disability Index; MCS: Mental Component Summary; PCS: Physical Component Summary; GADS: Goldberg Anxiety and Depression Scale; FCI-MS: Mutuality Scale of the Family Care Inventory; AAQ-II: 10-item Acceptance and Action Questionnaire II; POMS: The Profile of Mood States

5.1. Característiques generals dels estudis inclosos

Els 8 articles inclosos a la revisió van ser assajos clínics aleatoritzats (ECA), els quals valoraven la eficàcia d'una intervenció grupal dirigida a cuidadors familiars d'adults majors amb patologies cròniques que provoquen dependència funcional i/o cognitiva.

La data de publicació dels articles oscil·la entre el 2015 i 2023, i el lloc de publicació és variat entre els següents països: Corea del Sud (16), Xina (17), Noruega (19), EUA (18,23), España (22), Iran (20) i Turquia (21).

5.2. Característiques dels participants

Sumant la mostra de tots els estudis seleccionats, es veu que han participat un total de 630 individus, sent l'estudi *Brown et al.* (23) el que presenta una mostra més petita (n=38), i el de *Bjørge, et al.* (19), amb 208 participants, la mostra més gran. D'aquests 630 individus, 320 van formar part del grup intervenció, i 310 del grup control.

Tots els estudis inclosos en la present revisió sistemàtica, inclouen participant majors de 18 anys que són cuidadors informals i/o familiars de persones dependents de més de 60 anys. El rang d'edat d'aquests participants oscil·la entre els 46,5 i 66 anys, i el sexe que predomina és el de la dona, amb més d'un 70%.

El tipus de malalties que presenten les persones dependents són problemàtiques relacionades amb l'edat que desencadenen una dependència funcional i/o cognitiva, sent la demència, la problemàtica més prevalent dels estudis inclosos en la present revisió sistemàtica, en la que apareix en 5 dels 8 articles. Els 3 articles restants inclouen pacients amb dependència funcional, la qual és causant de la situació de fragilitat (17,21,22).

Tots els participants són familiars d'adults majors no institucionalitzats que viuen als seus domicilis. Si ens fixem en el rol familiar de la població estudiada, els 8 articles inclosos en la present revisió tenen un denominador comú: el percentatge més elevat de cuidadors corresponen als fills i filles. Per exemple, en l'article de *Cheung et al.*(16) fins a un 71,7% dels cuidadors eren els descendents.

5.3. Característiques de les variables estudiades

Pel que fa a variables estudiades, es mostren de forma unànime les variables demogràfiques (edat, sexe, rol, etc.), explicades a l'apartat anterior. Per altra banda, la variable que tenen tots en comú és la càrrega del cuidador, ja que és la variable principal estudiada com a objectiu en aquesta revisió. No obstant, apareixen altres variables secundàries que també es van repetint: la qualitat de vida (17,20,22,23), la depressió (16,18,19,22) i l'estrès (16,22,23). Altrament, també apareixen variables secundàries

més específiques entorn a les emocions (19,23) o al dolor (22) del cuidador. Les variables estudiades en la present revisió sistemàtica van relacionades amb canvis en la figura del cuidador, encara que alguns articles, com el de Terraciano et al. (18), també s'avaluïn canvis en la demència de l'adult major. A la *Taula 3* es sintetitzen les diferents variables que apareixen i les seves respectives eines d'avaluació.

Taula 3. Variables estudiades i eines d'avaluació	
Variable	Eina d'avaluació
Càrrega del cuidador	<u>Escala de càrrega del cuidador de Zarit</u> ("Zarit Burden Interview") (ZBI) (16,18,20-23); <u>"Caregiver Burden Inventory"</u> (CBI) (17); <u>Escala d'estrès familiar</u> ("Relatives' Stress Scale") (RSS) (19).
Estrès i ansietat del cuidador	<u>Escala de Percepció de l'Estrès</u> ("Perceived Stress Scale") (PSS) (16,23): avalua el nivell de percepció de l'estrès en les persones; <u>Escala d'Ansietat i Depressió Goldberg</u> (GADS) (22): escala que presenta dos subescales, una per l'ansietat i una altra per la depressió;
Depressió del cuidador	<u>Escala de Depressió de Centres d'Estudis Espidemiològics</u> ("Center for Epidemiologic Studiese Depression Scale") CES-D (16,18): detecta i avalua la depressió <u>Escala de Depressió Geriàtrica</u> ("Geriatric Depression Scale") (GDS) (19,22): avaluar la presència i la gravetat de la depressió en adults majors
Qualitat de vida del cuidador	<u>Qüestionari de Salut SF-36</u> ("Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Survey subscales"): avalua la salut percebuda de diversos aspectes del seu funcionament físic i emocional, i aborda 8 dimensions, com són la vitalitat, el rol social i el benestar general (18,23,24). També existeix la de 12 ítems (<u>SF-12</u>) (20)
Confiança o autoeficàcia del cuidador	<u>Escala de Autoeficàcia del Cuidador</u> ("11-item Caregiving Self-Efficacy Scale") (18): avalua el nivell de confiança o autoeficàcia dels cuidadors en les seves capacitats per afrontar les demandes i reptes associats amb el càrrec de cuidar d'una persona; <u>Escala de Autoeficàcia General</u> ("General Self-Efficacy Scale") (GSE) (21): com l'anterior però no es centra únicament en el cuidador
Emocions del cuidador	<u>"Felt Expressed Emotion Rating Scale"</u> (FEER) (19): mesura i avalua l'expressió emocional percebuda per part de membres de la família o altres relacions properes. Conté les següents subescales: <ul style="list-style-type: none"> <u>Percepció dels Cuidadors de la Crítica</u> ("Caregivers' Perception of Criticism") (CC) (19): avalua com els cuidadors perceben i interpreten les crítiques o comentaris negatius relacionats amb el seu rol de cuidadors; <u>"Emotional Over-Involvement"</u> (EOI) (19): avalua el nivell de sobreimplicació emocional d'un cuidador en la vida d'una persona amb trastorn mental o de salut emocional; <u>Perfil dels estats d'ànims</u> ("Profile of Mood States") (POMS) (23): avalua diversos estats d'ànim o emocions en una persona en un moment determinat.
Dolor del cuidador	<u>Escala Visual Analògica</u> (EVA) (22): avalua la intensitat del dolor; <u>Qüestionari Roland-Morris</u> (22): avalua la incapacitat que genera el dolor lumbar; <u>Índex de Discapacitat Cervical</u> (NDI) (22): avalua la severitat del dolor cervical
Relació cuidador-pacient	<u>"Mutuality Scale of the Family Care Inventory"</u> (FCI-MS) (23): avalua la qualitat de la relació entre la persona cuidadora i el pacient en el context de la salut.
Acceptació del cuidador	<u>"10-item Acceptance and Action Questionnaire II"</u> (AAQ II) (23): avalua la disposició d'una persona a acceptar experiències internes desagradables i a comprometre's amb accions que siguin coherents amb els seus valors i objectius personals.

5.3.1. Eines d'avaluació de la càrrega del cuidador

L'Escaleta de Càrrega del Cuidador de Zarit (ZBI) (24) i l'Inventari de Càrrega del Cuidador (CBI) (25) són dues eines diferents utilitzades per avaluar la càrrega o l'estrès percebut pels cuidadors. Tot i que ambdós escales estan dissenyades per mesurar aspectes similars, com ara l'impacte emocional, físic i social de l'assistència, tenen algunes diferències en el seu enfocament i estructura.

El ZBI, desenvolupat per *Zarit et al.*, es centra principalment en avaluar la càrrega percebuda pels cuidadors de persones grans, especialment aquelles amb demència. Consta de 22 ítems que aborden aspectes com l'impacte emocional, la salut física, les relacions familiars i socials, i la percepció de la qualitat de vida del cuidador.

D'altra banda, el CBI, desenvolupat per *Novak i Guest*, és una escala més àmplia que abasta cinc àrees de càrrega del cuidador: càrrega general, càrrega de temps, càrrega social, càrrega emocional i càrrega financera. Consta de 24 ítems i està dissenyat per ser aplicable a una varietat de situacions d'assistència, no només per a persones grans amb demència.

La darrera escala que també apareix per avaluar la càrrega del cuidador és l'Escaleta d'Estrès Relatiu (RSS) (26), també anomenada *Escaleta de Tensió Relativa*. És una eina utilitzada per avaluar el nivell de tensió o estrès en una determinada situació o context. Aquesta escala es centra en mesurar l'impacte emocional i psicològic que té el rol de cuidador en els membres de la família o persones properes al pacient.

5.4. Característiques de la intervenció

Les intervencions són variades, en quant a durada, freqüència i contingut, però totes comparteixen l'objectiu comú de donar suport als cuidadors familiars de forma grupal, en que moltes d'elles es complementen amb altres intervencions: seguiments telefònics, avaluacions individuals, etc.

