



# Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de familiares con demencia: Revisión sistemática

Ángela Guillén Jiménez<sup>1</sup> y Myriam Delgado Ríos<sup>2</sup>

## Resumen

*Objetivo:* Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones basadas en mindfulness (IBM) en cuidadores/as de familiares con algún tipo de demencia, con el fin de conocer los efectos y posibles beneficios que tiene la aplicación de este tipo de terapias de 3ª generación sobre esta población.

*Método:* La búsqueda se realizó en los meses de Enero y Febrero de 2018 en las bases de datos: MEDLINE, PsycINFO, Psychology Database, PsycARTICLES, SCOPUS y Web of Science. Se han incluido un total de 20 publicaciones tras una evaluación interjueces.

*Resultados:* Las IBM producen mejoras en carga, estrés, depresión, ansiedad, mindfulness y calidad de vida de quienes cuidan de un familiar mayor. Mientras que los resultados cuantitativos y cualitativos a corto plazo sugieren beneficios, los efectos en el mantenimiento no están claros, a excepción de la depresión. Esta ha mostrado ser la variable con mayor repercusión mostrando efectos a corto y a largo plazo.

*Conclusiones:* La dificultad para mantener los resultados tras la intervención se ha relacionado con una disminución de la práctica durante y tras el programa por lo que sería conveniente tener este aspecto en cuenta para futuras investigaciones. Este es uno de los motivos de la variedad de formatos de programas utilizados, que tratan de paliar las dificultades de los familiares para participar.

*Palabras clave:* mindfulness, demencia, cuidadores familiares, revisión sistemática

## Abstract

**Objective:** To carry out a systematic review of the literature on interventions based on mindfulness (IBM) in caregivers of relatives with some type of dementia, in order to know the effects and possible benefits of the application of this type of therapies of 3rd generation on this population. **Method:** The search was conducted in the months of January and February of 2018 in the databases: MEDLINE, PsycINFO, Psychology Database, PsycARTICLES, SCOPUS and Web of Science. A total of 20 publications have been included after an interjudge evaluation.

**Results:** The IBMs produce improvements in load, stress, depression, anxiety, mindfulness and quality of life of those who care for an elderly relative. While short-term quantitative and qualitative results suggest benefits, the effects on maintenance are unclear, with the exception of depression. This has shown to be the variable with the greatest impact showing short and long term effects.

**ISSUE Nº1**  
**JUNIO**  
2019

**Recibido:**  
15/01/2019

**Aceptado:**  
05/02/2019

(1) Estudiante Máster Psicología General Sanitaria, Universidad de Málaga. [angela.guillen@uma.es](mailto:angela.guillen@uma.es)

(2) Profesora. Departamento Psicología Evolutiva y Educación, Universidad de Málaga. [delgadorios@uma.es](mailto:delgadorios@uma.es)



*Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática*

**Conclusions:** The difficulty to maintain the results after the intervention has been related to a decrease of the practice during and after the program, so it would be convenient to take this aspect into account for future research. This is one of the reasons for the variety of program formats used, which try to alleviate the difficulties of family members to participate.

**Keywords:** mindfulness, dementia, family caregivers, systematic review

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población española, consecuente aumento de la prevalencia de demencia (19,4%) y la repercusión que sus síntomas cognitivos y conductuales provocan en el cuidador, mayoritariamente mujeres familiares (80%), es un desafío pendiente en la actualidad (Abellán, Ayala, Pérez & Pujol, 2018; CEAFA, 2016; OECD, 2017)

La asistencia física de un familiar exige un gran compromiso y dedicación que, en la mayoría de las ocasiones, conlleva un desgaste físico y emocional en la persona que la lleva a cabo (Richardson, Lee, Berg-Weger, Grossberg, 2013). Es importante atender a sus necesidades ya que este desgaste puede suponer un obstáculo para transmitir la parte del cuidado emocional, que no podría ser sustituido ni por otro tipo de cuidado ni ejercido por un cuidador que no sea un ser querido. En estos cuidadores, se encuentran altas tasas de depresión, ansiedad, carga, estrés, alteraciones en el sueño y estado de ánimo e incluso deterioro en el funcionamiento cognitivo. En cuanto a salud física, se sugiere que este colectivo tiene mayor dificultad para mantener una buena salud (CEAFA, 2016; Mackenzie & Poulin, 2006; Richardson et al., 2013). Uno de los cambios fisiológicos más destacados asociados con el estrés del cuidador es el incremento en los niveles de cortisol. Esta es una hormona que se libera como respuesta al estrés y que repercute en la alteración del sistema endocrino e inmunológico (Pinquart & Sörensen, 2007; Richardson et al., 2013).

Numerosos estudios han encontrado que el estrés en las personas que cuidan de familiares con demencia es mayor que para las personas que cuidan de familiares con dependencia física o con escasos problemas conductuales y/o emocionales, siendo estos síntomas la principal causa de estrés (Brodaty & Donkin, 2009; Pinquart & Sörensen, 2003). Se trata por tanto, de un colectivo particular si se atiende al tipo y diversidad de la sintomatología de la demencia así como a las implicaciones de su evolución.

Existe una amplia variedad de intervenciones que demuestran, en su gran mayoría, efectos sobre variables psicosociales del cuidador, sobre todo los programas psicoeducativos, aunque sin resultado en las mediciones de seguimiento (Pinquart & Sörensen, 2007; Velázquez, Villarreal, Carrillo, Benavides-Torres y González, 2016). En el contexto de la demencia, el número de revisiones acerca de la efectividad de las intervenciones sobre los cuidadores es escaso y la metodología utilizada hace complicado extraer conclusiones precisas (Pinquart & Sörensen, 2007; Velázquez et al., 2016). La mayoría de las revisiones existentes no muestran consenso en relación al impacto de dichos programas en las variables específicas del cuidador: depresión, estrés, carga, ansiedad y/o calidad de vida. En este sentido, Sörensen, Pinquart & Duberstein (2002) observan que los cuidadores de este colectivo se benefician menos de las intervenciones que los cuidadores de personas mayores sin demencia.

En los últimos años, han ido apareciendo nuevas terapias de 3ª generación con resultados alentadores como son las intervenciones basadas en mindfulness (IBM). Este es un término vigente, que poco a poco se va utilizando más en el contexto científico y se traduce al español como atención plena. Se trata de un estado particular de conciencia promovido por técnicas meditativas orientales desde hace milenios (Pérez & Botella, 2006). En palabras de Kabat-Zinn (2003), el mindfulness trata de llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar.

Las IBM más conocidas son el MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) y MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), diseñados en principio para población clínica específica aunque actualmente vistos los resultados, Kabat-Zinn (2003) sugiere que el mindfulness se podría aplicar en todos aquellos contextos en los que el estrés principalmente u otras

*Guillén Jiménez, Delgado Ríos*

afectaciones emocionales y físicas son destacables, ya sea población clínica específica o general, pudiendo mantener los resultados incluso cambiando el formato estándar.

