



ORIGINAL/Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

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)

Clemente Franco*, María del Mar Sola y Eduardo Justo

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Almería, Almería, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de octubre de 2009

Aceptado el 16 de marzo de 2010

On-line el 11 de junio de 2010

Palabras clave:

Conciencia plena

Cuidadores

Alzheimer

Intervención

RESUMEN

Introducción: En este estudio se analizan los efectos que un programa basado en la conciencia plena (mindfulness) puede tener sobre los niveles de malestar psicológico y de sobrecarga en familiares cuidadores principales de enfermos con demencia tipo Alzheimer.

Material y métodos: Para ello, se realizó un diseño cuasiexperimental de comparación de grupos con medición pretest-postest-seguimiento, con un grupo experimental y un grupo control. Como instrumentos de evaluación se utilizaron el Cuestionario SCL-90-R y la Escala de Sobrecarga del cuidador.

Resultados: Los análisis estadísticos realizados muestran una reducción significativa en los 3 índices generales y en las diversas dimensiones del malestar psicológico, así como en la variable sobrecarga del cuidador en el grupo experimental en comparación con el grupo control una vez finalizada la intervención. Sin embargo, las mejoras obtenidas en el grupo experimental se vieron reducidas en la evaluación de seguimiento realizada 4 meses después de finalizada la intervención, ya que se obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en todas las dimensiones en comparación con las puntuaciones medias postest.

Conclusiones: Estos resultados son acordes con otras investigaciones donde se ha comprobado que las intervenciones realizadas con cuidadores de enfermos de Alzheimer suelen ser efectivas a corto plazo, pero que sus efectos se diluyen con el paso del tiempo, por lo que se hace necesario el establecimiento de medidas y de políticas de atención a estos cuidadores que permitan mantener los efectos beneficiosos de las intervenciones destinadas a reducir sus niveles de malestar psicológico y de sobrecarga.

© 2009 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Reducing psychological discomfort and overload in Alzheimer's family caregivers through a mindfulness meditation program

ABSTRACT

Introduction: This study analyzes the effects that a mindfulness development meditation program has on psychological discomfort and overload in main family caregivers of Alzheimer dementia patients.

Material and methods: A quasi-experimental (group comparison) design with pretest/post-test/follow-up measurements was employed in an experimental and a control group. The evaluation instruments used were the SCL-90-R Questionnaire and the Caregiver Overload Scale.

Results: The statistical analyses done show a significant reduction in the three general indices and in the various dimensions of psychological discomfort, as well as in the caregiver overload variable in the experimental group compared to the control group at the end of the intervention. However, the improvements found in the experimental group were lower in the follow-up evaluation done four months after intervention, with significantly higher scores than in post-test in all the dimensions.

Conclusions: These results are in agreement with other studies in which it was found that intervention for Alzheimer caregivers is effective in the short term, but the effect becomes diluted over time, so measurements and policies for these caregivers have to enable the beneficial effects of intervention reducing psychological discomfort and overload to be maintained.

© 2009 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Mindfulness

Caregivers

Alzheimer

Intervention

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cfranco@ual.es (C. Franco).

Introducción

La enfermedad de Alzheimer constituye hoy día un grave problema social y sanitario que afecta no solo al enfermo que lo padece, sino también de forma muy significativa al núcleo familiar que se encarga de su cuidado, ya que en más del 80% de los casos es la familia del enfermo quien se encarga de su cuidado y atención¹, por lo que estos familiares constituyen un colectivo de riesgo que debe ser atendido desde los servicios sociosanitarios². De este modo, los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer constituyen un grupo de alto riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y de trastornos psiquiátricos, entre otros factores, debido a la progresiva e irreversible desestructuración de la personalidad del enfermo y a la fuerte carga emocional que ello conlleva^{3,4}, por lo que sus niveles de ansiedad y depresión son mayores que los que muestran la población general^{5,6}.

Algunos autores⁷ señalan que la vida del cuidador de un enfermo de Alzheimer sufre un cambio brusco y radical a raíz de la constante y exigente atención y dedicación que estos enfermos demandan, produciéndose un deterioro de su calidad de vida, junto a la aparición de una serie de reacciones afectivas y emocionales como tensión, ira, tristeza o culpabilidad. Para estos autores, el estrés en la persona que cuida al enfermo de Alzheimer surge, sobre todo, a raíz de los sentimientos de culpa, la falta de apoyo social, los problemas económicos, la dedicación en tiempo y recursos, y el abandono de actividades placenteras.