La majoria van durar un total d'entre 5 a 8 setmanes (18,20,21,23), en canvi els estudis que van durar més van ser el de Bjørge, et al. (19), el de Doris SF Yu. (17), Cheung et al. (16) i el de Montero-Cuadrado et al. (22), amb 48 mesos, 16 setmanes, 16 setmanes i 12 setmanes, respectivament.

Pel que fa al tipus d'intervenció, es destaca l'article de Montero-Cuadrado et al. (22), ja que és l'únic que utilitza un programa d'exercici terapèutic per a les sessions. Tota la resta són sessions psicoeducatives, exceptuant els estudis de Cheung et al. (16) i Brown et al. (23), que van utilitzar diferents tècniques de Mindfulness en les sessions grupals.

Tanmateix, el professional de la salut que es repeteix més a l'hora de liderar els projectes és el d'infermeria. Tot i això, la intervenció que té l'equip multidisciplinar més complet és la de *Doris SF Yu.*, format per professionals de la nutrició, d'infermeria, fisioteràpia i treball social. Altrament, també és destacable la figura del professional expert de Mindfulness (16,23).

Pel que fa a la metodologia de les intervencions amb el tipus de dependència prevalent en els adults majors, no es mostren diferències metodològiques importants. Si que tenen en comú que les tècniques de Mindfulness són utilitzades en dependències cognitives, i en les dependències funcionals, les intervencions compten amb més varietat de professionals. Es pot veure sintetitzat a la *Taula 4*.

A continuació es realitza un anàlisi article per article. Si ens fixem amb el primer de la Taula 2 (16), Cheung et al. té com objectiu conèixer la viabilitat d'implementació de protocols de Mindfulness en cuidadors familiars de persones amb dependència. És per això, que compara dues vessants entre grup control i grup intervenció. La metodologia a seguir és la mateixa en ambdós grups: un total de 7 sessions grupals, de 2 hores i mitja cada una, en que les 4 primeres són setmanals, i les 3 darreres mensuals amb seguiment telefònic. També se'ls hi va entregar un CD d'àudio amb gravacions dels exercicis d'atenció plena. Les tècniques utilitzades són MBSR ("Mindfulness-Based Stress Reduction") i la MBCT ("Mindfulness-based cognitive therapy"). El MBSR és un programa modificat de reducció de l'estrès basat en l'atenció plena que aborda els estats d'ànim baixos i els pensaments negatius per ajudar als participants a adquirir experiència en el reconeixement del símptomes emocionals. Per altra banda, el MBCT consisteix en un programa de teràpia cognitiva basat en l'atenció, que a través de la psicoeducació, ajuda als participants a comprendre les seves reaccions habituals al estrès. (16)

En el model de Doris SF Yu. (17), la intervenció va estar encapçalada per l'equip de Gestió de Casos d'un equip multidisciplinari (2 infermeres i 3 treballadores socials). El grup d'intervenció va estar sotmès a: una avaluació integral per identificar les necessitat del cuidador; un enfoc de gestió de casos per proporcionar atenció integrada, coordinada i continua; i educació grupal multidisciplinària personalitzada pel cuidador. Pel que fa a l'últim punt, els cuidadors van seguir un total de 7 tallers duts a terme per un equip multidisciplinari (nutricionista, infermera, fisioterapeuta, treballadora social): *nutrició, maneig de símptomes, gestió de medicació, activitat física i exercici, riscos ambientals i prevenció de caigudes, promoció de la salut mental i maneig de l'estrès.*

Per altra banda, el grup control va realitzar un assessorament per treballadors socials sobre preocupacions de les cures generals.

La intervenció proposada per Terraciano et al. (18) consta de 6 classes grupals, de 2 hores cada una, dirigides per dos líders del Programa PCT (“Powerful Tools for Caregivers”). És un programa educatiu que té com a objectiu ajudar als cuidadors a millorar les pràctiques d'autocura i gestionar el malestar emocional. El grup control realitza l'atenció habitual.

La següent intervenció la descriu Bjørge, et al. (19) en el seu estudi, que té com a objectiu examinar el grau d'influència d'una intervenció psicosocial en la percepció de la relació des del punt de vista dels cuidadors. La intervenció en qüestió tracta d'un programa educatiu que consta de 3 parts: *educació sobre la demència, assessorament familiar i reunions grupals*. Sobre la educació de la demència, els participants van acudir a un programa educacional comunitari o a 2 seminaris de mitja jornada. En el cas de l'assessorament familiar, es va seguir 5 sessions individuals amb cada família durant els 3 primers mesos. En dues d'aquestes sessions també hi va participar la persona cuidada. I per últim, les famílies van participar a 6 reunions grupals de dues hores de durada realitzades dos cops al mes, en les quals l'objectiu principal era permetre que els cuidadors comprenguessin que els símptomes cognitius i neuropsiquiàtrics no eren intencionals, sinó que eren arrel de la demència. El grup control se li realitza una atenció continua juntament amb informació sobre recursos i serveis disponibles.

Seguint amb l'anàlisi de les diferents intervencions, Yazdanmanesh et al. (20) descriu un programa d'empoderament grupal de 5 setmanes, amb una sessió setmanal de 20-30min. L'objectiu d'aquest programa era augmentar el coneixement i millorar les habilitats de les famílies en l'atenció a la persona dependent, juntament amb millorar la salut física i mental, i la capacitat de presa de decisions i resolució de problemes. L'autor detalla les sessions amb la participació d'entre 7-10 cuidadors. Les 5 sessions es van dividir en diferents temes: *Introducció de la malaltia d'Alzheimer i atenció al pacient; Atenció al pacient respecte l'autocura; Trobar i donar-li sentit a la vida; Satisfacció amb l'atenció dels pacients amb Alzheimer; Resolució de problemes*. Per altra banda, el grup control va realitzar l'atenció habitual.

Boyacıoğlu et al. (21) proposa un programa grupal psicoeducatiu integral basat en el Model d'Infermeria McGill repartit en 7 sessions de 30-50 minuts. L'enfocament central d'aquest model és l'enfortiment entre l'individu i la família. Aquest programa consta de 3 pilars: *l'educació (es tracta problemes comuns de les persones grans i les seves malalties freqüents, cura i problemes habituals en les cures, serveis de recolzament a*

domicili...); la demostració (a través d'exercicis de relaxació i respiració); assessorament (per exemple, de com afrontar la càrrega del cuidador i els problemes relacionats). També es realitzen entrevistes individuals de seguiment. Al grup control se li va realitzar l'atenció habitual.

En relació a l'estudi publicat per Montero-Cuadrado et al. (22), la intervenció que planteja és un Programa d'Atenció de Cuidadors Familiars (FCCP) convencional grupal, el qual té l'objectiu d'avaluar els efectes del programa sobre la qualitat de vida, condició física i benestar emocional. Tant grup control com d'intervenció realitzen les primeres 6 hores repartides en 4 sessions de 90 minuts durant 1 mes (3 sessions teòriques i 1 teòrico-pràctica) igual. Aquestes primeres sessions les van dur a terme una infermera, una treballadora social i una fisioterapeuta. Posteriorment, el GI realitza 36 sessions addicionals d'una hora (3 a la setmana durant 12 setmanes) d'un Programa d'Exercici Terapèutic (PTE) amb grups d'entre 15 i 20 cuidadors, més 3 mesos de seguiment telefònic (6 trucades).

Per últim, la intervenció que ens proposa Brown et al. (23) al seu estudi tracta d'un programa de l'estrès basat en l'atenció plena (MBSR), un tipus de Mindfulness, del qual també l'estudia Cheung et al. en el seu article (16). La diferència és que en l'estudi de Brown et al. redueixen la intervenció a 8 setmanes i només estudien un tipus de Mindfulness, ja que el grup control realitza un recolzament social estàndard. El seu objectiu és avaluar l'eficàcia de la tècnica esmentada per reduir l'estrès i millorar la qualitat de relació entre cuidador i adult major amb demència.