La práctica de Mindfulness o “atención plena” en personas que cuidan de familiares con una enfermedad neurodegenerativa como Alzheimer u otra demencia, es muy reciente y los estudios sobre su eficacia son escasos. No obstante, existe acuerdo en que su práctica podría ser muy útil para este colectivo (Epstein-Lubow, Miller & McBee, 2006; Gallagher, 2016). En este sentido, Mackenzie & Poulin (2006) encuentran la práctica de mindfulness, como una alternativa o complemento de las terapias ya existentes que puede ayudar a los cuidadores de familiares a estar en el momento presente, observando lo que sucede sin juzgar ni valorar. Estos autores, defienden tres ventajas para su aplicación en este colectivo: (1) Atender a los sentimientos diversos que surgen durante la evolución de la enfermedad, desde el dolor al alivio; (2) Darles la oportunidad para alejarse de reacciones automáticas y ver cuáles son los factores del ambiente, de la persona mayor o propios que resultan ser una fuente de estrés y la reacción derivada; (3) Fomentar la conciencia intrapersonal para facilitar la conciencia interpersonal y así atender a las necesidades que sus mayores en muchas ocasiones no sabrán o podrán comunicar.

Por lo que el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura sobre aplicación de las IBM en cuidadores/as de familiares con algún tipo de demencia, con el fin de conocer los efectos y posibles beneficios que tiene la aplicación de este tipo de terapias de 3ª generación sobre esta población.

o frases descriptoras señaladas. Para la redacción de esta revisión, se siguió los ítems principales de la guía de revisiones sistemáticas y meta-análisis PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis)(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, PRISMA Group, 2009)

#### Criterios de selección

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta a la hora de seleccionar la muestra fueron: (1) Intervención basada en mindfulness (yoga, meditación, mantras), (2) Intervenciones dirigidas a cuidadores de familiares con demencia, (3) Artículos científicos escritos en español e inglés.

Por otro lado, los criterios de exclusión seguidos fueron: (1) Publicaciones no experimentales, (2) Revisiones sistemáticas y/o de meta-análisis, (3) Intervenciones dirigidas a la persona que recibe los cuidados y/o cuidadores formales, (4) Intervenciones dirigidas a cuidadores familiares por causas distintas a una demencia (cáncer, parkinson, fibromialgia, operación quirúrgica, discapacidad física o intelectual, etc.), (5) Publicaciones que no incluyen los efectos de la intervención basada en mindfulness en variables psicosociales del cuidador, (6) Publicaciones que tomen mindfulness como estado o rasgo y no como intervención.

#### Proceso de selección

Se llevó a cabo a través de una evaluación interjueces. La Figura 1 muestra un diagrama de flujo del proceso de selección de la muestra de acuerdo con PRISMA 2009 (Moher et al., 2009).

## MÉTODO

### Estrategia de búsqueda

Durante los meses de Enero y Febrero de 2018, se consultaron 6 bases de datos electrónicas de ciencias médicas y sociales: MEDLINE, PsycINFO, Psychology Database, PsycARTICLES, SCOPUS y Web of Science. La combinación de palabras utilizada fue la siguiente: (mindful\* OR MB\* OR MSC OR meditation) AND (famil\* care\* OR informal care\*) AND (dement\* OR Alzheimer). La estrategia de búsqueda consistió en identificar todos los artículos científicos hasta la actualidad, escritos en español o inglés que en título, resumen o palabras clave tuvieran alguna de las palabras

*Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática*

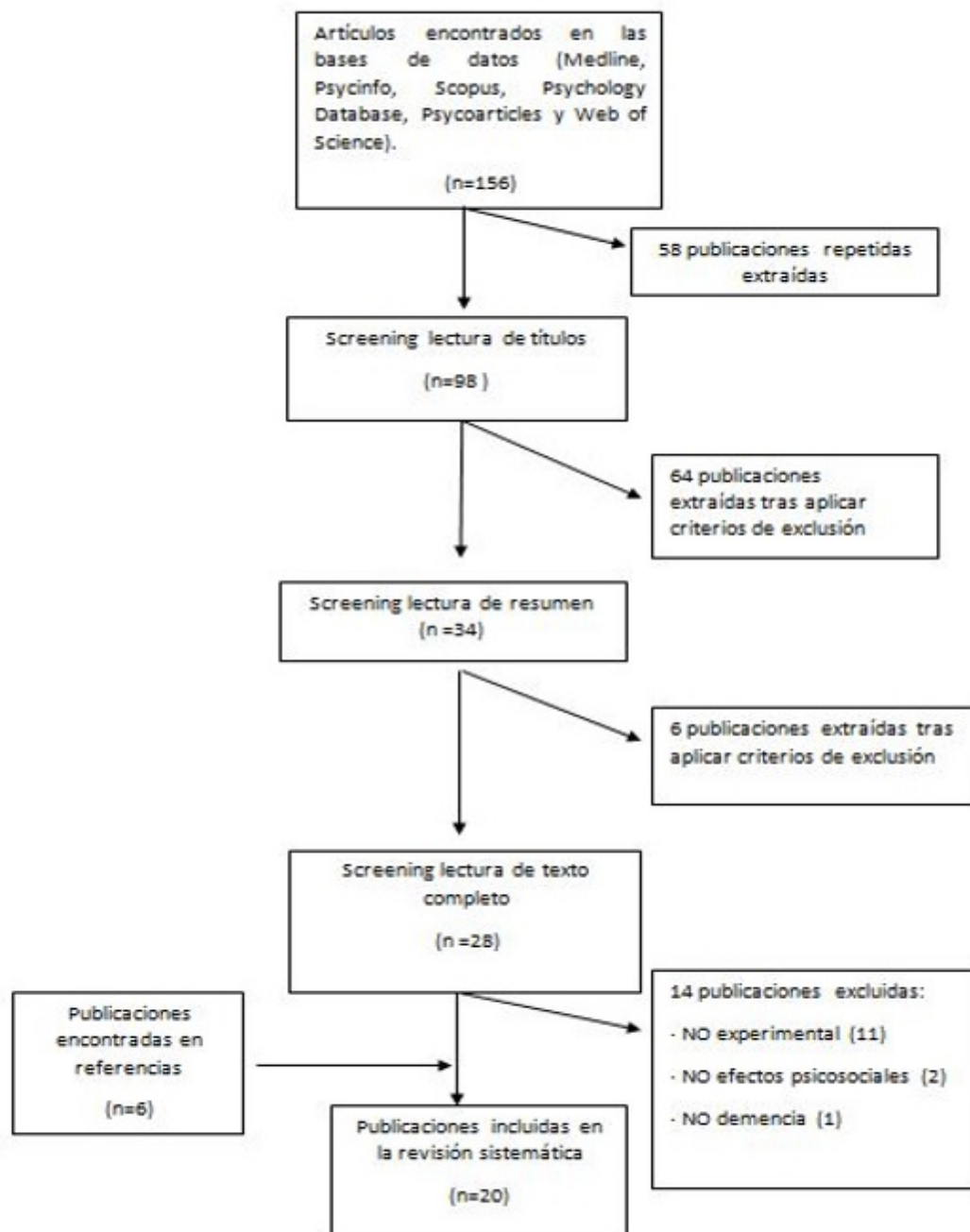


Figura 1. Diagrama de flujo.

Figura 1. Diagrama de flujo.