Además, la falta de conocimientos adecuados sobre técnicas y estrategias eficaces a la hora de proporcionar cuidados informales a los enfermos de Alzheimer hace que se sientan desbordados y agotados ante los problemas⁸, y puede dar lugar a lo que se ha denominado como el síndrome del cuidador⁹.

Aunque una de las maneras más eficaces de evitar el malestar psicológico es manteniéndose alejado de los factores que lo desencadenan, esto es posible solo en muy limitadas circunstancias. Por lo tanto, si no tenemos la posibilidad de modificar el entorno que nos produce la agresión, por lo menos debemos poder controlar la respuesta frente al estímulo estresante y, de esta manera, tratar de evitar sus efectos perjudiciales tanto a nivel físico como psicológico¹⁰. Recientes investigaciones han demostrado que estrategias de control tales como la evitación, sustitución o eliminación, de eventos privados desagradables (pensamientos, emociones, sensaciones corporales, etc.), pueden llegar a incrementar la intensidad, la frecuencia, la duración, e incluso la accesibilidad a dicha estimulación no deseada, generando con ello más problemas y sufrimiento^{11,12}. Tal y como establecen Hayes et al¹³ el control es el problema y no la solución, y se trataría de la paradoja a la que también hacen referencia Wilson et al¹⁴ al señalar que cuantos más intentos se llevan a cabo para tratar de eliminar los eventos privados desagradables, más fuertes, persistentes e intensos se vuelven estos.

Ante tal perspectiva, diversos autores han apuntado a las técnicas meditativas que promueven el desarrollo de la conciencia plena o *mindfulness*¹⁵, como un posible recurso terapéutico^{16,17}, ya que mediante su práctica la persona aprende a observar y aceptar los pensamientos, las sensaciones y las emociones que experimenta sin hacer nada por tratar de modificarlos, cambiarlos o alterarlos.

Por lo tanto, el entrenamiento en conciencia plena puede ser una técnica útil y efectiva para reducir el malestar psicológico en personas con un nivel de malestar elevado, siempre y cuando estén dispuestas a integrar la práctica de dicha técnica en su vida cotidiana¹⁸. Así, la conciencia plena buscaría sentir las cosas tal y como suceden, sin intentar controlarlas ni actuar sobre ellas, por lo cual, en cierta medida, funcionaría de manera similar a como actúan las técnicas de exposición¹⁹.

De este modo, el objetivo del presente estudio es comprobar si un determinado tipo de entrenamiento en conciencia plena, puede producir mejoras en la reducción del malestar psicológico y

la sobrecarga en un grupo de familiares cuidadores principales de enfermos con demencia tipo Alzheimer.

Material y métodos

Diseño y muestra

Participaron 36 familiares cuidadores de enfermos con demencia tipo Alzheimer. El grupo experimental estuvo constituido por 19 sujetos, de los cuales 2 eran hombres y 17 mujeres, mientras que el grupo control lo formaron los 17 sujetos restantes, 3 hombres y 14 mujeres. Las edades de los participantes oscilaron entre los 34-66 años ($M=46,3$; $DT=16,4$). Para establecer la muestra de la presente investigación, se siguieron los criterios de selección planteados por Molina et al⁸:

- Cuidadores principales de ancianos con demencia tipo Alzheimer.
- Familiares.
- Convivencia bajo el mismo techo del enfermo de Alzheimer.
- Los enfermos de Alzheimer no está institucionalizados.

Para analizar los efectos del programa de conciencia plena (variable independiente) sobre los diferentes componentes del malestar psicológico y sobre la sobrecarga del cuidador (variables dependientes), se utilizó un diseño cuasiexperimental de comparación de grupos con medición pretest-postest-seguimiento, con un grupo experimental y un grupo control.

Instrumentos

1. *Cuestionario SCL-90-R*²⁰. Se trata de un cuestionario multidimensional autoaplicado compuesto por 90 ítems que evalúan el malestar psicológico a partir de 9 dimensiones de las que se obtienen 3 índices globales de malestar: índice de severidad global, total de síntomas positivos, e índice de distrés de síntomas positivos.

Cada ítem del cuestionario se valora de acuerdo a una escala tipo Likert desde 0 (nada)-4 (siempre). Se ha seleccionado este cuestionario por ser un instrumento sensible al cambio tras la intervención terapéutica²¹, al tiempo que posee una alta consistencia interna, con valores alpha de Cronbach para las distintas escalas que oscilan entre 0,81-0,90.