Taula 4. Característiques de les intervencions del GI

Article	Intervenció	Metodologia	Coordinació	Durada	Dependència prevalent
Cheung et al. (16)	GI: Mindfulness (MBSR)	7 sessions grupals (2,5h/ sessió) + seguiment telefònic + àudio per pràctica a casa	Experts de Mindfulness, infermeria i psicologia	16 set	D. cognitiva
	GC: Mindfulness (MBCT)				
Doris SF Yu. (17)	GI: HSC-CM ("A health and social collaborative case management")	Avaluació integral + seguiment telefònic + 7 tallers grupals	Nutricionista, Infermer/a, Fisioterapeuta, Treball Social	16 set	D. Funcional
	GC: Assessorament sobre preocupacions de les cures generals	Atenció habitual	Treball social		
Terracciano et al. (18)	GI: PCT ("Powerful Tools for Caregivers")	6 tallers grupals (2h/sessió)	2 líders del programa	6 set	D. Cognitiva
	GC: Atenció habitual				

<i>Bjørge, et al.</i> (19)	GI: Programa comunitari psicoeducatiu	Programa comunitari + 5 sessions individuals + 6 reunions grupals (2h)	Infermeres i Terapeutes Ocupacionals	48 set	D. cognitiva
	GC: Assessorament de recursos disponibles	Atenció habitual			
<i>Yazdanmanesh et al.</i> (20)	GI: Programa grupal d'empoderament	5 sessions grupals (20-30min)	Infermeres	5 set	D. cognitiva
	GC: Atenció habitual				
<i>Boyacıoğlu et al.</i> (21)	GI: Programa grupal psicoeducatiu integral basat en el Model d'Infermeria McGill	7 sessions grupals (30-50 min)	Infermeres	7 set	D. funcional
	GC: Atenció habitual				
<i>Montero-Cuadrado et al.</i> (22)	GI: FCCP + PTE	4 sessions grupals FCCP + 36 sessions grupals PTE (1h 3c/set) + seguiment telefònic	Fisioterapeuta	12 set	D. funcional
	GC: FCCP (4 sessions) + Atenció habitual				
<i>Brown et al.</i> (23)	GI: Mindfulness (MBSR)	8 sessions grupals setmanals (1,50h)	Experts Mindfulness	8 set	D. cognitiva
	GC: Assessorament social estàndard		Treball social		

GI: Grup Intervenció; GC: Grup Control; MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction; MBCT: Mindfulness-based cognitive therapy; FCCP: Programa d'Atenció de Cuidadors Familiars; PTE: Programa d'Exercici Terapèutic

5.5. Resultats en relació a la càrrega del cuidador

Gairebé tots els estudis inclosos a la present revisió sistemàtica (17,18,20–23) mostren disminució de la sobrecàrrega del cuidador a favor del grup intervenció excepte dos d'ells. Aquests són el de Cheung et al.(16) i el de Bjørge, et al. (19).

Cheung et al. (16) avalua l'eficàcia del Mindfulness amb els cuidadors d'adults majors, fent que un grup practiqui el MBSR, i l'altre el MBCT. En relació a la comparació intergrups de la sobrecàrrega no es mostren millores significatives, tot i que en els dos grups disminueix la sobrecàrrega, en el que es marca més diferència és en el grup que s'aplica la tècnica MBCT. Es conclou per tant, tot i que les diferències no són significatives, que el mètode MBCT és més eficaç en la reducció de la sobrecàrrega.

L'altre estudi que no obté resultats d'efectivitat en relació a la variable de sobrecàrrega és l'estudi de H. Bjørge, et al. (19). Aquest no va poder demostrar diferències estadísticament significatives en relació a la càrrega del cuidador a favor del grup intervenció ($p=0,35$). Quant a resultats intragrupos, en el grup intervenció hi ha una

disminució del 0,1 (25 a 24,9), i en el grup control un augment de sobrecàrrega del 0,4 (23,5 a 23,9).

En el model de Doris SF Yu. (17), amb la seva intervenció multidisciplinària a través de l'equip de gestió de casos, es pot observar que l'índex de càrrega del cuidador disminueix significativament en el grup intervenció ($p=0,03$). Tot i que no ens indica quant disminueix, sabem els valors de cada grup al inici i al final: GI (48.4 ± 19.1 a 35.4 ± 18.7) i GC (46.4 ± 14.2 a 44.9 ± 14.9). Pel que fa a comparació de temps de cada grups, la càrrega també disminueix post intervenció.

Respecte la càrrega del cuidador analitzada en l'estudi de Terraciano et al. (18), també s'obté una millora estadísticament significativa a favor del grup intervenció ($p < 0,05$), amb una diferència de 0,63. Pel que fa a canvis intragrups, en el GI s'observa una millora significativa, amb més d'un 50%, i en el GC la diferència de millora neta va ser del 41%.

Seguint amb l'anàlisi dels resultats, Yazdanmanesh et al. (20), va obtenir una disminució significativa en la puntuació del ZBI en la càrrega dels cuidadors a favor del grup d'intervenció de -5.8 ± 20 de diferència, i en el grup control augmenta 0.5 ± 0.6 , pel que suposa una p valor estadísticament significativa de $p < 0,001$.

Boyacıoğlu et al. (21) també va seguir la línia de l'estudi anterior, amb una disminució de la puntuació del ZBI de 17,73 en el grup intervenció i també va disminuir el grup control però amb menys diferència (7,84). Per tant, es va obtenir una disminució significativa en la càrrega del a favor del grup intervenció ($p < 0,05$).

En relació a l'estudi publicat per Montero-Cuadrado et al. conclou que el Programa d'Exercici Terapèutic que realitza el GI és efectiu en relació a la càrrega del cuidador, ja que la percepció de la carga subjectiva disminueix de manera significativa -10.32 (-12.52 a -8.13) ($p < 0,01$). Pel que fa a resultats intragrups, en el GI també es va aconseguir una disminució de la puntuació de la sobrecàrrega de forma significativa ($p < 0,001$). Es va produir una disminució del 31,2% en el nombre de cuidadors del GI que inicialment van presentar una "càrrega subjectiva severa" i un augment del 25% en el nombre de cuidadors que van passar de presentar a no presentar càrrega subjectiva.

Per últim, els resultats que apareixen en l'estudi de Brown et al. (23) s'observa una reducció significativa en la càrrega del cuidador a favor del grup intervenció ($p=0,046$), ja que el grup intervenció passa d'un 48.17 ± 12.34 pre intervenció a un 38.58 ± 11.93 post intervenció (diferència de 9,59), i el grup control d'un 40.60 ± 16.71 a un 37.80 ± 21.41 (diferència de 2,8).

Els resultats detallats es poden consultar a l'Annex 2.

5.6. Resultats de variables secundàries

En aquest apartat s'exposen la resta de resultats pel que fan les variables secundàries estudiades en els 8 estudis inclosos: qualitat de vida, estrès i ansietat, depressió, confiança o autoeficàcia, emocions, dolor, relació cuidador-pacient i acceptació del cuidador.

Pel que fa a qualitat de vida, ha estat avaluada per la eina SF-36 o SF-12, i ha aparegut en un total de 4 estudis (17,20,22,23), 3 dels quals s'ha obtingut milloria significativa en gairebé a totes les àrees de l'escala. L'estrès i l'ansietat, s'ha avaluat amb l'escala PSS (16,23) i amb l'Escala d'Ansietat i Depressió Goldberg (22): en tots 3 articles ha esdevingut efectiva la intervenció en quant a aquestes variable. Quant a la variable de depressió, aquesta a aparegut a 4 dels 8 estudis, avaluada a través de les escales GDS (19,22) i CES-D (16,18): la intervenció és efectiva en els estudis de Montero-Cuadrado et al. (22), Bjørge, et al. (19) i Terraciano et al. (19). La variable d'autoeficàcia i confiança del cuidador només apareix en 2 estudis (18,21) però en els dos es demostra la seva efectivitat. Pel que fa a les emocions, aquesta variable s'ha estudiat en els articles de Bjørge, et al. (19), en el que s'ha utilitzat les escales FEER-CC i EOI, i no s'ha pogut demostrar millories significatives; i Brown et al. (23), en el que s'ha avaluat diferents categories de l'escala POMS i només ha esdevingut efectiva la intervenció en 2 de les 6 categories (tensió i enuig). Si ens fixem amb la variable de dolor, només apareix en l'estudi de Montero-Cuadrado et al. (22), el qual mostra efectivitat en la intensitat, dolor lumbar i cervical. Per últim, Brown et al. (23) estudia les variables de relació cuidador-pacient i acceptació del cuidador, i en cap d'elles pot demostrar millories estadísticament significatives.

A continuació, s'analitza més en detall cada article de la revisió sistemàtica. En el cas de l'article de Cheung et al. (16), s'evidencia millores estadísticament significatives a favor del grup que realitza el MBCT ($p=0,019$) en la variable de l'estrès (PSS) i en els dos grups s'observa una milloria després de la intervenció. Quant a la variable de depressió, no apareixen millores significatives en quant a la relació intergrups ($p=0,345$), tot i que un cop més, en la tècnica MBCT la depressió disminueix més que en l'altra.