Datos extraídos

Guillén Jiménez, Delgado Ríos

Todas las publicaciones se consiguieron en formato electrónico a través de las bases de datos mencionadas. A las que no se tuvo acceso, se les solicitó expresamente al autor. Una vez seleccionados los artículos para su inclusión, se extrajeron las siguientes variables:

Citación: Principal autor, año de publicación y país.

Metodología: 1) Diseño (pre-post o pre-post-seguimiento); 2) Tipo de intervención: IR (Inner Resources meditation); MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy); MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction); YMCP (Yoga and Compassion Meditation Program group); KK (Kirtan Kriya Meditation); CMIT (Central Meditation and Imagery Therapy); MT (Meditación Transcendental); ACT (Acceptance and Commitment Therapy); CBT (Cognitive-conductual therapy); Mantras; Programa educativo; Programa de Relajación; Grupo de respiro; Grupo de autoayuda; 3) Muestra de los grupos de intervención y control en su caso (tamaño, media de edad y porcentaje de mujeres en su caso); 4) Duración y frecuencia de las sesiones de intervención.

Variables de estudio: Depresión, Carga, Ansiedad, Estrés, Calidad de vida y Mindfulness.

Instrumentos: CES-D (Center for Epidemiological Studies depression scale)(Radloff, 1977); GDS (Geriatric Depression Scale)(Yesavage et al., 1982); HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression)(Hamilton, 1960); POMS (Profile of Mood State)(McNair, Lorr & Droppleman, 1992); BAI (Beck Anxiety Inventory)(Beck & Steer, 1993); STAI (State-trait anxiety inventory)(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983); ZBI (Zarit burden interview)(Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1983); RMBPC (Revised Memory and Behavior Problems Checklist)(Teri et al., 1992); PSS (Perceived stress scale)(Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983); SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey)(Alonso et al., 1998); SF-12 (the 12-item Short-form Health Survey)(Ware, Kosinski & Keller, 1996); QLES-Q-SF (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form)(Endicott, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993); MAAS (Mindful Attention Awareness Scale)(Brown & Ryan, 2003); FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire)(Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Tooney, 2006).

## RESULTADOS

### Descripción de estudios

Las características principales de los 20 estudios

incluidos fueron publicadas en la Tabla 1. Se encuentran en orden ascendente según el año de publicación.

Tabla 1.

\*\*\* $p < 0.001$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$

Abreviaciones: G<sub>1</sub>: Grupo intervención 1; G<sub>2</sub>: Grupo intervención 2; Gc: Grupo control; IR, Inner Resources meditation; MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy; MBSR, Mindfulness-based stress reduction; YMCP, Yoga and Compassion Meditation Program group; KK, Kirtan Kriya Meditation; CMIT, Central Meditation and Imagery Therapy; MT, Meditación transcendental; ACT, Acceptance and Commitment Therapy; CBT, Cognitive-conductual therapy.

Notas: CES-D, Center for Epidemiological Studies depression scale; GDS, Geriatric Depression Scale; BDI, Beck Depression Inventory; HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression; POMS, Profile of Mood States; CSAQ, Caregiver Self Assessment Questionnaire; SCL-90, Symptom Checklist-90-R; BAI, Beck Anxiety Inventory; STAI, State-trait anxiety inventory; ZAS, Zung Anxiety Scale; ZBI, Zarit burden interview; MBCBS, Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale; RMBPC, Revised Memory and Behavior Problems Checklist; PSS, Perceived stress scale; LSSI, Lipps's Stress Symptoms Inventory for Adults; SF-36, Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey; SF-12, the 12-item Short-form Health Survey; QLES-Q-SF, Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form); QOL-AD, Quality of Life in AD; AQOL-8D, Quality of Life 8-dimension; MHOQOL-BREF, the World Health Organization Quality of Life questionnaire Abreviada; KIMS, Kentucky inventory of mindfulness skills; MAAS, Mindful Attention Awareness Scale; FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; FMI, Freiburg Mindfulness Inventory.

La fecha de publicación oscilan entre 2004 y 2017, publicándose la mayoría de ellos en los últimos 10 años.

Los artículos encontrados realizan estudios con cuidadores de familiares dementes de diferentes países. La mayoría de ellos (65%) son estadounidenses. En relación a la intervención, todas ellas utilizan medidas pre-post y el 60%, han llevado a cabo un estudio de seguimiento de los resultados. La muestra se compone del 80% de mujeres familiares entre 43 y 70 años variando el número entre 9 a 141.

*Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática*

Se han utilizado diferentes IBM y formatos. Los programas más utilizados, en un 55%, han sido el de MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) y MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy). Se incluyen otros programas menos conocidos que utilizan específicamente otros componentes: mantras (Bormann et al., 2009), aceptación y compromiso (Losada et al., 2015), Meditación Transcendental (Leach et al., 2015), yoga en el programa KK (Lavrestsky et al., 2013) o una combinación de estos con meditación como en los programas IR (Waelde et al., 20014; 2017), CMIT (Jain et al., 2014); YCMP (Danucalov et al., 2013; 2015). Todos ellos utilizan el formato grupal y presencial, excepto el programa KK que es individual (Lavrestsky et al., 2013) y Bormann et al. (2009) que utiliza teleconferencia. El número de sesiones y duración es variable, incluyendo práctica en casa el 45% de las intervenciones

Por último, se incluyen las variables psicosociales de los/as cuidadores/as más estudiadas en este ámbito, que ordenadas de mayor a menor frecuencia son: depresión, calidad de vida, ansiedad, carga, estrés y Mindfulness.

**Efectos en las variables psicosociales del cuidador**

**DEPRESIÓN.** La depresión y el instrumento CES-D han sido, respectivamente, el instrumento y la variable más presentes (90%). El 72% de los estudios que evalúan depresión obtienen que ésta disminuye significativamente tras la intervención encontrándose un tamaño de efecto alto-moderado (Franco et al., 2010; Jain et al., 2014; Losada et al., 2015; Norouzi et al., 2014; Waelde et al., 2004; Whitebird et al., 2013). Waelde et al. (2017) no encuentran resultados significativos para la depresión, sin embargo los participantes, antes de la intervención, no presentaban sintomatología depresiva destacada. De manera similar, en el estudio de Epstein-Lubow et al. (2011), las puntuaciones oscilaban desde una severidad leve a moderada, encontrándose que las mejoras fueron pequeñas y no se mantuvieron seguimiento. Esto sugiere que se benefician más aquellos que tienen mayor sintomatología depresiva al inicio.

Por otro lado, en los estudios en los que se hace un seguimiento, el 55% encuentran que se mantienen los efectos de la intervención (Bormann et al., 2009, O'Donnell et al., 2012; Norouzi et al., 2014; Jain et al., 2014; Hou et al., 2014; Whitebird et al., 2013). Epstein et al. (2011) encuentran en esta medida que existe una correlación significativa entre depresión y ansiedad. También, a corto plazo, O'Donnell et al.

(2012) encontraron correlaciones significativas entre depresión y otras variables, concretamente, positiva con estrés y negativa con compasión y mindfulness.