2. *Escala de sobrecarga del cuidador*²². Es una escala compuesta por 22 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que evalúan el grado en que los cuidadores perciben que sus responsabilidades ejercen un efecto negativo sobre su salud física, sobre su calidad de vida personal y social, y sobre su bienestar emocional. Diversos estudios como el de Montorio et al²³ han identificado la presencia de 3 factores en dicha escala: impacto del cuidado, interpersonal, y expectativas de autoeficacia. En el presente estudio se empleó la adaptación española de Martín et al²⁴ cuya consistencia interna es de 0,91.

Procedimiento

Respecto al procedimiento seguido para la realización del estudio, en primer lugar se procedió a obtener la muestra de los sujetos participantes en el estudio. Para ello, se ofertó un curso a través de la Universidad de Almería dirigido a familiares cuidadores principales de enfermos con demencia tipo Alzheimer titulado «Prevención y tratamiento del malestar psicológico mediante el desarrollo de la conciencia plena». Al curso se inscribieron un total de 46 familiares, por lo que se procedió a la asignación al azar de manera aleatoria de los sujetos a los

grupos control y experimental. Se controló la variable sexo para que de esta forma no interfiriese en los resultados del estudio, ya que diversos estudios e investigaciones han encontrado que las mujeres puntúan más alto en la mayoría de las escalas del SCL-90-R que los hombres^{21,25}.

Una vez obtenida la muestra del estudio, se realizó la evaluación pretest que consistió en obtener una medición inicial de los niveles de malestar psicológico y de sobrecarga de los 2 grupos participantes en la investigación, mediante la aplicación del cuestionario SCL-R-90 y de la escala de sobrecarga del cuidador.

A continuación, se procedió a la aplicación del programa de intervención en el grupo experimental durante 10 sesiones distribuidas a lo largo de 10 semanas, con una duración de entre una hora y media y 2 h cada sesión. Dicho programa de intervención consistió en el aprendizaje y práctica diaria durante 40 min de una técnica para el desarrollo de la conciencia plena denominada meditación fluir²⁶, cuyo objetivo principal no consiste en tratar de controlar los pensamientos, sensaciones o sentimientos, ni modificarlos o cambiarlos por otros, sino en aceptar cualquier pensamiento, imagen o sensación que pueda aparecer o surgir de forma espontánea.

Para ello, se combina el aprendizaje de dicha técnica con la exposición y debate de diversas metáforas de la terapia de aceptación y compromiso^{11,12}, ya que esta terapia supone la aceptación de una filosofía que implica ser abiertos a la vida con las ventajas y desventajas que conlleva el hecho de ser seres pensantes, reaccionando a los problemas de un modo que no anulen la vida misma, y no convirtiendo en «problemas psicológicos» lo que no son más que «problemas de la vida»²⁷. Esta terapia promueve la aceptación de los pensamientos, sentimientos y emociones, ya que cuando estos llegan a controlar y dirigir la conducta de la persona, su comportamiento pasa a ser incompatible con la realización de acciones valiosas para su vida; al mismo tiempo, pretende incrementar la flexibilidad psicológica, entendida esta como la capacidad de contactar con el momento presente^{28,29}.

Por último, otro componente del programa que también fue aprendido y practicado a lo largo de las 10 sesiones, fue la realización de ejercicios de exploración corporal o *body-scan*³⁰.

Los contenidos que se abordaron en cada una de las sesiones, a modo de resumen, se presentan en el [tabla 1](#).

En estos ejercicios y actividades se discutían situaciones que los propios cuidadores ponían como ejemplos de experiencias estresantes y generadoras de malestar, y se analizaban estrategias alternativas a las empleadas habitualmente para resolver de una forma más eficaz dichas situaciones. Es decir, el programa de intervención en conciencia plena se adaptó a las circunstancias propias de los participantes, buscando ejemplos y ejercicios relativos a la situación de cuidado.

Concluida la aplicación del programa de intervención, se procedió a obtener la puntuación postest con el fin de comprobar si se había producido alguna variación en las variables de malestar psicológico y de sobrecarga analizadas, por lo que se volvió a administrar a todos los sujetos de la muestra el cuestionario SCL-90-R y la escala de sobrecarga del cuidador en las mismas condiciones que en la fase pretest.

Cuatro meses después de finalizada la intervención, se realizó una medida de seguimiento con el fin de comprobar si se seguían manteniendo los resultados obtenidos después de la aplicación del programa de conciencia plena, para la cual se volvió a administrar a los sujetos del grupo experimental el cuestionario SCL-90-R y la escala de sobrecarga del cuidador.