Doris SF Yu. (17) introdueix la variable de qualitat de vida del cuidador al seu estudi a través de l'escala SF-36. De tots els elements inclosos aquesta escala, només apareixen canvis significatius a favor del grup intervenció en les 3 de les 8 variables: la vitalitat ($p=0,049$) on el GI passa de 52.3 ± 16.4 a 65.3 ± 17.3 , i el GC de 49.8 ± 18.9 a 53.8 ± 15.9 ;

el rol social ($p=0,047$), on el GI passa de $64,9\pm 29,8$ a $74\pm 26,8$, i el GC de $68,1\pm 25$ a $62,9\pm 22$; i el benestar general ($p=0,049$), on el GI passa de $42,3\pm 21,8$ a $49,5\pm 20$, i el GC de $44,4\pm 22,3$ a $44,8\pm 23,8$. Pel que fa a diferències de resultats intragrups, fixant-nos en el grup intervenció, en totes les variables s'observa un augment un cop acabada la intervenció, en canvi en el grup control, gairebé totes augmenten en menys mesura, excepte la salut social, el rol emocional i el dolor, que disminueixen, i el rol psicològic no s'hi observen canvis.

Respecte els resultats obtinguts en l'estudi de Terraciano et al. (18) en les variables de depressió i autoeficàcia i confiança del cuidador entre grup control i grup intervenció, demostren una milloria significativa a favor del grup intervenció ($p<0,05$). En canvi, pel que fa a les variables de satisfacció de vida i salut autoavaluada no s'observen millores significatives. Quant a canvis intragrups, només s'observa una millora significativa en el GI en les variables de depressió i salut autoavaluada: més del 50% dels participants van mostrar millores en símptomes depressius i en l'autoeficàcia, i el 14% van empitjorar. Per altra banda, en el grup control, no hi va haver millores similars, i la diferència de millora neta va ser del 32% per símptomes depressius i 70% per l'autoeficàcia.

Bjørge, et al. (19) només va poder demostrar canvis significatius en la disminució de la depressió a favor del grup intervenció fins a 1,70 punts ($p=0,01$). Quant a resultats intragrups, en el grup intervenció la depressió disminueix 0,1 punts, passant del 7,7 a 7,6, i en el grup control la depressió augmenta del 5,7 a 6,2. Pel que fa a les variables emocionals dels cuidadors, no es van obtenir millores significatives entre grups (FEERS-CC $p=0,59$ i EOI $p=0,61$), i tampoc hi van haver diferències importants intragrups.

Seguint amb l'anàlisi dels resultats, Yazdanmanesh et al. (20), l'altra variable estudiada també és la de qualitat de vida, la qual es va produir un augment significatiu ($p<0,001$) a favor del grup intervenció. El GI va ser significativament millor que el GC en 5,611 unitats ($p<0,001$, IC 95%= $4,765-6,457$) a l'avaluació inicial, de mode que va augmentar en 2,417 unitat en l'avaluació final ($p<0,001$, IC 95%= $1,381-3,452$). Per tant, s'evidencia una creixement del GI en la puntuació de Qualitat de Vida des de la situació basal fins a l'última avaluació, mentre que el GC va disminuir significativament ($p<0,001$).

La variable secundària de l'estudi de Boyacıoğlu et al. (21) va ser l'autoeficàcia del cuidador, amb l'escala GSE. Es va obtenir un augment significatiu en la puntuació de GSE gràcies al Model d'infermeria McGill ($p<0,05$), on el GI va passar d'un 25.27 (3.99) a un 34.66 (3.08), i el GC d'un 25.51 (5.31) a un 28.90 (5.06).

En relació a l'estudi publicat per Montero-Cuadrado et al., s'observen els següents resultats: pel que fa a la variable de intensitat del dolor, es va observar un increment de 2,3 punts no significatiu en el GC ($p>0,05$), a diferència del GI, que va tenir una important disminució significativa de 23,4 punts ($p<0,05$). La comparació d'aquesta variable entre GC i GI també va presentar una disminució significativa de 25,7 punts a favor del GI ($p<0,01$). Pel que fa a la discapacitat lumbar del GC, aquesta va augmentar significativament 0,54 punts ($p<0,05$) post intervenció, i en el GI va resultar el contrari, va disminuir 3,16 punts de forma significativa ($p<0,001$). El dolor lumbar també va demostrar una diferència estadísticament significativa intergrups, amb un augment al GI ($p<0,001$). Pel que fa al dolor cervical, el GI també va disminuir significativament 5,81 punts ($p<0,01$), i en el GC es va produir un augment significatiu de 1,01 punts ($p<0,05$). Es va demostrar millores significatives a favor del GI en la comparació intergrups ($p<0,01$). En relació als efectes de la intervenció sobre la qualitat de vida avaluada per l'escala SF-36, la qual distingeix entre mental (MCS) i físic (PCS), van aparèixer diferències estadísticament significatives intragrup pels cuidadors del GI (MCS $p<0,05$ i PCS $p<0,01$). No obstant, en el GC hi va haver un augment lleu però no va ser estadísticament significatiu. Tampoc hi va haver diferències significatives entre el GC i GI pel que fa a MCS, però sí que n'hi va haver pel que fa a PCS ($p<0,001$). Si ens fixem amb variables d'ansietat i depressió, s'observa que l'avaluació pre i post intervenció va disminuir de manera significativa ($p<0,01$) en el GI, i en el GC va augmentar de forma lleu no significativa. Les diferències entre grups també van ser estadísticament significatives.

Per últim, els resultats que apareixen en l'estudi de Brown et al. (23) reflexa que va disminuir significativament els nivells d'estrès percebut ($p=0,03$) i d'alteració de l'ànim (només en la tensió ($p=0,024$) i en l'enuig ($p=0,016$)) a favor del grup intervenció. Per tant, la intervenció conclou que no va mostrar avantatges neuroendocrins i psicosocials sostingudes sobre el GC.

Els resultats detallats es poden consultar a l'Annex 2.

5.7. Avaluació del risc de biaix

En la Figura 2 es pot observar el risc de biaix avaluat dels ECA inclosos en la revisió, mitjançant l'eina Cochrane Risk of Bias tool for randomized trials (Rob-2) (15).

	Generació de la seqüència aleatòria	Ocultament de l'assignació	Cegament de l'avaluació de resultats	Dades de resultats	Report selectiu	Conclusió
Cheung et al.(17)	!	!	!	!	!	!
Doris SF Yu. (18)	!	!	!	!	!	!
Terraciano et al. (19)	+	+	+	+	+	+
Bjørge, et al. (20)	+	+	+	+	+	+
Yazdan-manesh et al. (21)	!	!	!	!	!	!
Boyacıoğlu et al. (22)	!	!	!	!	!	!
Montero-Cuadrado et al. (23)	+	+	+	+	+	+
Brown et al. (24)	!	!	!	!	!	!

Figura 2. Risc de Biaix ECA

Els articles Cheung et al. (16) i Doris SF Yu. (18) presenten un alt risc de biaix en les variables de generació de la seqüència aleatòria i ocultament de l'assignació. Pel que fa a l'cegament de l'avaluació de resultat, report selectiu i dades personals, no hi ha suficients dades per determinar el risc biaix. Això suggereix una manca de rigor en el disseny dels estudis, el que podria afectar la validesa dels resultats.

Per altra banda, els estudis de Yazdanmanesh et al. (20) i Boyacıoğlu et al. (21) presenten un risc de biaix moderat en la majoria de les variables. Això indica que, mentre tenen certes salvaguardes metodològiques, encara hi ha factors que podrien influir en la fiabilitat dels resultats. Tanmateix, els estudis amb baix risc de biaix de la revisió són els de Terraciano et al. (18), Bjørg et al. (19) i Montero-Cuadrado et al. (22), i per tant, tenen una millor qualitat metodològica.

5.7.1. Anàlisi de sensibilitat

L'anàlisi de sensibilitat té com a objectiu examinar com els resultats de l'estudi podrien variar si es detecta risc de biaix, i que per tant pogués afectar de manera significativa les conclusions. És a dir, ajuda a avaluar la robustesa i la fiabilitat dels resultats i pot identificar quins factors tenen el major impacte en les conclusions de l'estudi.

En la present revisió, els articles Cheung et al. (16) i Doris SF Yu. (18) presenten un alt risc de biaix. Tenint en compte que 6 dels 8 estudis inclosos mostren eficàcia sobre la sobrecàrrega del cuidador, en el cas que aquests dos que tenen un alt risc de biaix quedessin fora de la revisió, quedaria llavors un total de 4 de 6 estudis que presenten eficàcia sobre la variable estudiada, ja que l'article de Cheung et al. (16) no mostra millores significatives, però el de Doris SF Yu. (18) sí. Per tant, els resultats tindrien la mateixa tendència.

6. Discussió

Aquesta revisió sistemàtica inclou 8 estudis clínics aleatoritzats que van avaluar l'eficàcia d'intervencions grupals dirigides a cuidadors familiars d'adults grans amb dependència funcional i/o cognitiva. La variable principal estudiada és la sobrecàrrega del cuidador, tot i que també s'analitzen altres variables secundàries que ens donaran informació més detallada i específica de l'efecte causat.

En primer lloc, cal destacar que el perfil de la persona cuidadora informal, que apareix de forma gairebé unànime en tots els estudis, recau en dones descendents de les persones grans dependents d'entre 46,5 i 66 anys, perfil que no s'allunya del que ens aporta la bibliografia existent (3).

