



REVISIÓN

Eficacia del programa de reducción del estrés basado en mindfulness para cuidadores familiares de personas con demencia. Revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados



Fabrissio Grandi^{a,*}, Lucas Burgueño^b y María Jesús Irurtia^c

^a Facultad de Psicología, Universidad Complutense, Madrid, España

^b Consultoría Especialista en Gestión de Estrés y Mindfulness Aplicado (CEMYC), Valladolid, España

^c Departamento de Psicología, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de enero de 2018

Aceptado el 4 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Cuidadores

Mindfulness

Demencia

Mindfulness-based stress reduction program

Keywords:

Caregivers

Mindfulness

Dementia

Mindfulness-based stress reduction program

R E S U M E N

Los cuidadores familiares de personas con demencia suelen presentar altos niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y sobrecarga, por lo que son considerados como una población clínicamente vulnerable. El objetivo de la presente revisión es examinar la eficacia del programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) aplicado a esta población. Se recogieron aquellos estudios clínicos aleatorizados con medida pre-post procedentes de las bases de datos electrónicas de los últimos 15 años. La calidad metodológica se obtuvo mediante la escala de Jadad. Finalmente fueron incluidos 5 artículos, obteniendo una muestra de 309 participantes. La puntuación en la escala Jadad fue de 3,4 sobre 5. En líneas generales, el programa MBSR reduce la sintomatología ansiosa, depresiva, así como los niveles de sobrecarga en la medida post. Sin embargo, algunos trabajos mostraron una reducción significativa de los efectos psicológicos del programa durante el seguimiento. Son necesarios más estudios empíricos que puedan establecer un protocolo más homogéneo que reduzca la ambigüedad de algunos resultados.

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Effectiveness of a mindfulness-based stress reduction program for family caregivers of people with dementia. Systematic review of randomised clinical trials

A B S T R A C T

Family caregivers of people with dementia usually have high levels of anxiety, depression, and overload symptoms, and are reasons for being considered a clinically vulnerable population. The objective of the present review is to examine the effectiveness of the mindfulness-based stress reduction program (MBSR) applied to this population. A search was made in the electronic databases for randomised trials with pre-post measurement in the last 15 years. The methodological quality was obtained using the Jadad scale. Finally, 5 articles were included, obtaining a sample of 309 participants. The score on the Jadad scale was 3.4 out of 5. In general, the MBSR program reduces anxiety and depression symptoms, as well as overload levels in the post-measurement. However, some studies showed a significant reduction in the psychological effects of the program during follow-up. More empirical studies are needed that can establish a more homogeneous protocol that reduces the ambiguity of some results.

© 2018 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Conforme aumenta la población de personas mayores en todo el mundo, también lo hace, de forma paralela y exponencial, el número de personas con demencia¹. Así, la Organización Mundial

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fabrigrandi@hotmail.com (F. Grandi).

de la Salud pone de relieve que, en el año 2050, serán 150 millones de individuos los que padezcan esta enfermedad², llevando asociado un incremento de cuidadores informales. Esta población, generalmente conformada por familiares³, se caracteriza por proporcionar atención no remunerada a una persona con algún tipo de dependencia física o psicológica. Además, no suelen pertenecer a ningún servicio de atención formal o sociosanitaria, por lo que acaban asumiendo el rol de cuidador principal^{4,5}. Junto a este dato, el cuidador familiar tiende a frecuentar con mayor asiduidad los servicios sanitarios que aquellas personas no cuidadoras debido principalmente a sus elevados niveles de riesgo para la salud⁶, y una disminución general en su calidad de vida general y un aumento de la morbilidad⁷. Sí, la investigación ha hallado correlaciones entre la sobrecarga del cuidador y la salud percibida, las funciones inmunológicas, el aislamiento social, la soledad, los trastornos crónicos del sueño, así como el nivel de estrés⁸.