El porcentaje medio de asistencia a las sesiones fue del 73%, estableciéndose el criterio de no considerar para los resultados estadísticos del estudio a aquellos participantes que hubiesen asistido a menos del 50% de las mismas. Del mismo modo, cada participante debía completar a lo largo de la semana una hoja de autoregistro en la que diariamente debía anotar si había practicado los ejercicios de exploración corporal y de conciencia plena en la respiración mandados para realizar en casa. El grado de realización de estas actividades tuvo un cumplimiento medio del 66% en el caso del ejercicio de exploración corporal, y del 72% en el caso del ejercicio de atención a la respiración. No se tuvieron en cuenta para los resultados del estudio a aquellos participantes que indicaron haber practicado cualquiera de los 2 ejercicios enviados para casa menos del 50% de los días. Cinco participantes del grupo experimental fueron eliminados de los resultados del estudio por el incumplimiento de alguno de estos criterios, por lo

Tabla 1
Resumen programa de intervención

Sesión	Ejercicios	Metáforas
1	-Presentación de todos los miembros del grupo; Exposición de los motivos para participar en el curso de meditación y sus expectativas; Exposición de las condiciones previas necesarias para comenzar a meditar y diversos aspectos a tener en cuenta en la práctica de la meditación;	
2	-Explicación de la práctica de la meditación fluir; Realización de la 1.ª práctica de meditación anterior y el control de eventos privados; Práctica de meditación	Metáfora del Bambú
3	-Ejercicio de observación de sensaciones en la zona de la cara; Práctica de meditación	Metáfora del Río, Metáfora del Vaso Sucio, Metáfora de la Operación y Metáfora del Parto con Dolor
4	-Ejercicio de observación de sensaciones en la zona del pecho y del abdomen; Práctica de meditación	Metáfora del Mono y el Plátano
5	-Ejercicio de observación de sensaciones en la zona de la espalda; Ejercicio de recordar palabras; Ejercicio de observación de pensamientos; Ejercicio ¿Cuáles son los números? y ¿Cómo se llama tu madre?; Práctica de meditación	Metáfora de los 2 Monjes
6	-Ejercicio de observar las sensaciones en los brazos; Ejercicio de Contar pensamientos; Práctica de meditación	Historia de las 2 Sortijas
7	-Ejercicio de observar las sensaciones en las piernas; Práctica de meditación	Metáfora de la Radio Encendida
8	-Ejercicio de observación de sensaciones por todo el cuerpo; Ejercicio para analizar los «debo de...», y los «debería de...» Práctica de meditación	
9	-Ejercicio de aceptación de eventos privados molestos e incómodos; Ejercicio de decir sí y hacer no, y decir no, y hacer sí; Práctica de meditación	Metáfora del Ordenador, Metáfora del Polígrafo, La Historia de Miaou
10	-Puesta en común por parte de los participantes de su experiencia a lo largo de la realización del curso. Práctica de meditación	Metáfora de los indios que recogen leña

que sus datos no fueron tomados en cuenta para el análisis estadístico de los resultados.

En el grupo control, 3 personas no realizaron la evaluación posttest por lo que no se tuvieron en cuenta para los análisis estadísticos. Por lo tanto, la muestra final para el análisis de los datos quedó reducida a 36 participantes, 19 en el grupo experimental, y 17 en el grupo control.

Todos los sujetos participantes en el estudio fueron informados a la finalización de este del objetivo de la investigación, y se les solicitó su consentimiento por escrito para poder hacer uso de los datos obtenidos manteniendo y garantizando la confidencialidad y el anonimato. Una vez finalizada la investigación, se ofertó e impartió el programa de conciencia plena a los sujetos del grupo control.

Análisis estadísticos

Se hallaron las medias y las desviaciones típicas para cada una de las variables del estudio en los grupos control y experimental en cada una de las fases de la investigación. Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del grupo control y experimental en cada fase del estudio para las variables del estudio, se empleó el estadístico *t* de Student para muestras independientes. Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones en las variables de la investigación en cada una de las fases del estudio, tanto en el grupo control como experimental, se empleó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Para valorar la magnitud del cambio experimentado en el grupo experimental tanto en la medida posttest como en la medida de seguimiento, se empleó la *d* de Cohen³¹ y el porcentaje de cambio entre las puntuaciones pretest-posttest y posttest-seguimiento. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados

En primer lugar, se procedió a calcular las medias y desviaciones típicas de las variables del estudio en los grupos experimental y control en las fases pretest y posttest de la investigación (ver tabla 2).