Entrant en matèria, pel que fa a la variable principal de sobrecàrrega del cuidador, els resultats obtinguts de la present revisió sistemàtica confirmen la hipòtesis plantejada al començament de l'estudi, ja que 6 dels 8 estudis van aconseguir una reducció significativa post intervenció a favor del grup intervenció. Totes les intervencions són presencials i la majoria, quatre de sis, realitzen intervencions psicoeducatives d'entre 5-6 sessions (17,18,20,21), en les que tracten tant dependències cognitives com funcionals, amb l'objectiu d'informar sobre la patologia que pateix l'adult major, estratègies d'actuació i recursos disponibles. Tot i així, en una revisió sistemàtica publicada el 2018 per Bustilo et al. (27), en la que inclou 33 estudis d'intervencions, tant grupals com individuals, conclou que, per davant de les intervencions psicoeducatives, les més efectives són les cognitivo-conductuals. Tot i així, la present revisió sistemàtica basada en intervencions grupals, no mostra cap intervenció cognitivo-conductual.

Per altra banda, intervencions com les d'un programa multimodal amb exercici terapèutic (22) o mindfulness (23) també demostren la seva efectivitat amb cuidadors de pacients amb dependència funcional i cognitiva, respectivament. Law & Kwok (28), amb el seu estudi publicat al 2019, també confirma l'efectivitat d'una intervenció multimodal amb

exercici terapèutic, tot i que ho fa de forma individual. I quant a l'evidència del mindfulness, Liu et al (29) descriu que, tot i presentar limitacions, la tècnica MBSR té el potencial de satisfer algunes necessitats importants del cuidador.

Pel que fa a la monitorització de la sobrecàrrega del cuidador, es pot confirmar que en els 8 estudis la puntuació ha disminuït en el grup intervenció en la fase postintervenció. Tot i així, hi ha controvèrsia en quant a partir de quin nombre la reducció de la sobrecàrrega té un impacte clínic. No obstant, si que es pot saber les diferències de puntuació que han aparegut ens els diferents estudis en les diferents escales. Centrant-nos en l'Escala Zarit (ZBI), que apareix en 6 dels 8 estudis inclosos en aquesta revisió sistemàtica,. Els estudis que van mostrar diferències significatives, on la diferència més destacada va ser la de Terracciano et al. (18), Montero-Cuadrado et al. (22) i Brown et al. (23), amb una disminució de -10,42, -10,32 i -9,59, respectivament. Aquests resultats s'apropen a la tendència estadística que apareix en bibliografia semblant (30). La disminució de puntuacions en l'escala de Zarit que es considera clínicament rellevant, segons estudis recents i literatura sobre el tema, és d'aproximadament 4 a 5 punts en l'escala Zarit. Per exemple, una investigació publicada a *The Gerontologist* (31) va destacar que canvis d'aquesta magnitud s'associen amb una reducció notable en la percepció de la càrrega del cuidador, la qual cosa és un indicador clau de l'efectivitat de les intervencions. Un altre estudi publicat a *BMC Medicine* (32) va confirmar que aquest rang de disminució és útil per identificar millores significatives en la càrrega percebuda pels cuidadors després de diverses intervencions o canvis en la situació de cura. Aquestes referències suggereixen que, en avaluar programes de suport i tractament, una reducció de 4 a 5 punts en l'escala de Zarit és un criteri raonable per considerar una intervenció com efectivament alleujadora de la càrrega del cuidador, per tant els articles mencionats anteriorment aconseguixen una reducció clínicament rellevant de la sobrecàrrega del cuidador.

La millora de la sobrecàrrega està estretament relacionada amb la millora de variables secundàries també estudiades, pel que causa un impacte clínic, sobretot en la salut mental de la persona que cuida pel que fa a la depressió, estrès i qualitat de vida. Entrant en detall, les que mostren millores estadísticament més significatives són: l'estrès i l'ansietat (16,23), en 2 de 3 articles que s'avalua, els quals són els que realitzen la intervenció de mindfulness i tracten a cuidadors d'adults majors amb dependència cognitiva; la qualitat de vida (17,20), en 2 de 4 articles que s'avalua a través de les escales SF-36 i SF-36; i la depressió (18,19), en 2 de 4 articles que s'avalua, els quals també realitzen un programa psicoeducatiu en cuidadors informals d'adults majors amb dependència cognitiva. Orueta-Sánchez et al. (33), en el seu estudi conclou que la

incorporació d'un programa a l'atenció primària dirigit a cuidadors informals de persones dependents repercuteix positivament sobre aquest, millorant la seva percepció sobre l'assistència rebuda, reduint la seva utilització dels serveis sanitaris, disminuint el grau de sobrecàrrega i la seva percepció de manca de suport social.

Per tant, la present revisió ens confirma que programes grupals dirigits a cuidadors informals, ja siguin psicoeducatius, o bé de mindfulness o multicomponents, té un impacte important en la reducció d'estrès, disminució de la depressió i millora de la qualitat de vida (16–20,23). A més a més, l'autoeficàcia i la confiança del cuidador també incrementa, monitoritzada per l'escala GSE en els articles de Terracciano et al.(18) i Boyacıoğlu et al. (21). No obstant, també s'han vist millores físiques, com el dolor cervical o lumbar, pel que fa a l'article de Montero-Cuadrado et al. (22).

Per altra banda, hi ha poca bibliografia que recolzi una millora en la salut de l'adult major dependent cuidat en aquest tipus d'intervenció. En el cas de Bjørge et al. (20), no pot demostrar millores significatives pel que fa a la depressió, demència o activitats instrumentals de la vida diària de l'adult major dependent.

També cal destacar el paper poc rellevant de l'equip multidisciplinari que participa en alguns dels estudis inclosos a la revisió (17,18,20), ja que no apareix diferències significatives importants pel que fa la variable principal estudiada de sobrecàrrega del cuidador (17,20). En canvi, en estudis on la intervenció ha sigut més específica i duta a terme per experts, com en el cas de Terracciano et al. (19), o per infermeres en el cas de Yazdan-manesh et al. (21) i Boyacıoğlu et al. (22), s'han pogut veure resultats més concloents en la sobrecàrrega. Tinoco Camarena et al. (11), en la seva revisió sistemàtica, mostra l'eficàcia en la reducció de símptomes com l'estrès, l'ansietat o la depressió a través d'intervencions dutes a terme per infermeria.

Per últim, no es van trobar diferències metodològiques significatives en les intervencions en funció del tipus de demència predominant en els adults grans cuidats. No obstant això, és interessant destacar que, les tècniques de Mindfulness (16,23) es van utilitzar amb més freqüència en dependències cognitives que funcionals. Franco et al. (34) demostren una reducció significativa en el malestar psicològic i en la sobrecàrrega del cuidador en el grup intervenció en comparació al grup control un cop finalitzat un programa d'entrenament de Mindfulness.

7. Limitacions

En el procés d'elaboració de la revisió sistemàtica, s'han observat algunes limitacions. Primer de tot, no tots els estudis inclosos a la revisió presenten un risc baix de biaix fet que demostra que falta evidència de més qualitat, tot i que per pal·liar aquest problema s'ha fet un anàlisi de sensibilitat i els resultats s'han pogut replicar. A part, la revisió sistemàtica només ha estat revisada per un únic revisor, i la revisió per parts és un punt metodològic important per aconseguir resultats de qualitat. Per altra banda, apareix també el biaix de la idioma, ja que únicament s'han inclòs estudis publicats en anglès, espanyol i català. A més a més, es van haver d'excloure molts articles que no eren inaccessibles a text complet.

El fet d'incloure finalment cuidadors familiars d'adults majors amb dependència funcional i/o cognitiva, encara que totes les intervencions fossin grupals, va provocar que s'augmentés la varietat d'intervencions i variables que s'estudiaven, i que el seu anàlisi i comparació fos més difícil d'homogeneïtzar i obtenir conclusions contundents. Així mateix, en el moment d'anàlisi de resultats ha sigut difícil homogeneïtzar de forma fiable i obtenir unes conclusions contundents, ja que han mancat algunes dades i s'han hagut de calcular.

Altrament, els estudis controlats aleatoritzats inclosos (ECA) a la present revisió s'han dut a terme en països molt diferents, amb creences, estils de vida i cultures diferents, i que per tant, també ha limitat a l'hora d'extreure conclusions.

8. Conclusions

Gràcies a aquesta revisió sistemàtica, es pot concloure l'eficàcia d'una intervenció grupal destinada a cuidadors informals d'adults majors amb dependència pel que fa a la sobrecàrrega del cuidador i a la clínica acompanyada de depressió, estrès i qualitat de vida. Les intervencions psicoeducatives han mostrat ser efectives en aquesta revisió, mentre que les cognitivo-conductuals han estat identificades com les més efectives en altres. No obstant, no s'ha pogut establir relacions concloents d'intervencions pel que fa al tipus de dependència (funcional o cognitiva).