Los instrumentos utilizados para medir esta variable han sido: CES-D (50%), GDS (11%), HAM-D (11%), POMS (5,6%), CSAQ (5,6%) (Epstein-Lubow, Gaudiano, Hinckley, Salloway & Miller, 2010), BDI (5,6%) (Beck, 1988); SCL-90 (5,6%) (Derogatis & Cleary, 1977), Webneuro test battery (5,6%) (Silverstein et al., 2007).

**CALIDAD DE VIDA.** Esta variable se ha evaluado en el 60% de las publicaciones, siendo la escala SF-36 el instrumento de medida más utilizado. El 58% de las publicaciones que evalúan este constructo, encuentran un efecto significativo tras la intervención (Danucalov et al., 2015; Leach et al., 2015; Norouzi et al., 2014).

Generalmente, en el aspecto de salud mental se han encontrado más beneficios que en el aspecto físico y/o social (Danucalov et al., 2015; Leach et al., 2014; Paller et al., 2014; Whitebird et al., 2013). En relación a esto, Lavrestsky et al. (2013) y Waelde et al. (2004) encuentran mejoras en salud física aunque no sean estadísticamente significativas. Epstein et al. (2011) no observaron efectos en el área física pero, por el contrario, en salud mental, encontraron efectos significativos y con un gran tamaño del efecto. Además, Whitebird et al. (2013) observan que estos efectos se mantienen 6 meses después de la intervención, al igual que ocurría con los resultados encontrados en depresión.

Para medir esta variable se han utilizado los siguientes instrumentos: SF-36 (50%), SF-12 (16.4%), QLES-Q-SF (16.4%), MHOQOL-BREF (8.6%) (Fleck, 1999), QOL-AD (8.6%) (Logsdon, Gibbons, Mc Curry & Terri, 2002).

**ANSIEDAD.** El 55% de las publicaciones han estudiado esta variable utilizando en mayor medida la escala STAI. El 73% de los trabajos que han estudiado esta variable, han encontrado mejoras significativas tras la intervención con un tamaño del efecto grande ( $d=0.8-1.51$ ) (Franco et al., 2010; Jain et al., 2014) y moderado ( $d=0.77$ ) (Losada et al., 2015; Waelde et al., 2004; Whitebird et al. 2013). Paller et al. (2014) no encuentran diferencias significativas en ansiedad por dos de los participantes que disparan las puntuaciones, sin embargo, excluyendo estos, la medida es significativa ( $p=0.028$ ).

Los resultados para los estudios que hacen un seguimiento muestran que es una de las variables

*Guillén Jiménez, Delgado Ríos*

que reporta mejores resultados a largo plazo junto a depresión, ya que un 50% de ellos mantienen sus efectos en el tiempo de manera significativa (Franco et al., 2010; Jain et al. 2014; Leach et al., 2015; Whitebird et al., 2013). Waelde et al. (2004) indican que las mejoras encontradas tanto en ansiedad como en depresión, no se debe al paso del tiempo por sí mismo, sino al grado de implicación durante la intervención.

Se han utilizado los siguientes instrumentos: STAI (36,4%), POMS (18,2%), BAI (18,2%), ZAS (9,1%) (Zung Anxiety Scale)(Zung, 1971), SCL-90 (9,1%) (Derogatis & Cleary, 1977), Webneuro test battery (9,1%)(Silverstein et al., 2007).

CARGA. Al igual que ansiedad, esta variable ha sido medida en el 55% de las publicaciones, siendo ZBI el instrumento más utilizado. Es la que reporta mejores efectos tras la intervención. Se encuentran resultados significativos en el 82% de los estudios que la evalúan (Brown et al., 2015; Danucalov et al., 2015; Hoppes et al., 2012; Paller et al., 2014; Oken et al., 2010) y hay quienes reportan un tamaño del efecto grande ( $d=0.89-0.96$ )(Franco et al., 2010; Norouzi et al., 2014). El 29% de ellas, han mantenido mejoras significativas en el tiempo (Franco et al., 2010; Norouzi et al., 2014).

Por último, destacar los resultados de Hoppes et al. (2012) que encuentran beneficios en tan sólo cuatro semanas con un programa MBSR, aunque no se mantienen en el tiempo. No obstante, se observa que la carga correlaciona fuerte y significativamente en el tiempo con atención plena, optimismo y esperanza.

La escala ZBI ha sido utilizada en un 55% de los casos. Otros de los instrumentos utilizados para medir carga han sido: RMBPC (27%), MBCBS (9%)(Montgomery, 2000), CSAQ (9%)(Epstein-Lubow et al. 2010).

ESTRÉS. Esta variable ha sido medida en el 50% de las publicaciones, siendo la escala PSS, el instrumento más utilizado. El 70% de estudios que miden esta variable encuentra un efecto significativo tras la intervención. Se han encontrado que las mejoras se mantienen incluso al mes de la intervención ( $p=0.058$ ;  $d=0.60$ ) (Epstein-Lubow et al., 2011; O'Donnell et al., 2012), aunque sus puntuaciones no resultaron significativas.

Las pruebas psicométricas utilizadas han sido las siguientes: PSS (70%); LSSI (10%)(Lipp, 2000), Webneuro test battery (10%)(Silverstein et al., 2007), CSAQ (10%) (Epstein-Lubow et al., 2010).

Los hallazgos encontrados, son apoyados por otras medidas fisiológicas: cortisol y actividad telomerasa. Por un lado, el nivel de cortisol salival, se ha medido

en el 40% de los estudios y aunque indiquen mejoras, sólo son significativas además de mantenidas en el tiempo en el estudio de O'Donnell et al. (2012). Waelde et al. (2017) que miden estrés únicamente a partir de la pendiente de cortisol diurno, encuentran resultados alentadores tras la intervención IR ( $d=1.2$ ). Por otro lado, se encontraron mejoras en la actividad telomerasa tras el programa KK. Esto sugiere una mejoría en el envejecimiento celular provocado por el estrés (Lavrestsky et al., 2013).

MINDFULNESS. Esta variable se ha medido en el 45% de las publicaciones con la escala MAAS en la mayoría de los casos. El 56% de ellas han resultado significativas tras la intervención y en el 17% de los casos obtienen resultados significativos en la medida de seguimiento (Hou et al., 2014). O'Donnell et al. (2012), a pesar de no obtener resultados significativos, encuentran efectos en atención plena tras la intervención y en el seguimiento en un programa MBSR.

Se han encontrado distintas correlaciones entre atención plena como variable disposicional y las variables psicosociales anteriores: depresión (Ho et al., 2016; Hou et al. 2014; O'Donnell et al., 2012; Oken et al., 2010), ansiedad (Ho et al., 2016; Hou et al. 2014), estrés (Epstein-Lubow et al., 2011; Franco et al., 2010; O'Donnell et al., 2012; Oken et al. 2010) y carga (Hoppes et al., 2012). Oken et al. (2010), aluden a que las medidas de atención plena correlacionan con depresión y estrés incluso antes de la intervención, lo que sugiere que las medidas de atención plena reflejan cierta calidad basal que se relaciona tanto con la depresión y el estrés sin entrenamiento específico de atención plena. En general, todo ello sugiere que la capacidad de atención plena repercute en las variables de salud mental del cuidador.