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas pretest y posttest correspondientes a los grupos control y experimental

Variable	Pretest				Posttest			
	Control		Experimental		Control		Experimental	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Somatización	1,14	0,66	1,25	0,53	1,10	0,70	0,58	0,52
Obse. compuls.	1,51	0,69	1,61	0,73	1,95	0,45	0,65	0,34
Sens. interpers.	0,97	0,73	1,26	0,51	1,16	0,56	0,48	0,34
Depresión	1,14	0,76	1,40	0,70	1,23	0,72	0,53	0,37
Ansiedad	0,97	0,65	1,13	0,52	1,11	0,51	0,47	0,32
Hostilidad	0,87	0,61	1,17	0,58	1,02	0,67	0,38	0,21
Ansiedad fóbica	0,66	0,51	0,69	0,40	0,85	0,60	0,32	0,37
Ideación paranoide	1,12	0,93	1,30	0,68	1,10	0,70	0,44	0,31
Psicoticismo	0,93	0,87	1,19	0,60	1,07	0,59	0,36	0,33
Índ. Dist. Sínt. P.	1,11	0,76	1,34	0,43	1,22	0,73	0,49	0,31
Total Sínt. Posit.	51,3	28,3	48,5	23,1	53,7	20,9	28,7	12,90
Índ. Sever. Global	1,69	0,55	1,85	0,58	1,86	0,48	1,12	0,33
Sobrecarga	70,8	16,9	72,9	18,2	72,5	15,2	55,9	16,30
Impacto	36,3	7,71	38,5	8,42	37,9	6,09	33,6	7,43
Interpersonal	20,7	5,43	18,7	4,34	19,4	4,95	13,8	5,12
Autoeficacia	13,8	3,82	15,7	5,89	15,2	4,13	8,53	3,77

NOTA: Índ. Dist. Sínt. Posit.: Índice de Distrés de Síntomas Positivos; Índ. Sever. Global: Índice de Severidad Global; Obse. compuls.: Obsesión-compulsión; Sens. interpers.: Sensibilidad interpersonal; Total Sínt. Posit.: Total Síntomas Positivos.

La tabla 3 muestra la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las medidas pretest en ninguna de las variables. Sin embargo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en todas las variables del estudio al analizar sus puntuaciones posttest (tabla 3).

La tabla 4 muestra la no existencia de diferencias significativas en ninguna de las variables en el grupo control al realizar la comparación entre las puntuaciones medias pretest-posttest. Sin embargo, en el grupo experimental se observan diferencias estadísticamente significativas entre sus puntuaciones pretest y posttest en las variables del estudio (tabla 4).

Para comprobar si las mejoras significativas halladas en el grupo experimental se mantenían a lo largo del tiempo, se realizó un análisis de las diferencias de las puntuaciones pretest y posttest con las de seguimiento en dicho grupo, encontrándose que

Tabla 3

Prueba *t* de Student para muestras independientes de las diferencias pretest y posttest entre el grupo control y experimental

Variable	Pretest		Posttest	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatización	0,507	0,616	2,253	0,032*
Obsesión-compulsión	0,392	0,698	9,236	0,000**
Sensibilidad interpersonal	1,146	0,238	6,651	0,000**
Depresión	1,014	0,320	7,136	0,000**
Ansiedad	0,761	0,453	8,254	0,000**
Hostilidad	1,385	0,176	7,348	0,000**
Ansiedad fóbica	0,173	0,864	5,295	0,000**
Ideación paranoide	0,634	0,531	7,196	0,000**
Psicoticismo	1,023	0,316	7,234	0,000**
Índice Distrés Síntomas Post.	1,092	0,284	5,387	0,000**
Total Síntomas Positivos	0,309	0,760	4,964	0,000**
Índice Severidad Global	0,795	0,433	6,053	0,000**
Sobrecarga	0,456	0,583	3,762	0,003***
Impacto	0,863	0,369	2,770	0,011*
Interpersonal	1,127	0,251	3,910	0,001****
Autoeficacia	1,238	0,213	8,349	0,000**

* $p < 0.05$.

** $p < 0.001$.

*** $p < 0.005$.

**** $p = 0.001$.

Tabla 4

Prueba *t* de Student para muestras relacionadas de las diferencias posttest-pretest en el grupo control y experimental