La present revisió proporciona una visió integral i detallada de l'eficàcia de les intervencions grupals per a cuidadors de persones grans amb dependència funcional i/o cognitiva, en que els resultats tenen implicacions importants per al desenvolupament de polítiques i programes d'intervenció dirigits a donar suport als cuidadors familiars arreu del món.

Si tenim en compte el repte de present i, sobretot de futur, amb l'envelliment global, el qual provoca, no només problemàtiques sanitàries, sinó també de socials, revisions com aquesta poden justificar la importància d'implementar programes dirigits a cuidadors familiars de persones grans, i així poder reduir la sobrecàrrega i millorar la qualitat de vida.

Per últim, seria interessant que aquest recurs fos públic a través del Sistema Sanitari Català d'Atenció Primària, tenint en compte les noves figures de diferents perfils sanitaris que tenen una implicació directa en la nostra salut, com són la nutrició, la salut mental i l'activitat física, així com les recomanacions per part de medicina, infermeria i treball social, que podrien contribuir positivament en aquesta problemàtica.

9. Bibliografia

1. Quintanilla M. Causas y consecuencias del envejecimiento. *Enfermería Geriátrica*. 2000;43–8.
2. WHO. Envejecimiento y salud [Internet]. Vol. 12. 2022 [cited 2024 Mar 23]. p. 38–43. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz. Julio, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España 2019. *Indicadores estadísticos básicos* 22, Marzo 2019. *Inf EnR? Envejecimiento en red*, Número 22, Marzo 2019 [Internet]. 2019;1–38. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
4. Pan YY, Chen Y, Cui PY, Waili N, Li Y. Association between community environment and dependency among the elderly people from a service provision perspective. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022;22(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03687-z>
5. Swartz K, Collins LG. Caregiver care. *Am Fam Physician*. 2019;99(11):699–706.
6. Barrantes-monge M, García-mayo EJ, Gutiérrez-robledo LM, Miguel-jaimés A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. 2007;49(1):459–66.
7. Cerquera, A., Uribe, A., Matajira, Y., Correa. H. Dependencia funcional y dolor crónico asociados. *Psicogente*. 2017;20(38):398–409.
8. Tobío C. Redes familiares , género y política social. *Política y Soc*. 2008;45:87–104.

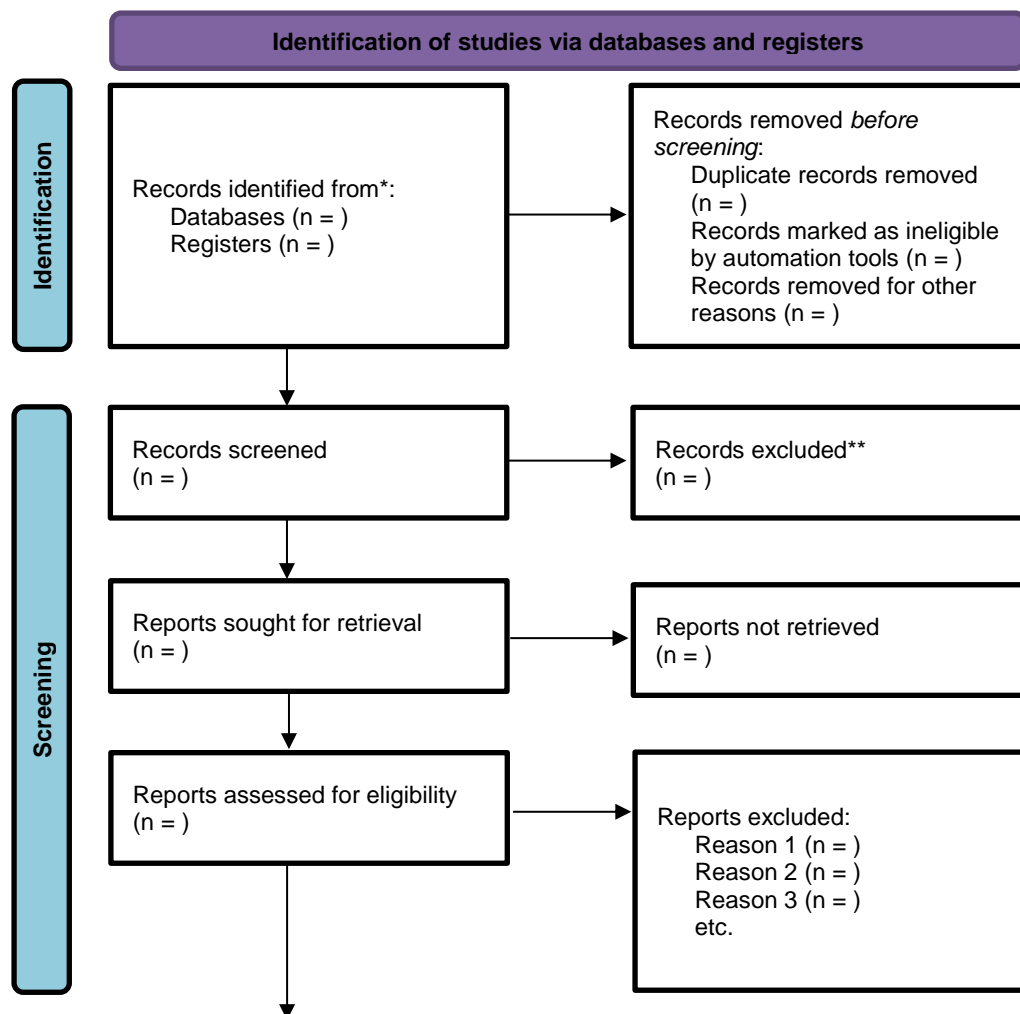
9. Ferreira B, Diz A, Silva P, Sousa L, Pinho L, Fonseca C, et al. Bibliometric Analysis of the Informal Caregiver's Scientific Production. *J Pers Med*. 2022;12(1).
10. Kazemi A, Azimian J, Mafi M, Allen KA, Motalebi SA. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychol* [Internet]. 2021;9(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z>
11. Camarena JMT, Blanco MÀH, Sansano ND, Lluch MT, Aran LRL, Llobet MP. Nursing interventions to reduce the overload on informal caregivers. Systematic review of clinical trials. *Enferm Glob*. 2022;21(4):575–86.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Española Cardiol*. 2021;74(9):790–9.
13. Landa-Ramírez E, Facultad A de JA-P. PICO TOOL FOR THE FORMULATION AND SEARCH OF CLINICALLY RELEVANT QUESTIONS IN EVIDENCE-BASED PSYCHO-ONCOLOGY. *REVESCO Rev Estud Coop*. 2014;11(2–3):259–70.
14. Covidence. Covidence - Better systematic review management [Internet]. Covidence. 2023 [cited 2024 Mar 19]. Available from: <https://www.covidence.org/reviewers/>
15. Collaboration C. RoB 2: A revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials | Cochrane Bias [Internet]. *British Medical Journal*. 2022 [cited 2024 Mar 19]. p. 1–24. Available from: <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>
16. Cheung DSK, Kor PPK, Jones C, Davies N, Moyle W, Chien WT, et al. The Use of Modified Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy Program for Family Caregivers of People Living with Dementia: A Feasibility Study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2020;14(4):221–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.08.009>
17. Yu DSF. Effects of a Health and Social Collaborative Case Management Model on Health Outcomes of Family Caregivers of Frail Older Adults: Preliminary Data from a Pilot Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(10):2144–8.
18. Terracciano A, Artese A, Yeh J, Edgerton L Von, Granville L, Aschwanden D, et al. Effectiveness of Powerful Tools for Caregivers on Caregiver Burden and on Care Recipient Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2019;21(8):1121-1127.e1. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.011>
19. Bjørge H, Kvaal K, Ulstein I. The effect of psychosocial support on caregivers' perceived criticism and emotional over-involvement of persons with dementia: An