El mindfulness o atención plena, ha sido medida con los siguientes instrumentos: MAAS (44.4%), FFMQ (33.3%), KIMS (11.1%)(Baer, Smith & Allen, 2004), FMI (11.1%)(Buchheld, Grossman & Walach, 2001)

OTRAS MEDIDAS. En la muestra de estudio de esta revisión, se han encontrado resultados alentadores para otras variables psicosociales que aunque no se midan con la misma frecuencia que las anteriores, es interesante tenerlas en cuenta. Entre ellas están: la autoeficacia (Franco et al., 2010; Hou et al., 2014; Oken et al., 2010; Waelde et al., 2004) y el funcionamiento cognitivo (Lavrestsky et al., 2013; Leach et al., 2014).

Otros hallazgos que pueden resultar de interés, son los

*Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática*

encontrados por Waelde et al. (2017) para un grupo de MBSR en la variable de satisfacción con un gran tamaño del efecto ( $p < 0.05$ ) ( $d = 0.94$ ) y Jain et al. (2014) para el insomnio ( $p < 0.05$ ) ( $d = 0.8$ ). Para la variable de compasión también hubo quienes encontraron mejoras significativas ( $p < 0.05$ ) (Danucalov et al., 2015; O'Donnell et al., 2012).

## CONCLUSIONES

En los últimos años, existe un interés creciente en las IBM y concretamente, en los beneficios que producen en cuidadores/as de familiares con demencia, no obstante, esta es una de las pocas revisiones que existen en esta población. A pesar de la variabilidad entre los estudios incluidos, los resultados encontrados son alentadores. Las IBM han mostrado tener beneficios en las variables psicosociales de las personas que cuidan de un familiar con deterioro por demencia.

Se han encontrado mejoras para todas las variables estudiadas, superando en cada una de ellas, el 50% de estudios que encuentran resultados significativos. Carga, estrés, depresión y ansiedad han conseguido los porcentajes de mejoras significativos más altos (70-82%), mientras que calidad de vida y capacidad de atención plena o mindfulness han obtenido porcentajes algo más bajos, 58% y 56% respectivamente. Esto sugiere que las IBM tienen fuertes efectos en la salud mental de los/as cuidadores/as y así se ha constatado, alcanzando un tamaño de efecto (Cohen's  $d$ ) superior a 1 (Franco et al., 2010; Jain et al., 2013; Waelde et al. 2004; 2017).

Los resultados a corto plazo sugieren beneficios, no obstante, los efectos en el seguimiento son diversos. Los porcentajes de mejoras significativas en esta medida para cada una de las variables, de mayor a menor, son los siguientes: depresión (55%), ansiedad (50%), carga (29%), mindfulness (17%), estrés (14%) y calidad de vida (13%). Más del 50% de las publicaciones que lo miden en depresión y ansiedad encuentran mejoras estadísticamente significativas tras la intervención y en el seguimiento y además, con tamaños del efecto moderados-grandes. Los resultados hallados para ansiedad son novedosos mientras que, acorde con la literatura, depresión es una de las variables más prometedoras (Brown et al., 2015; Lavretsky et al., 2013; Leach et al., 2014).

Tras el análisis, se observan otros aspectos destacables con evidencia en la literatura. Serían los siguientes: a) las mujeres son las que en la mayoría de los casos ejercen esta labor, b) la atención plena como

variable disposicional en el cuidador repercute en sus variables psicosociales, c) los efectos similares con las intervenciones psicoeducativas y grupos de autoayuda, d) la dificultad para mantener estas mejoras a largo plazo y e) la disminución de la práctica de atención plena durante y tras la IBM (Jaffray, Bridgman, Stephens & Skinner, 2015; Hurley, Patterson & Cooley, 2013; Kor, Chien, Liu & Lai, 2017; Li Yuan & Zhang, 2015; Liu, Chen & Sun, 2017).

En esta revisión, se ha encontrado que la práctica continuada de mindfulness produce mejoras en las variables psicosociales (Waelde et al., 2004; O'Donnell et al., 2013; Waelde et al., 2017), no obstante, Hou et al. (2014) indica que sólo el 50% de los cuidadores continuaron con el entrenamiento tras la intervención lo que impidió una evaluación posterior. Sería interesante investigar de qué depende seguir practicando mindfulness en casa, ya que aunque hay estudios donde los cuidadores han manifestado su disposición por continuar con su práctica (Hou et al., 2014; Waelde et al., 2004), se desconoce qué variables motivan o impiden el mantenimiento de ésta una vez finalizada la intervención. El número y carga de tareas a las que atienden diariamente este colectivo podría estar relacionado con la dificultad para mantener este entrenamiento a lo largo del tiempo.

Durante la intervención, se ha observado una disminución de la práctica incluso en aquellos programas que han intentado adaptarse a los cuidadores/as. En algunos de ellos, se ha reducido la duración y/o frecuencia de las sesiones con el fin de paliar las dificultades para asistir o continuar practicando en casa (Epstein et al. 2011; Franco et al. 2010; Hoppes et al. 2012). El formato original consiste en 8 sesiones durante 2 meses de 2.5h más un día de retiro, pero sólo O'Donnell et al. (2013) y Whitebird et al. (2013) mantuvieron esta estructura. La duración en los demás programas ha oscilado entre 8-4 semanas desde 4-10 sesiones semanales de entre 1-2.5h cada una y un tiempo de práctica en casa de entre 10-45 minutos diarios. La diversidad de resultados encontrados en este ámbito cobra sentido por sí misma al modificarse la estructura de los programas y utilizar formatos diferentes de los que ya se ha comprobado su eficacia. Por otro lado, su análisis se ha visto dificultado por la diversidad de instrumentos utilizados y la heterogeneidad en el modo de presentar los resultados. Todo ello ha supuesto una gran limitación a la hora de poder extraer resultados concluyentes.

La intervención breve de Hoppes et al. (2012) y un formato de teleconferencia utilizado por Bormann et

*Guillén Jiménez, Delgado Ríos*

al. (2009), encuentran mejoras subjetivas y objetivas en carga, depresión, ansiedad, estrés y calidad de vida. Estos resultados sugieren que los beneficios se deben en mayor medida al entrenamiento en atención plena independientemente del formato seguido. No obstante, también se encuentra que si la práctica no continúa estos desaparecen (Franco et al., 2010; Epstein et al., 2011; Hoppes et al., 2012). Bormann et al. (2009) hicieron llamadas telefónicas semanales para asegurar su práctica en el seguimiento y consiguieron mantener sus efectos en todas las variables.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados cualitativos en esta revisión también son alentadores. Los participantes han señalado la utilidad de las estrategias de mindfulness (Jain et al., 2014; Hou et al., 2014; Waelde et al., 2004). Indican que la conciencia en el momento presente ha aumentado, aceptan situaciones que antes luchaban por cambiar y ha disminuido la reactividad a comportamientos difíciles (Hoppes et al., 2012; Paller et al., 2014; Waelde et al., 2017).