En suma, la literatura científica ha identificado que estas personas son un grupo vulnerable y gravemente perjudicado, tanto a nivel físico como a nivel emocional, siendo muy frecuente la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva^{9–11}. En este último punto, los trabajos empíricos han mostrado que una de las variables con capacidad para influir en el nivel de sobrecarga corresponde a la interpretación personal que un cuidador atribuye a su rol¹². Dicha interpretación condicionaría la presencia de alteraciones psicológicas, por lo que el cuidador acaba entrando en un círculo vicioso difícil de atajar.

En las últimas décadas, una enorme variedad de intervenciones han intentado reducir la sobrecarga del cuidador, así como los síntomas de ansiedad y depresión asociados a la misma¹³. En este sentido, el enfoque multicomponente ha sido el más frecuente¹⁴, incorporando en sus contenidos diferentes estrategias de intervención como pueden ser los servicios de respiro, los grupos de ayuda, la psicoeducación y/o psicoterapia. Sin embargo, los diferentes metaanálisis muestran que aunque los tamaños del efecto son estadísticamente significativos, no dejan de ser clínicamente modestos^{15–18}.

Ante este panorama, diversos autores han comenzado a promover las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) con el objetivo de reducir el estrés crónico^{19–21}. Sin embargo, antes de plantear el enfoque de las intervenciones en que se basa el presente trabajo, conviene advertir al lector no iniciado que el concepto de *mindfulness* presenta diferentes acepciones en el campo académico, dificultando con ello la comunicación entre los diferentes profesionales interesados en el ámbito de la salud mental. Partiendo de esta puntualización, y teniendo en cuenta los objetivos de la presente revisión, una de las definiciones más consensuadas a nivel científico proviene de Kabat-Zinn, quien pone de relieve que el *mindfulness* consiste en prestar atención al momento presente, de una forma deliberada y sin emitir juicios de valor²². Así, las IBM han intentado promover la práctica de la experiencia consciente, haciendo uso de las diversas técnicas e instrucciones en dirección a unos objetivos concretos. Dicha práctica tiende a estimular el desarrollo de habilidades psicológicas estables en el tiempo, lo que suele ser acuñado frecuentemente con el término de *mindfulness-rasgo*²³.

Las IBM han sido estudiadas como una suerte de programas laicos y complementarios, diseñados para pacientes con enfermedades o problemas médicos crónicos tales como el dolor²⁴, el cáncer²⁵, la fibromialgia²⁶, la artritis reumatoide²⁷, el insomnio²⁸, la diabetes²⁹, e incluso han sido implantadas para aquellas personas que padecen trastornos mentales graves como la esquizofrenia³⁰. Se trata, por tanto, de un enfoque de intervención accesible, sencillo y de bajo costo, que evita el estigma asociado a los tratamientos psiquiátricos tradicionales³¹. A modo de resumen, las IBM muestran una reducción estadísticamente significativa de los síntomas físicos, así como de los síntomas psicológicos asociados a la ansiedad y la depresión³².

No obstante, conviene señalar que a lo largo de los años se han planteado diferentes interpretaciones, no solo en lo que respecta al constructo de *mindfulness*, sino también con relación a las IBM, por lo que la bibliografía que aborda esta temática es bastante confusa. Considerando este dato, la intervención más contrastada en el ámbito científico, y que por tanto ha sido todo un referente en el desarrollo de intervenciones psicológicas, es el programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* (*Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR*)^{33,34}. Una de las razones por la cual este programa ha recibido un gran apoyo por parte de la comunidad científica tiene que ver con el hecho de que excluye cualquier contenido que se aparte de la naturaleza del *mindfulness*, facilitando con ello la pureza de las metodologías experimentales³⁵.