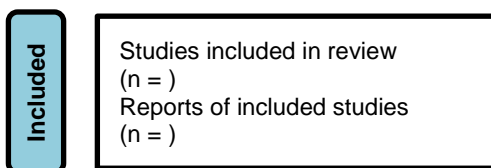
- assessor-blinded randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1–9.
20. Yazdanmanesh M, Esmaeili R, Nasiri M, Vasli P. Relieving care burden and promoting health-related quality of life for family caregivers of elderly people with Alzheimer's disease via an empowerment program. *Aging Clin Exp Res [Internet].* 2023;35(1):73–83. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02277-8>
 21. Boyacıoğlu NE, Kutlu Y. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions in Reducing the Care Burden of Family Members Caring for the Elderly in Turkey: A Randomized Controlled Study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(2):183–9.
 22. Montero-Cuadrado F, Barrero-Santiago L, Llamas-Ramos R, Llamas-Ramos I. Musculoskeletal Pain in Family Caregivers: Does a Therapeutic Physical Program in Primary Care Work? A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(1):1–15.
 23. Brown KW, Coogle CL, Wegelin J. A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging Ment Heal.* 2015;20(11):1157–66.
 24. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980;20:649.
 25. Caserta MS, Lund DA, Wright SD. Exploring the Caregiver Burden Inventory (CBI): Further evidence for a multidimensional view of burden. *Int J Aging Hum Dev.* 1996;43(1):21–34.
 26. Ulstein I, Wyller TB, Knut E. The relative stress scale, a useful instrument to identify various aspects of carer burden in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(1):61–7.
 27. Bustillo ML, Gómez-Gutiérrez M, Guillén AI. Informal caregivers for dependent elderly people: A revision of psychological interventions over the last ten years. *Clin y Salud.* 2018;29(2):89–100.
 28. Law W, Kwok TCY. Impacts of a multicomponent intervention programme on neuropsychiatric symptoms in people with dementia and psychological health of caregivers: A feasibility pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(12):1765–75.
 29. Z L, YY S, BL Z. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Public Health Nurs.* 2020;37(2):321–2.
 30. Chen HM, Huang MF, Yeh YC, Huang WH, Chen CS. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics.* 2015;15(1):20–5.
 31. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'donnell M. The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *Gerontologist.*

- 2001;41(5):652–7.
32. Gaugler JE, Mittelman MS, Hepburn K, Newcomer R. Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC Med.* 2010;8.
 33. Orueta-Sánchez R, Gómez-Calcerrada RM, Gómez-Caro S, Sánchez-Oropesa A, López-Gil MJ, Toledano-Sierra P. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. Elsevier. 2011;43(9):490–6.
 34. Franco C, Sola M del M, Justo E. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(5):252–8.

ANNEXOS

Annex 1: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)





From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Annex 2: Resultats detallats dels estudis inclosos

	Autor	Variables estudiades i eines	Basal	Final	Canvi	Resultats principals	
1	Cheung et al.(17)	<u>Estrès cuidador</u> : PSS	MBSR (GI): 24,63±5.94; MBCT (GC): 27,42±6.34	MBSR (GI): 24.85±5.68; MBCT (GC): 23.73±4.50	MBSR: 0,22 MBCT: 3,69	GI: 24,63±5.94 a 24.85±5.68 GC: 27,42±6.34 a 23.73±4.50 p=0,019	
		<u>Depressió cuidador</u> : CES-D	MBSR (GI): 17,15±10.25; MBCT (GC): 18.62±8.79	MBSR (GI): 14.81±8.95; MBCT (GC): 13.73±7.61	MBSR: 2,34 MBCT: 4,89	GI: 17,15±10.25 a 14.81±8.95 GC: 18.62±8.79 a 13.73±7.61 p=0,345	
		<u>Càrrega cuidador</u> : ZBI	MBSR (GI): 38,48±13.04; MBCT (GC): 41,62±14.92	MBSR (GI): 33.07±11.93; MBCT (GC): 35.73±10.67	MBSR: 5,41 MBCT: 5,89	GI: 38,48±13.04 a 33.07±11.93 GC: 41,62±14.92 a 35.73±10.67 p=0,186	
2	Doris SF Yu. (18)	<u>Càrrega cuidador</u> : CBI	GI: 48.4±19.1; GC: 46.4 ±14.2	GI: 35.4 ±18.7; GC: 44.9±14.9	GI: 35 GC: 1,5	GI: 48.4±19.1 a 35.4 ±18.7 ; GC: 46.4 ±14.2 a 44.9±14.9 p=0,03	
		<u>Qualitat de vida del cuidador</u> : SF-36	Vitalitat	GI: 52.3±16.4; GC: 49.8±18.9	GI: 65.3±17.3; GC: 53.8±15.9	GI: -13 GC: -4	GI: 52.3±16.4 a 65.3±17.3 GC: 49.8±18.9 a 53.8±15.9 p=0,049
			Salut Social	GI: 64,9±29,8; GC: 68,1±25	GI: 74 ±26,8; GC: 62,9±22	GI: -9,1 GC: 5,2	GI: 64,9±29,8 a 74 ±26,8 GC: 68,1±25 a 62,9±22 p=0,047
			Benestar general	GI: 42,3±21,8; GC: 44,4±22,3	GI: 49,5±20; GC: 44,8±23,8	GI: -7,2 GC: -0,4	GI: 42,3±21,8 a 49,5±20 GC: 44,4±22,3 a 44,8±23,8 p=0,049
			Funció Física	GI: 76.0±19.6; GC: 76.5±24.2	GI: 82.5±16.0; GC: 80.0±18.3	GI: -6,5 GC: -3,5	GI: 76.0±19.6 a 82.5±16.0 GC: 76.5±24.2 a 80.0±18.3 p=0,51
			Rol psicològic	GI: 40.4±38.5; GC: 43.8±38.5	GI: 50.0±39.5 GC: 43.8±32.9	GI: -9,6 GC: 0	GI: 40.4±38.5 a 50.0±39.5 GC: 43.8±38.5 a 43.8±32.9 p=0,46
			Rol emocional	GI: 53.9±37.3; GC: 52.4±37.3	GI: 55.1±38.4; GC: 47.9±30.3	GI: -1,2 GC: 4,5	GI: 53.9±37.3 a 55.1±38.4 GC: 52.4±37.3 a 47.9±30.3

							p=0,25
		Salut emocional	GI: 59.9±18.8; GC: 59.7±15.7	GI: 68.0±19.9; GC: 65.2±15.7	GI: -8,1 GC: -5,5	GI: 59.9±18.8 a 68.0±19.9 GC: 59.7±15.7 a 65.2±15.7 p=0,55	
		Dolor	GI: 52.5±26.8; GC: 52.2±23.3	GI: 57.9±22.5; GC: 51.5±20.4	GI: -5,4 GC: 0,7	GI: 52.5±26.8 a 57.9±22.5 GC: 52.2±23.3 a 51.5±20.4 p=0,25	
3	Terraciano et al. (19)	<u>Càrrega cuidador: ZBI</u>		GI: 51.78 (14.03); GC: 47.18 (15.33)	GI: 41.36 (15.46); GC: 45.17 (14.86)	0,63 (-0,85 a -0,22)	0,63 (-0,85 a -0,22) p<0,05
		<u>Depressió cuidador: CESD</u>		GI: 11.72 (5.15); GC: 10.15 (4.96)	GI: 8.03 (4.79); GC: 9.96 (5.15)	0,66 (0,70 a -0,04)	0,66 (0,70 a -0,04) p<0,05
		<u>Confiança del cuidador: 11-item Caregiving Self-Efficacy Scale</u>	Autoeficàcia i confiança	GI: 69.88 (13.64); GC: 74.72 (15.28)	GI: 85.33 (10.28); GC: 73.09 (15.06)	1,05 (0,94 a -0,11)	1,05 (0,94 a -0,11) p<0,05
			Satisfacció vida	GI: 3.50 (1.24); GC: 3.47 (1.11)	GI: 3.50 (1.10); GC: 3.24 (1.26)	0,21 (0,00 a -0,21)	0,21 (0,00 a -0,21) p>0,05
		Salut autoavaluada	GI: 3.33 (1.02); GC: 2.94 (0.85)	GI: 3.43 (0.87); GC: 2.91 (0.97)	0,15 (0,10 a -0,05)	0,15 (0,10 a -0,05) p>0,05	
4	Bjørge et al. (19)	<u>Emocions dels cuidadors: FEERS, CC</u>		GI: 3,8; GC: 3,4	GI: 3,4; GC: 3,4	0,16 (-0,41 a 0,73)	0,16 (-0,41 a 0,73) p=0,59
		<u>Emocions dels cuidadors: EOI</u>		GI: 6,1; GC: 5,9	GI: 6,5; GC: 6,3	0,17 (-0,5 a 0,84)	0,17 (-0,5 a 0,84) p=0,61
		<u>Càrrega cuidador: RSS</u>		GI: 25; GC: 23,5	GI: 24,9 GC: 23,9	1,12 (-1,23 a 3,48)	1,12 (-1,23 a 3,48) p=0,35
		<u>Depressió cuidador: GDS</u>		GI: 7,7; GC: 5,7	GI: 7,6; GC: 6,2	1,70 (0,41 a 3,0)	1,70 (0,41 a 3,0) p=0,01
5	Yazdanmanesh et al. (20)	<u>Qualitat de Vida del cuidador: SF-12</u>		GI: 23.4 ± 2.2; GC: 22.9 ± 2.3	GI: 28.5 ± 2.6; GC: 22.6 ± 2.1	GI: 5.1 ± 1.9; GC: -0.3 ± 0.5	GI: 5.1 ± 1.9 (23.4 ± 2.2 a 28.5 ± 2.6); GC: -0.3 ± 0.5 (22.9 ± 2.3 a 22.6 ± 2.1) p<0,001
		<u>Càrrega cuidador: ZBI</u>		GI: 48,6±5,9; GC: 49.5 ± 5.10	GI: 42,7±5,2; GC: 50.0 ± 6.1	GI: - 5.8 ± 20; GC: 0.5 ± 0.6	GI: - 5.8 ± 20 (48,6±5,9 a 42,7±5,2); GC: 0.5 ± 0.6 (49.5 ± 5.10 a 50.0 ± 6.1) p<0,001
6	Boyacıoğlu et al. (21)	<u>Càrrega cuidador: ZBI</u>		GI: 46.60 (12.56); GC: 41.90 (12.21)	GI: 28.87 (8.93); GC: 34.06 (10.42)	GI: 17,73 GC: 7,84	GI: 46.60 (12.56) a 28.87 (8.93); GC: 41.90 (12.21) a 34.06 (10.42) p<0,05
		<u>Autoeficàcia cuidador: GSE</u>		GI: 25.27 (3.99); GC: 25.51 (5.31)	GI: 34.66 (3.08); GC: 28.90 (5.06)	GI: -9,39 GC: -3,39	GI: 25.27 (3.99) a 34.66 (3.08); GC: 25.51 (5.31) a 28.90 (5.06) p<0,05
7	Montero-Cuadrado et al. (22)	<u>Càrrega cuidador: ZBI</u>		GI: 57.06±13.45; GC: 54.93±5.40	GI: 48.46±11.19; GC: 56.67±5.13	GI: 8.59 (6.539 to 10.64); GC: -1.73 (-2.55 to 0.91)	-10.32 (-12.52 to -8.13) p<0,01