Variable	Control		Experimental	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatización	0,482	0,638	7,484	0,001
Obsesión-compulsión	1,501	0,136	6,453	0,001
Sensibilidad interpersonal	1,194	0,228	12,310	0,001
Depresión	1,362	0,181	6,687	0,001
Ansiedad	0,983	0,326	6,564	0,001
Hostilidad	1,285	0,212	6,174	0,001
Ansiedad fóbica	0,876	0,378	3,331	0,004
Ideación paranoide	1,413	0,169	6,625	0,001
Psicoticismo	0,624	0,546	6,653	0,001
Índice Distrés Sínt. Post.	0,408	0,712	8,351	0,001
Total Síntomas Positivos	1,214	0,224	6,017	0,001
Índice Severidad Global	1,067	0,302	4,773	0,001
Sobrecarga	0,876	0,338	3,984	0,001
Impacto	0,683	0,494	4,136	0,001
Interpersonal	1,064	0,309	4,073	0,001
Autoeficacia	1,361	0,185	9,774	0,001

Tabla 5

Medias y desviaciones típicas de la medida de seguimiento, y prueba *t* de Student para muestras relacionadas de las diferencias pretest-seguimiento y posttest-seguimiento en el grupo experimental

Variable	Segui.		Pretest-Segui.		Posttest-Segui.	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatización	0,93	0,61	2,28	0,034*	3,02	0,004**
Obsesión-compulsión	1,13	0,64	2,46	0,024*	2,41	0,018*
Sensibilidad interper.	0,81	0,41	2,71	0,013*	2,42	0,002**
Depresión	1,02	0,51	2,59	0,018*	3,49	0,001***
Ansiedad	0,81	0,39	2,22	0,038*	3,46	0,001***
Hostilidad	0,62	0,41	2,31	0,033*	3,37	0,001***
Ansiedad fóbica	0,90	0,53	3,72	0,001***	3,26	0,001***
Ideación paranoide	0,71	0,43	2,69	0,022*	2,28	0,034*
Psicoticismo	0,63	0,59	2,32	0,036*	3,14	0,002**
Índ. Dist. Sínt. Posit.	0,81	0,51	2,96	0,004**	2,44	0,021*
Total Sínt. Posit.	36,70	14,90	2,71	0,012*	2,20	0,036*
Índ. Sever. Global	1,43	0,63	2,59	0,016*	2,41	0,030*
Sobrecarga	63,8	15,9	2,43	0,026*	2,36	0,034*
Impacto	35,8	7,83	2,35	0,032*	0,83	0,359
Interpersonal	15,8	4,24	3,17	0,002**	1,09	0,302
Autoeficacia	12,2	3,83	3,56	0,001***	2,41	0,002**

* *p* < 0,05

** *p* < 0,005.

*** *p* = 0,001.

aparecían diferencias significativas entre las medidas pretest-seguimiento en todas las variables analizadas. También se obtuvieron diferencias significativas entre las puntuaciones posttest-seguimiento en las 3 medidas generales de malestar psicológico, así como en todas las dimensiones que componen dicha variable. Estas diferencias significativas entre las puntuaciones posttest-seguimiento en el grupo experimental, también aparecen en la variable sobrecarga del cuidador y en el factor autoeficacia, pero no en los factores impacto del cuidado e interpersonal (ver tabla 5).

Con el objetivo de poder valorar la magnitud del cambio ocurrido en el grupo experimental tanto en la medida posttest como en la medida de seguimiento, se empleó la *d* de Cohen³¹ (1988), donde valores superiores a 1,5 indican cambios muy

Tabla 6

d de Cohen y porcentaje de cambio pretest-posttest y posttest-seguimiento en el grupo experimental

Variable	<i>d</i> Post.	<i>d</i> Segui.	% Post	% Segui
Somatización	1,25	0,62	-53,2	37,5
Obsesión-compulsión	1,66	0,88	-59,3	42,1
Sensibilidad interpersonal	1,77	0,98	-61,4	40,2
Depresión	1,54	1,09	-61,9	47,7
Ansiedad	1,51	0,94	-57,6	41,4
Hostilidad	1,56	0,72	-66,7	37,8
Ansiedad fóbica	0,94	1,52	-53,1	63,8
Idea, Paranoide	1,60	0,69	-65,6	37,2
Psicoticismo	1,68	0,55	-69,1	42,1
Índice Distrés Sínt. Pos.	2,22	0,42	-62,9	38,9
Total Síntomas Positi.	1,09	0,57	-40,8	21,7
Índice Severidad Global	1,53	0,61	-39,4	21,6
Sobrecarga	0,89	0,70	-21,4	14,1
Impacto	0,61	0,28	-12,7	6,54
Interpersonal	1,03	0,42	-21,2	14,4
Autoeficacia	1,45	0,96	-45,6	43,1

importantes, entre 1,5 y 1 importantes, y entre 1-0,5 medios. En la tabla 6 se observa como las puntuaciones de la *d* de Cohen entre las medidas pretest-posttest muestran la existencia de cambios muy importantes en índice de distrés de síntomas positivos, índice de severidad global, sensibilidad interpersonal, psicoticismo, obsesión-compulsión, ideación paranoide, hostilidad, depresión, y ansiedad; cambios importantes en total de síntomas positivos, somatización, interpersonal, y expectativas de autoeficacia; y cambios de nivel medio en ansiedad fóbica, y en sobrecarga del cuidador (tabla 6).