El programa MBSR tiene una duración de 8 semanas, con 2 h estimadas para cada sesión y consiste en una intervención grupal intensiva que enseña a las personas a responder de manera más adaptativa al estrés, el dolor y la enfermedad en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana³³. En una intervención MBSR, las personas son invitadas a practicar diferentes actitudes; esto es, la observación de pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones, dejándolos simplemente *ser*, manteniendo una cierta distancia que permita contemplar la experiencia directa e interna sin dejarse llevar por los contenidos mentales. De la misma manera, se facilita que la persona pueda transitar con los pensamientos obsesivos sobre eventos del pasado y futuro, sin dejarse llevar por ellos, manteniendo la no identificación y la aceptación del momento presente³³. Este programa aborda la práctica del *mindfulness* desde 2 vertientes. Por un lado, la práctica formal, la cual implica darse unos minutos para realizar los métodos aprendidos sin recibir interferencias que puedan dificultar la ejecución de la misma. Por otro lado, la práctica informal supone que el sujeto pueda prestar atención al momento presente al mismo tiempo que realiza las actividades de la vida cotidiana.

En relación con este último punto, una revisión de Mackenzie y Poulin³⁶ plantea que los resultados modestos obtenidos con el método cognitivo-conductual pueden ser debidos al hecho de que estos enfoques no abordan las dificultades que los cuidadores tienen a la hora de desprenderse de los hábitos cotidianos asociados al cuidado. A diferencia de otras situaciones clínicas, estos autores advierten que el rol de cuidar a una persona mayor dependiente no permite, a diferencia de otros contextos clínicos, la eliminación de la situación aversiva, por lo que es imperioso dotar al cuidador familiar de herramientas que le permitan convivir con las cogniciones desagradables el tiempo que perdure su papel. En este sentido, señalan que la naturaleza crónica y progresiva de la demencia hace que los familiares sean más proclives a desarrollar conductas automáticas y disfuncionales a la hora de entablar una comunicación con el receptor de cuidados. Por lo tanto, si las intervenciones MBSR incentivan la focalización atencional al momento presente, las reacciones automáticas y aversivas hacia el enfermo deberían reducirse de forma gradual, dotando al cuidador de las habilidades suficientes que le permitan responder a las situaciones conflictivas de forma eficaz.

Aunque las intervenciones MBSR parecen ser un método eficaz para tratar diferentes alteraciones médicas y psicológicas, hay muy poca literatura científica entorno a los beneficios de estos programas en cuidadores familiares de personas con demencia, por lo que existe la imperiosa necesidad de explorar aquellos trabajos que puedan reducir o eliminar el estrés crónico de los mismos. Por esta razón, la presente revisión tiene como objetivo analizar, en estudios de control completamente aleatorizados, la eficacia de MBSR en cuidadores familiares de personas con demencia. Nuestra hipótesis de partida es que el programa MBSR aplicado a esta población es un método eficaz para el tratamiento de los síntomas asociados a los cuidados, produciendo una reducción sustancial de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como de la sobrecarga.

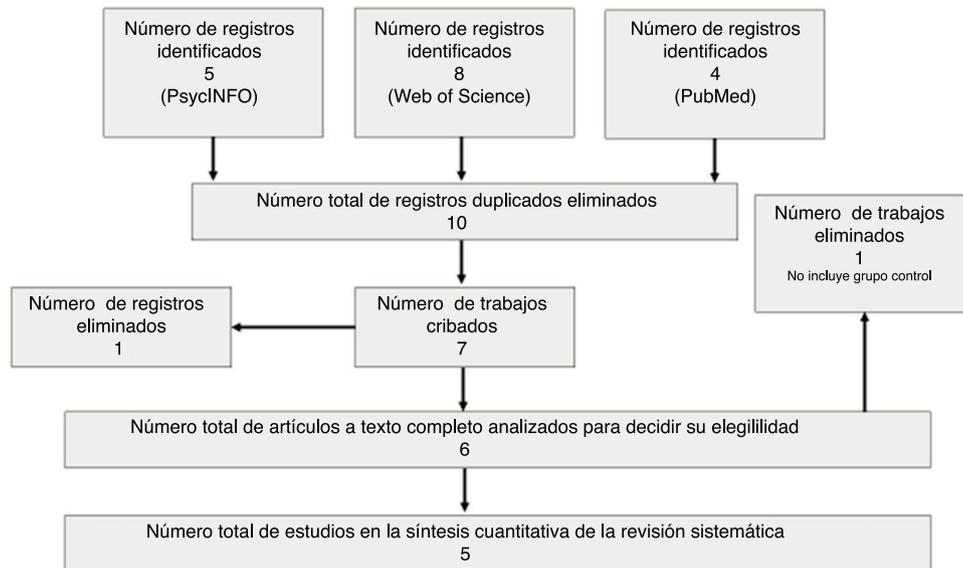


Figura 1. Diagrama de flujo.