Hay evidencia de que hay personas que han desarrollado la capacidad de atención plena sin necesidad de IBM, no obstante, en esta revisión se observa que el entrenamiento en mindfulness influye en su desarrollo. Esta capacidad se ha relacionado con variables psicosociales del/ de la cuidador/a tales como depresión, ansiedad, estrés y carga. Esto sugiere que el entrenamiento en atención plena influye amortiguando el desgaste emocional de las personas que cuidan de familiares con demencia. En trabajos futuros, sería interesante investigar específicamente, cuáles son las variables que influyen en el desarrollo de esta capacidad, en la misma línea de trabajos como los de O'Donnell et al. (2012) dónde encuentran una relación positiva significativa entre la práctica continuada y desarrollo de atención plena.

Con el fin de prevenir y reducir las consecuencias negativas que tiene el cuidar de una persona con demencia, existen una amplia variedad de intervenciones que ya han demostrado su eficacia en las variables estudiadas. Concretamente, son las intervenciones psicoeducativas y los grupos de autoayuda y en esta revisión han resultado tener en algunos casos efectos similares a las IBM (Brown et al., 2015; Jain et al., 2014; Lavrestsky et al., 2013; Losada et al., 2015; O'Donnell et al., 2012; Oken et al., 2010; Whiterbird et al., 2013). Por ahora no hay evidencia suficiente para concluir que se puedan utilizar las IBM como alternativa a otro tipo de intervenciones, pero sí de forma complementaria, coincidiendo así con

Mackenzie & Poulin (2006).

Los resultados encontrados coinciden en su gran mayoría con los obtenidos por las revisiones existentes en este ámbito (Hurley et al., 2013; Jaffray et al., 2015; Kor et al., 2017; Li et al., 2015; Liu et al., 2017). La intervención estaría dirigida a crear una nueva actitud en las personas que cuidan de sus familiares, centradas en su rol, sus tareas y sus demandas, con el fin de reducir el impacto psicológico de cuidar a una persona con demencia. Es un enfoque que resulta innovador y prometedor por lo que sería conveniente en investigaciones futuras utilizar una metodología rigurosa para conseguir resultados más consistentes a los aquí encontrados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. & Pujol, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red n) 17, 1-48.
2. Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, P., Rodríguez, C. & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36. Medicina Clínica, 111, 410-416.
3. Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. Assessment, 11(3), 191-206.
4. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment, 13 (1), 27-45
5. Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). Beck Depression Inventory Manual Psychological. San Antonio, USA: Psychological Corporation.
6. Bormann, J., Warren, K.A., Regalbutto, L., Glaser, D., Kelly, A., Schnack, J. & Hinton L. (2009). A spiritually based caregiver intervention with telephone delivery for family caregivers of veterans with dementia. Family and Community Health, 32, 345-53.
7. Brown, K., Coogle, C. & Wegelin, J. (2015). A pilot randomized controlled trial of mindfulness based stress reduction for caregivers of family members with dementia. Aging & Mental Health, 20 (11), 1157-66.
8. Brodaty, H. & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience, 11 (2), 217-228.
9. Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of Personality & Social Psychology, 84(4), 822-848.
10. Buchheld, N., Grossman, P. & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). Journal for Meditation and Meditation Research, 1, 11-34.
11. CEAFA (2016). El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención. Recuperado de: [https://www.ceafa.es/files/2017/04/ESTUDIO\\_20CUIDADORES.pdf](https://www.ceafa.es/files/2017/04/ESTUDIO_20CUIDADORES.pdf)



*Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática*

12. Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396.
13. Danucalov, M.A., Kozasa, E.H., Galduroz, J.C. & Leite, J.R. (2017). Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 85–91.
14. Danucalov, M.A., Kozasa, E.H., Ribas, K.T., Galduróz, J.C., Garcia, M.C., Verreschi, I.T.; Leite, J.R. (2013). Yoga and compassion meditation program reduces stress in familial caregivers of Alzheimer's disease patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 3, 1–8.
15. Derogatis, L. R. & Cleary, P (1977). Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981–989.
16. Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321–326.
17. Epstein-Lubow, G., Gaudiano, B. A., Hinckley, M., Salloway, S. & Miller, I. W. (2010). Evidence for the validity of the American Medical Association's caregiver self-assessment questionnaire as a screening measure for depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 387–388.
18. Epstein-Lubow, G., McBee, L., Darling, E., Arme, M. & Miller, I. (2011). A pilot investigation of mindfulness-based stress reduction for caregivers of frail elderly. *Mindfulness*, 2(2), 95–102.
19. Epstein-Lubow, G. P., Miller, I. W., & McBee, L. (2006). Mindfulness training for caregivers. *Psychiatric Services*, 57(3), 421.
20. Fleck, M. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19–28.
21. Franco, C., Sola, M.M. & Justo, E. (2010). 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). *Revista Española De Geriatria Y Gerontología*, 45, 252–258.
22. Gallagher, A. (2016). Mindfulness, moral distress and dementia care. *Nursing Ethics*, 23(6), 599–600.
23. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.
24. Ho, L., Bloom, P.A., Vega, J.G., Yemul, S., Zhao, W., Ward, L.; Pasinetti, G.M. (2016). Biomarkers of resilience in stress reduction for caregivers of Alzheimer's patients. *Neuromolecular Medicine*, 18(2), 177–89.
25. Hoppes, S., Bryce, H., Hellman, C. & Finlay, E. (2012). The effects of brief mindfulness training on caregiver's well-being. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(2), 147–166.
26. Hou, R.J., Wong, S.Y., Yip, B.H., Hung, A.T., Lo, H.H., Chan, P.H.; Ma, S.H. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 45–53.
27. Hurley, R., Patterson, T. & Cooley, S. (2013). Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. *Aging & Mental Health*, 18(3), 281–288.
28. Jain, F., Nazarian, N. & Lavrestsky, H. (2014). Feasibility of Central Meditation and Imagery Therapy for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 870–876.
29. Jaffray, L., Bridgman, H., Stephens, M. & Skinner, T. (2015). Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 1–15.
30. Kabat-Zinn (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
31. Kor, P., Chien, W., Liu, J. & Lai, C. (2017). Mindfulness-based intervention for stress reduction of family of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 1–16.
32. Lavrestky, H., Siddarth, P., Nazarian, N., Cyr, N., Khalsa, D.S., Lin, J.; Irwin, M.R. (2013). A pilot study of yogic meditation for family dementia caregivers with depressive symptoms: Effects on mental health, cognition and telomerase activity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 56–65.
33. Li, G., Yuan, H. & Zhang, W. (2015). The effects of Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 292–9.
34. Lipp, M.P. (2000) *Manual do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp*. Brazil: Casa de Psicólogo.
35. Liu, Z., Chen, Q. & Sun, Y. (2017). Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1521–1529.
36. Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., Mc Curry, S.M. & Terri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510–519.
37. Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B.T., López, J., Fernández-Fernández, V. & Nogales-González, C. (2015) Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Dementia Family Caregivers With Significant Depressive Symptoms: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (4), 760–772.
38. Mackenzie, C. & Poulin, P. (2006). Living with the dying: Using the wisdom of mindfulness to support caregivers of older adults with dementia. *International Journal of Health Promotion & Education*, 44(1), 43–7.
39. McNair, D. M., Lorr, M. & Droppleman, L. F. (1992). *Revised Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
40. Montgomery, R. J. V. (2002). Using and Interpreting the Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale. Recuperado de: [http://www4.uwm.edu/hbssw/PDF/Burden 20Scale.pdf](http://www4.uwm.edu/hbssw/PDF/Burden%20Scale.pdf)
41. Norouzi, M., Golzari, M. & Sohrabi, F. (2014). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on the quality of life, depression and demented women caregivers. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(9), 5–11.
42. O'Donnell, R.M.M. (2013). Mindfulness-based stress reduction as an intervention among family caregivers of persons with neurocognitive disorders. The university of Arizona, US.
43. OECD (2017). Dementia prevalence. En OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD indicators*. OECD: París, 204–205. Recuperado en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-76-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-76-en)
44. Oken, B.S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J.B., Zajdel, D. & Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of Mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(10), 1031–38.
45. Paller, K.A., Creery, J.D., Florzak, S.M., Weintraub, S., Mesulam, M.M., Reber P.J.; Maslar, M. (2014). Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their caregivers. *American Journal of Alzheimer's*