Por lo que respecta a la magnitud del cambio experimentado entre las medidas posttest seguimiento, aparecen cambios muy importantes en ansiedad fóbica; importantes en depresión; medios en índice de severidad global, total de síntomas positivos, sensibilidad interpersonal, ansiedad, obsesión-compulsión, hostilidad, ideación paranoide, somatización, psicoticismo, sobrecarga del cuidador, y expectativas de autoeficacia; y bajos en índice de distrés de síntomas positivos, impacto del cuidado, e interpersonal (ver tabla 6).

Finalmente, se calculó el porcentaje de cambio entre las puntuaciones pretest posttest y posttest seguimiento en el grupo experimental. Respecto al porcentaje de cambio pretest-posttest, en la tabla 6 se observa que dicho porcentaje muestra unas reducciones que oscilan entre el 69% (psicoticismo), y el 35% (índice de severidad global) para las dimensiones de malestar psicológico, mientras que para la variable sobrecarga del cuidador aparecen unas reducciones que oscilan entre el 12% (impacto del cuidado) y el 45% (expectativa de autoeficacia). Asimismo, el porcentaje de cambio entre las puntuaciones posttest-seguimiento, muestra un incremento que va desde el 63% (ansiedad fóbica), al 21% (índice de severidad global) en las dimensiones de malestar psicológico, y entre un 6% (impacto del cuidado) y un 43% (expectativa de autoeficacia) en la variable sobrecarga del cuidador (ver tabla 6).

Discusión

Una vez analizados los resultados del presente estudio, podemos concluir que el programa de intervención en conciencia plena aplicado produjo mejoras significativas en el grupo experimental en las variables del estudio al comparar sus puntuaciones medias posttest con las del grupo control.

Pero estas mejoras significativas obtenidas en el grupo experimental, no se mantuvieron 4 meses después de finalizada

la intervención al realizar la medida de seguimiento excepto en 2 de los factores que componen la variable sobrecarga del cuidador (impacto del cuidado, e interpersonal). Es decir, aunque se producen reducciones significativas en el grupo experimental entre sus puntuaciones pretest seguimiento, estas reducciones son menores que las experimentadas entre las comparaciones pretest-postest.

Estos resultados están en concordancia con los encontrados en otras investigaciones, que atestiguan el decaimiento en la fase de seguimiento de los resultados obtenidos a partir de las intervenciones con cuidadores de Alzheimer o con personas dependientes de más de 65 años³²⁻³⁴.

Los dos grupos partieron de niveles altos tanto en la variable sobrecarga del cuidador, como en las dimensiones que evaluaban el grado de malestar psicológico de los participantes en el estudio. Pero mientras en el grupo control apenas hubo variación en estas variables, en el grupo experimental se produjeron reducciones significativas después de la intervención, obteniéndose las mayores reducciones en las dimensiones obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad y psicoticismo; mientras que los cambios menos significativos se produjeron en la dimensión ansiedad fóbica. Estos resultados concuerdan con los datos de otras investigaciones^{18,35}, donde las reducciones más significativas también se produjeron en las dimensiones depresión, hostilidad, somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal y ansiedad; y las menos significativas en la dimensión ansiedad fóbica.

El descenso en la fase de seguimiento de las mejoras obtenidas tras la aplicación del programa de intervención, pudo deberse a las dificultades que tienen los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer para disponer de un tiempo y de un lugar en el que poder practicar de forma continua y regular las técnicas de conciencia plena aprendidas durante el programa de intervención, aspecto del que sí disponían durante la realización del curso de meditación flúir. Por lo tanto, lo que los resultados de esta investigación han puesto de manifiesto, es que se hace necesario y fundamental el establecimiento de estructuras y servicios que permitan un desahogo del familiar cuidador del enfermo con demencia tipo Alzheimer, para de esta manera, poder paliar y contrarrestar los elevados índices tanto de malestar psicológico como de sobrecarga que presentan^{4,36,37}. Del mismo modo, habría que mejorar las ayudas sociosanitarias y de formación que reciben los cuidadores de enfermos de Alzheimer⁵, ya que la falta de recursos de apoyo a los cuidadores les termina produciendo un alto nivel de malestar físico y psicológico³⁸.