Método

Estrategia de búsqueda

En la búsqueda del material bibliográfico, se utilizaron las bases de datos de PsycINFO, Web of Science y PubMed. Con el fin de seleccionar las investigaciones relevantes, se emplearon los siguientes descriptores «mindfulness», «caregivers», «dementia» y «MBSR».

Criterios de selección

Se revisaron exclusivamente aquellos estudios controlados completamente aleatorizados en lengua inglesa o española entre el 1 de enero del 2003 y el 28 de febrero del 2018, pues el estudio más reciente fue publicado en 2018. Asimismo, se estableció como inicio del intervalo temporal el año 2003 puesto que es en dicho año cuando se publicó el primer estudio científico sobre MBSR en cuidadores de personas mayores, dando lugar a una extensa línea de investigación asociada a esta y otras temáticas asociadas. La fecha completa de la última revisión fue el 7 de marzo del 2018.

Estos trabajos, además de publicarse en forma de artículos científicos cuantitativos, debían cumplir con los siguientes requisitos:

- Al ser el método más contrastado, los estudios deben estar basados en MBSR.
- Los trabajos deben estar publicados en un artículo revisado por pares, siempre y cuando la base de datos lo permitiera.
- Puesto que los estudios sobre cuidadores no suelen concretar el tipo de enfermedad neurodegenerativa que padece el receptor de cuidados, los participantes del estudio deben ser cuidadores familiares de personas con demencia.
- Con el fin de mejorar la calidad científica de la revisión, los trabajos deben ser estudios de control completamente aleatorizados con medida pre-post.
- La evaluación debe incluir, al menos, la medición de los niveles de ansiedad, depresión y/o sobrecarga, al ser las variables psicológicas más utilizadas en este campo de investigación.

Se excluyeron aquellos estudios que incluyeran cuidadores formales (por ejemplo, enfermeros, auxiliares de ayuda a domicilio, etc.) como aquellos trabajos que combinaran el mindfulness con intervenciones cognitivas-conductuales en un mismo grupo (por

ejemplo, afrontamiento centrado en el problema, reestructuración cognitiva, etc.). Además, dada la enorme variedad de intervenciones asociadas al concepto de mindfulness (por ejemplo, MBCR, que consiste en el programa MBSR junto con terapia cognitiva), y con el fin de homogeneizar los diferentes hallazgos bibliográficos, cualquier investigación que no aplicase explícitamente el protocolo establecido en el programa MBSR fue descartado de la presente revisión. En este sentido, aquellas intervenciones que utilizan el mindfulness como un componente complementario a otro modelo terapéutico podrían enmascarar los resultados obtenidos, dando lugar a un sesgo. Se excluyeron también aquellos estudios que no incluyeran, al menos, un grupo control. Por último, 2 revisores independientes evaluaron los niveles de calidad de los estudios incluidos con el fin de determinar su valor científico, empleando para ello la escala de Jadad³⁷.

Resultados

Revisión sistemática

A partir de la búsqueda en las bases de datos mencionados se obtuvieron un total de 17 artículos potencialmente relevantes que fueron escrutados para su posible inclusión. Tras eliminar los duplicados, se obtuvieron un total de 7 referencias. Una vez realizados los cribados, se descartó un registro, dejando un total de 6 artículos a texto completo para analizar y decidir su elegibilidad. A continuación, fue eliminado un solo trabajo por no incluir un grupo de control, siendo, por tanto, seleccionados aquellos trabajos que cumplieran estrictamente con los criterios de inclusión, proporcionando finalmente un total de 5 estudios (véase figura 1 y tabla 1).