		<u>Intensitat del Dolor cuidador: EVA</u>	GI: 63.20±10.70; GC: 60.70±12.80	GI: 39.80 ±12.80; GC: 63.01±12.40	GI: 23.4 (19.5 to 27.3); GC:-2.3 (-0.54 to 0.09)	-25.7 (-30.6 to -20.81) p < 0,01	
		<u>Incapacitat lumbar: qüestionari Roland-Morris</u>	GI: 5.56±2.42; GC: 5.23 ± 2.91	GI: 2.40 ± 1.54; GC: 5.77 ± 2.67	GI: 3.16 (2.43 to 3.88); GC: -0.54 (-1.01 to -0.56)	-3.70 (-4.54 to -2.83) p < 0,001	
		<u>Dolor cervical: NDI</u>	GI: 13.78 ± 7.04; GC: 13.67 ± 8.36	GI: 7.97 ± 5.33; GC: 14.68 ± 8.10	GI: 5.81 (4.55 to 7.07); GC: -1.01 (-1.612 to -0.38)	-6.82 (-8.19 to -5.43) p < 0,01	
	<u>Qualitat de Vida: SF-36;</u>	MCS	GI: 44.51 ± 8.27; GC: 43.47± 10.64	GI: 45.59 ± 7.22; GC: 43.26 ± 9.11	GI: -1.07 (-2.10 to -0.04); GC: 0.20 (-1.29 to 1.70)	1.27 (-0.50 to 3.06) p > 0,05	
		PCS	GI: 47.57 ± 4.65; GC: 48.49 ± 6.52	GI: 50.20 ± 4.71; GC: 47.73 ± 5.67	GI: -2.63 (-3.62 to -1.63); GC: 0.75 (-0.361 to 1.87)	3.38 (1.92 to 4.85) p < 0,001	
		<u>Ansietat: GADS;</u>	GI: 4.53 ± 2.01; GC: 4.30 ± 2.25	GI: 3.12 ± 2.13; GC: 4.47 ± 2.24	GI: 1.40 (0.99 to 1.81); GC: -0.17 (-0.51 to 0.17)	-1.57 (-2.09 to -1.05) p<0,01	
		<u>Depressió: GDS</u>	GI: 5.91 ± 2.66; GC: 5.47 ± 2.69	GI: 4.41 ± 1.66; GC: 5.77 ± 2.82	GI: 1.50 (0.90 to 2.09); GC: -0.30 (-0.61 to 0.01)	-1.80 (-2.46 to -1.13) p<0,01	
8	Brown et al. (23)	<u>Càrrega cuidador: ZBI</u>	GI: 48.17 ± 12.34; GC: 40.60 ± 16.71	GI: 38.58 ± 11.93; GC: 37.80 ± 21.41	GI: 9,59 GC: 2,8	GI: 48.17 ± 12.34 a 38.58 ± 11.93; GC: 40.60 ± 16.71 a 37.80 ± 21.41 p=0,046	
		<u>Qualitat relació cuidador-destinatari: FCI-MS</u>	GI: 41.52 ± 10.29; GC: 41.07 ± 9.79	GI: 40.53 ± 10.81; GC: 42.53 ± 11.03	GI: 0,99 GC: -1,46	GI: 41.52 ± 10.29 a 40.53 ± 10.81; GC: 41.07 ± 9.79 a 42.53 ± 11.03 p=0,487	
		<u>Estrès: PSS</u>	GI: 21.52 ± 5.31; GC: 19.93 ± 5.70	GI: 15.84 ± 5.26; GC: 18.93 ± 6.80	GI: 5,68 GC: 1	GI: 21.52 ± 5.31 a 15.84 ± 5.26; GC: 19.93 ± 5.70 a 18.93 ± 6.80 p=0,03	
		<u>Acceptació cuidador: AAQ II</u>	GI: 49.35 ± 8.29; GC: 49.13 ± 14.04	GI: 54.21 ± 7.55; GC: 53.67 ± 9.66	GI: -4,86 GC: -4,54	GI:49.35 ± 8.29 a 54.21 ± 7.55; GC: 49.13 ± 14.04 a 53.67 ± 9.66 p=0,821	
		<u>Ànim cuidador: POMS</u>	Tensió	GI: 2.68 ± 0.73; GC: 2.73 ± 1.06	GI: 2.04 ± 0.72; GC: 2.62 ± 0.96	GI: 0,64 GC: 0,11	GI: 2.68 ± 0.73 a 2.04 ± 0.72; GC: 2.73 ± 1.06 a 2.62 ± 0.96 p=0,024
			Depressió	GI: 1.97 ± 0.58; GC: 2.18 ± 1.24	GI: 1.37 ± 0.35; GC: 1.80 ± 0.76	GI: 0,6 GC: 0,38	GI: 1.97 ± 0.58 a 1.37 ± 0.35; GC: 2.18 ± 1.24 a 1.80 ± 0.76 p=0,196
			Enuig	GI: 2.00 ± 0.78; GC: 2.18 ± 1.08	GI: 1.43 ± 0.39; GC: 2.06 ± 0.89	GI: 0,57 GC: 0,12	GI: 2.00 ± 0.78 a 1.43 ± 0.39; GC: 2.18 ± 1.08 a 2.06 ± 0.89 p=0,016
			Confusió	GI: 2.41 ± 0.67; GC: 2.30 ± 0.97	GI: 1.92 ± 0.61; GC: 2.18 ± 0.87	GI: 0,49 GC: 0,12	GI: 2.41 ± 0.67 a 1.92 ± 0.61; GC: 2.30 ± 0.97 a 2.18 ± 0.87 p=0,090

		Fatiga	GI: 2.79 ± 1.02; GC: 2.82 ± 1.04	GI: 2.14 ± 1.00; GC: 2.53 ± 1.18	GI: 0,65 GC: 0,29	GI: 2.79 ± 1.02 a 2.14 ± 1.00; GC: 2.82 ± 1.04 a 2.53 ± 1.18 p=0,180
		Vitalitat	GI: 2.69 ± 0.68; GC: 2.70 ± 0.91	GI: 3.24 ± 0.88; GC: 3.02 ± 0.66	GI: -0,55 GC: -0,32	GI: 2.69 ± 0.68 a 3.24 ± 0.88; GC: 2.70 ± 0.91 a 3.02 ± 0.66 p=0,213
	<u>Qualitat de vida: SF-36</u>	MCS	GI: 46.74 ± 10.36; GC: 48.81 ± 13.72	GI: 53.81 ± 9.55; GC: 51.66 ± 11.65	GI: -7,07 GC: -2,85	GI: 46.74 ± 10.36 a 53.81 ± 9.55; GC: 48.81 ± 13.72 a 51.66 ± 11.65 p= 0,233
		PCS	GI: 32.16 ± 7.56; GC: 32.87 ± 6.83	GI: 29.75 ± 6.24; GC: 32.18 ± 8.40	GI: 2,41 GC: 0,69	GI: 32.16 ± 7.56 a 29.75 ± 6.24; GC: 32.87 ± 6.83 a 32.18 ± 8.40 p=0,281