Así, es fundamental el desarrollo de programas socio-sanitarios de atención al cuidador, el establecimiento de servicios de respiro temporal o centros de día, la realización de programas de información y formación, el establecimiento de ayudas económicas, la implantación de programas de apoyo psicológico, etc., como un medio para prevenir y/o paliar los altos índices de malestar y de sobrecarga que sufren los familiares cuidadores principales de enfermos con demencia tipo Alzheimer².

Es evidente, que los datos del presente estudio, aunque positivos, hay que analizarlos con la debida cautela. En primer lugar, porque la muestra del estudio es relativamente pequeña, por lo que habría que confirmar dichos resultados con muestras más amplias. En segundo lugar, porque a excepción de la edad y el sexo, no se evaluaron otro tipo de variables sociodemográficas de los participantes como nivel de estudios, situación laboral, antecedentes psiquiátricos, estadio de la enfermedad de Alzheimer, tiempo que el cuidador llevaba cuidando a su familiar, horas diarias dedicadas al cuidado, parentesco con la persona cuidada, etc. Es por ello que en estudios posteriores habría que analizar la incidencia del programa de intervención en función de estas y otras variables que puedan resultar relevantes.

Finalmente, habría que realizar más medidas de seguimiento a largo plazo para comprobar los efectos del programa de conciencia plena a lo largo del tiempo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Cacabelos R, Caamaño J, Álvarez X, Fernández L, Franco A. Enfermedad de Alzheimer. Bases moleculares, criterios diagnósticos y novedades terapéuticas. *Jano Med Humanid.* 1994;1103:39-64.
- Biurrun A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:325-30.
- Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *Am J Public Health.* 1997;87:202-7.
- Martín M, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larrumbe MJ, et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30:201-6.
- Badía X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria.* 2004;34:170-7.
- Esteban AB, Mesa MP. Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:146-53.
- Peinado AI, Garcés de los Fayos EJ. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Pap Psicol.* 1998;14:83-93.
- Molina JM, Iáñez MA. Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer: factores influyentes en la sobrecarga. *An Psiquiatr.* 2006;22:234-42.
- Flórez JA. El síndrome del cuidador. *Jano Med Humanid.* 2002;58:46-50.
- García Higuera JA. Curso terapéutico de aceptación I y II. Madrid: Psicoterapeutas; 2007.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
- Wilson KG, Luciano MC. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide; 2002.
- Campbell L, Barlow DH, Brown TA, Hoffman SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther.* 2006;44:1251-63.
- Gutiérrez O, Luciano MC, Rodríguez M, Fink B. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behav Ther.* 2004;35:767-83.
- Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós; 2003.
- Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion; 1994.
- Robins CJ. Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive Behav Proc.* 2002;9:50-7.
- Martín-Asuero A, García de la Banda G. Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7:369-84.
- Vallejo MA. Mindfulness. *Pap Psicol.* 2006;27:92-9.
- Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual-II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
- Carrasco MA, Sánchez V, Ciccotelli H, del Barrio V. Listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicol.* 2003;2:149-61.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980;20:649-55.
- Montorio I, Izal M, López A, Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *An Psicol.* 1998;14:229-48.
- Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol.* 1996;6:338-46.
- Hafkenscheid A. Psychometric evaluation of the symptom checklist (SCL-90) in psychiatric inpatients. *Personal Individ Differ.* 1993;14:751-6.
- Franco C. Meditación Flúir para serenar el cuerpo y la mente. Madrid: Bubok; 2009.
- Pérez M. Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Int J Clin Health Psychol.* 2001;1:15-33.
- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Guilford Press; 2004.
- Luciano MC, Valdivia MS. La terapia de aceptación y compromiso. Fundamentos, características y evidencias. *Pap Psicol.* 2006;27:79-91.
- Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós; 2003.

31. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Erlbaum: Hillsdale; 1998.
32. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:657-64.
33. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 2003;18:250-67.
34. Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E, Gallart A, Bardallo D, Rodríguez E, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:157-66.
35. Franco C, Mañas I, Cangas A, Moreno E, Gallego J. Reducing of psychological distress in teachers by a mindfulness training programme. *Spanish J Psychol.* En prensa.
36. Clipp EC, George LK. Psychotropic drug use among caregivers of patients with dementia. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38:227-35.
37. Gignac MA, Gottlieb BH. Caregiver's appraisals of efficacy in coping with dementia. *Psychol Aging.* 1996;11:214-25.
38. Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Gallagher-Thompson D, Knight BK. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicol Conduct.* 2007;15:55-76.