*Guillén Jiménez, Delgado Ríos*

- Disease & Other Dementias, 30(3), 257-67.
46. Pérez, M.A. & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17, 77-120.
47. Pinquart M. & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *The Journal of Gerontology. Series B Psychological Sciences Social Sciences*, 62(2), 126-37.
48. Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
49. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(6): e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
50. Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
51. Richardson, T., Lee, S., Berg-Weger, M. & Grossberg, G. (2013). Caregiver health: Health of caregiver and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), 367.
52. Shulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L.M.; Stevens, A. (2002). Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *Gerontologist*, 42(5), 589-602.
53. Silverstein, S.M., Borten, S., Olson, O., Paul, R., Williams, L.M., Cooper, N. & Gordon, E. (2007). Development and validation of a World-Wide-Web-based neurocognitive assessment battery: WebNeuro. *Behavior Research Methods*, 39, 940-9.
54. Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, D. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3), 356-72.
55. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, P.R., Vagg, P.R. & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
56. Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S. & Vitaliano, P.P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631.
57. Velázquez, N., Villarreal, M.A., Carrillo, A.L., Benavides-Torres, R.A. & González, J. (2016). Síntesis de revisiones sistemáticas de intervenciones para cuidadores de pacientes con demencia. *Nure Investigación*, 13 (84), 1-7.
58. Waelde, L. C., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 677-687.
59. Waelde, L.C., Meyer, H., Thompson, J.M., Larry, T. & Gallagher-Thompson, D. (2017). Randomized controlled trial of inner resources meditation for family dementia caregivers. *Journal of Clinical Psychology*, 1-13.
60. Ware, J.Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
61. Whitebird, R. R., Kreitzer, M., Crain, A.L., Lewis, B.A., Hanson, L.R. & Enstad, C.J. (2012). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *Gerontologist*, 53(4), 676-686.
62. Yesavage, J.A, Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1982) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
63. Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Peterson, J. (1983). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
64. Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-379.

*Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática*

Tabla 1.

*Descripción de los estudios y resultados principales.*

| Autores<br>(Año)            | País   | Diseño y tipo<br>intervención                                                                | Formato<br>(sesión*hr)            | G (N, edad media,<br>% mujeres)                                                                       | Variables psicosociales<br>(Instrumentos)                                                                   |
|-----------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Waelde et al. (2004)        | EE.UU  | Pre-post.<br>No control<br>G <sub>1</sub> : IR                                               | 6* 1.5h/s +<br>1* 3h+<br>práctica | G <sub>1</sub> (12; 56; 100)                                                                          | Depresión (CES-D) **<br>Ansiedad (STAI)*<br>Carga (RMBPC)                                                   |
| Bormann et al. (2009)       | EE.UU  | Pre-post-seg.<br>No control<br>G <sub>1</sub> : Mantras                                      | 8*1h/s                            | G <sub>1</sub> (16; 69.2; 94)                                                                         | Depresión (CES-D)*<br>Carga (ZBI)*<br>Estrés (PSS)***<br>Calidad de vida (QLES-Q-SF)*<br>Mindfulness (MAAS) |
| Oken et al. (2010)          | EE.UU  | Pre-post.<br>G <sub>1</sub> : MBCT<br>G <sub>2</sub> : Educación<br>G <sub>3</sub> : Respiro | 6* 1.5h/s +<br>práctica           | G <sub>1</sub> (10; 62.50; 20)<br>G <sub>2</sub> (11; 67.09; 27.27)<br>G <sub>3</sub> (10; 63.80; 10) | Depresión (CES-D)<br>Carga (RMBPC)*<br>Estrés (PSS)<br>Calidad de vida (SF-36)<br>Mindfulness (MAAS)        |
| Franco et al. (2010)        | España | Pre-post-seg.<br>G <sub>1</sub> : MBSR<br>Gc: Control                                        | 10* 1.5-<br>2.5h +<br>práctica    | G <sub>1</sub> (19; 43.3; 89,5)<br>Gc (17; 43.3; 82,35)                                               | Depresión (SCL-90) ***<br>Ansiedad (SCL-90) ***<br>Carga (ZBI)**                                            |
| Epstein-Lubow et al. (2011) | EE.UU  | Pre-post-seg.<br>No control                                                                  | 8*1.25h/s +<br>práctica           | G <sub>1</sub> (9; 56.2; 100)                                                                         | Depresión (CES-D) ***<br>Ansiedad (STAI)                                                                    |

Guillén Jiménez, Delgado Ríos

|                          |        |                                                                       |                          |                                                                  |                                                                                                         | Calidad de vida (SF-36)* |
|--------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                          |        |                                                                       |                          |                                                                  |                                                                                                         | Mindfulness (KIMS)       |
| Hoppes et al. (2012)     | EE.UU  | Pre-post-seg<br>No control<br>G <sub>1</sub> : MBSR                   | 4* 1h/s+<br>práctica     | G <sub>1</sub> (11; 63.8; 90.9)                                  | Carga (ZBI) **<br>Mindfulness (FMI)                                                                     |                          |
| O'Donnell et al (2012)   | EE.UU  | Pre-post-seg.<br>G <sub>1</sub> : MBSR<br>G <sub>2</sub> : Relajación | 8* 2.5 h/s +<br>práctica | G <sub>1</sub> (12; 70.42; 83.3)<br>G <sub>2</sub> (13)          | Depresión (GDS) ***<br>Estrés (PSS)**<br>Mindfulness (MAAS)**                                           |                          |
| Danucalov et al. (2013)  | Brasil | Pre-post.<br>G <sub>1</sub> : YMCP<br>Gc: Control                     | 24*3.75h/s               | G <sub>1</sub> (25; 55.5; 88)<br>Gc (21; 53.4; 86.36)            | Depresión (BDI) ***<br>Ansiedad (BAI)***<br>Estrés (LSSI)*                                              |                          |
| Lavrestskv et al. (2013) | EE.UU  | Pre-post.<br>G <sub>1</sub> : KK<br>G <sub>2</sub> : Relajación       | 8 semanas,<br>12 min/día | G <sub>1</sub> (23; 60.5; 100)<br>G <sub>2</sub> (16; 60.6; 88)  | Depresión (HAM-D)<br>Calidad de vida (SF-36)                                                            |                          |
| Whiterbird et al. (2013) | EE.UU  | Pre-post-seg.<br>G <sub>1</sub> : MBSR<br>G <sub>2</sub> Educación    | 8*2.5h/s                 | G <sub>1</sub> (38; 57.2; 86.8)<br>G <sub>2</sub> (40; 56.4; 90) | Depresión (CES-D)**<br>Ansiedad (STAI)**<br>Carga (MBCBS)<br>Estrés (PSS)**<br>Calidad de vida (SF-12)* |                          |
| Jain et al.(2014)        | EE.UU  | Pre-pos-seg.<br>No control<br>G <sub>1</sub> : CMIT                   | 8* 1.5 h/s +<br>práctica | G <sub>1</sub> (10; 64; 100)                                     | Depresión (CES-D)*<br>Ansiedad (ZAS)*<br>Calidad de vida (QLESQ-SF)                                     |                          |

*Efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores/as de Familiares con Demencia: Revisión sistemática*

|                          |           |                                                                               |                                |                                                                     | Mindfulness (FFMQ)*                                                                                             |
|--------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paller et al.<br>(2014)  | EE.UU     | Pre-post.<br>No control<br>G <sub>1</sub> : MBSR                              | 8* 1.5h/s +<br>práctica        | G <sub>1</sub> (20; 62.5; 80)                                       | Depresión (GDS)*<br>Ansiedad (BAI)<br>Carga (RMPBC)*<br>Calidad de vida (SF-36)*(QOL-AD)                        |
| Hou et al.<br>(2014)     | China     | Pre-post-seg.<br>G <sub>1</sub> : MBSR<br>G <sub>2</sub> Educación            | 8* 1.75 h/s                    | G <sub>1</sub> (70; 57.9; 86.7)<br>G <sub>2</sub> (71; 57.08; 80.6) | Depresión (CES-D) **<br>Ansiedad (STAI) **<br>Estrés (PSS)<br>Calidad de vida (SF-12)<br>Mindfulness (FFMQ) *** |
| Norouzi et al.<br>(2014) | Irán      | Pre-post-seg.<br>G <sub>1</sub> : MBCT<br>G <sub>2</sub> Educación            | 8*1.5-<br>2.5h/s<br>+ práctica | G <sub>1</sub> (10; - ; 100)<br>G <sub>2</sub> (10; - ; 100)        | Depresión (HAM-D)***<br>Carga (ZBI)***<br>Calidad de vida (SF-36)***                                            |
| Leach et al.<br>(2015)   | Australia | Pre-post- seg.<br>G <sub>1</sub> : MT<br>Gc: Control                          | 12* 1h/s                       | G <sub>1</sub> (8; 69.4; 87.5)<br>Gc (9; 63.2; 88.9)                | Depresión (Web neuro)<br>Ansiedad (Web neuro)*<br>Estrés (Web neuro)<br>Calidad de vida (AQOL-8D)*              |
| Brown et al.<br>(2015)   | EEUU      | RCT . Pre-post-<br>seg<br>G <sub>1</sub> : MBSR<br>G <sub>2</sub> : Autoayuda | 8* 1.5-2h/s                    | G <sub>1</sub> (23; 61.4; 84.2)<br>G <sub>2</sub> (15; 61.4; 84.2)  | Depresión (POMS)<br>Ansiedad (POMS)<br>Carga (ZBI)*<br>Estrés (PSS)**<br>Calidad de vida (SF-36)                |

Guillén Jiménez, Delgado Ríos

|                         |        |                            |             |                                   |                                |
|-------------------------|--------|----------------------------|-------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Losada et al. (2015)    | España | Pre-post-seg.              | 8* 1.5h/s   | G <sub>1</sub> (25; 61.69; 82.2)  | Depresión*** (CES-D)           |
|                         |        | G <sub>1</sub> : ACT       |             | G <sub>2</sub> (19; 61.48; 90.5)  | Ansiedad** (POMS)              |
|                         |        | G <sub>2</sub> : CBT       |             | G <sub>3</sub> (22; 62.28; 81.02) |                                |
|                         |        | G <sub>3</sub> : Autoayuda |             |                                   |                                |
| Danucalov et al. (2015) | Brasil | Pre-post.                  | 24* 3.75h/s | G <sub>1</sub> (25; 55.5; 88)     | Calidad de vida (MHOQOL-BREF)* |
|                         |        | G <sub>1</sub> : YCMP      |             | Gc (21; 53.4; 90)                 | Mindfulness (MAAS) ***         |
|                         |        | Gc: Control                |             |                                   |                                |
| Ho et al. (2016)        | EE.UU  | Pre-post.                  | 8*1.5h/s    | G <sub>1</sub> (20; 60.9; 95)     | Depresión (CSAQ) **            |
|                         |        | No control                 |             |                                   | Carga (CSAQ) **                |
|                         |        | G <sub>1</sub> : MBSR      |             |                                   | Estrés (CSAQ) **               |
|                         |        |                            |             |                                   | Mindfulness (FFMQ) **          |
| Waelde et al. (2017)    | EE.UU  | Pre-post.                  | 8* 1.5h/s   | G <sub>1</sub> (16; 59.6; 100)    | Depresión (CES-D)              |
|                         |        | G <sub>1</sub> : IR        |             | G <sub>2</sub> (5; 59.6; 100)     |                                |
|                         |        | G <sub>2</sub> : Educación |             |                                   |                                |

\*\*\*p<0.001; \*\*p<0.01; \*p<0.05

Abreviaciones: G<sub>1</sub>:Grupo intervención 1; G<sub>2</sub>: Grupo intervención 2; Gc: Grupo control; IR, Inner Resources meditation; MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy; MBSR, Mindfulness-based stress reduction; YMCP, Yoga and Compassion Meditation Program group; KK, Kirtan Kriya Meditation; CMIT, Central Meditation and Imagery Therapy; MT, Meditación transcendental; ACT, Acceptance and Commitment Therapy; CBT, Cognitive-conductual therapy.

Notas: CES-D, Center for Epidemiological Studies depression scale; GDS, Geriatric Depression Scale; BDI, Beck Depression Inventory; HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression; POMS, Profile of Mood States; CSAQ, Caregiver Self Assessment Questionnaire; SCL-90, Symptom Checklist-90-R; BAI, Beck Anxiety Inventory; STAI, State-trait anxiety inventory; ZAS, Zung Anxiety Scale; ZBI, Zarit burden interview; MBCBS, Montgomery Borgatta Caregiver Burden Scale; RMBPC, Revised Memory and Behavior Problems Checklist; PSS, Perceived stress scale; LSSI, Lipps's Stress Symptoms Inventory for Adults; SF-36, Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey; SF-12, the 12-item Short-form Health Survey; QLES-Q-SF, Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form); QOL-AD, Quality of Life in AD; AQOL-8D, Quality of Life 8-dimension; MHOQOL-BREF, the World Health Organization Quality of Life questionnaire Abreviada; KIMS, Kentucky inventory of mindfulness skills; MAAS, Mindful Attention Awareness Scale; FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; FMI, Freiburg Mindfulness Inventory.