Los 5 estudios que cumplieron los criterios de inclusión tenían un número agregado de participantes de $n = 309$. El tamaño de la muestra osciló entre los 28 y los 141 participantes, con una media de 62 cuidadores y una desviación típica de 48,80. La edad de los mismos osciló entre los 56 y los 71 años, con una media de 63,52 años y una desviación típica de 7,45. Aunque los participantes de los 5 estudios eran cuidadores familiares de una persona con demencia y ambos vivían bajo el mismo techo, los criterios de selección de los diferentes estudios variaron en cuanto a las horas de cuidado de los familiares, la edad mínima para acceder al programa de intervención y los instrumentos de evaluación. De

Tabla 1
Características de los estudios incluidos en la revisión

Estudio	Diseño	N (e-c)	% mujeres	Grupo experimental	Grupo control	Edad media	Resultados postintervención	Seguimiento
O'Donnell (2018)	ECAp	14-14	92,8	Práctica en MBSR: 8 sesiones; una por semana 2 h aprox. cada sesión	Entrenamiento en relajación muscular progresiva	71,3	No hay efecto del grupo en reducción de estrés percibido y depresión. Puntuaciones similares	Un año No hay evidencia de diferencias significativas entre los 2 grupos en depresión. Sí hay diferencias en el estrés percibido
Brown et al. (2016)	ECAp	19-15	84,2	Práctica en MBSR: 8 sesiones; una por semana 90-120 min cada sesión	Intervención servicios sociales	61,1	Efecto significativo en reducción de estrés, enfado y tensión mindfulness en comparación al grupo control	Tres meses Los 2 grupos no evidenciaron diferencias significativas
Hou et al. (2014)	ECA	70-71	83	Práctica en MBSR: 8 sesiones; una por semana 120 min cada sesión	Grupo de autoayuda	56,8	Efecto significativo en reducción de ansiedad y depresión en grupo mindfulness en comparación al grupo control	Tres meses No hay diferencias en reducción de depresión en grupo mindfulness en comparación al grupo control. No se hallan diferencias significativas en ansiedad entre los 2 grupos
O'Donnell (2013)	ECA	15-13	92,9	Práctica en MBSR: 8 sesiones; una por semana 150 min cada sesión	Entrenamiento en relajación muscular progresiva	71,6	Efecto significativo en reducción de la depresión en el grupo mindfulness en comparación al grupo control. Estos cambios permanecen estables a las 8 semanas. Ambos grupos presentan niveles similares de estrés	Ocho semanas Ambos grupos presentaron niveles similares de estrés. Se hallaron efectos significativos en la reducción de la depresión en el grupo mindfulness en comparación al grupo control
Whitebird et al. (2013)	ECA	38-40	88,5	Práctica en MBSR: 8 sesiones; una por semana 90 min cada sesión	Programa social, educativo y emocional	56,8	Efecto significativo en reducción del estrés y depresión en grupo mindfulness en comparación con grupo control a los 2 meses	Seis meses Ambos grupos presentaron niveles similares de estrés, apoyo social, carga y depresión, por lo que volvían poco a poco a su línea base

ECAp: estudio piloto de control completamente aleatorizado; N (e-c): número de la muestra (grupo experimental-grupo control); NE: no específica.

la misma forma, con excepción del diagnóstico de demencia, las características clínicas de las personas receptoras de cuidados no fueron establecidas explícitamente en ningún trabajo.

Teniendo en cuenta esta información, los 5 estudios seleccionados fueron los de O'Donnell³⁸, Whitebird et al.³⁹, Hou et al.⁴⁰, Brown et al.⁴¹ y O'Donnell⁴². El resultado de la escala de Jadad³⁷ para valorar la calidad científica y metodológica de los artículos fue de 3,4 sobre 5.

Resultados generales

O'Donnell³⁸ diseñó un estudio completamente aleatorizado que pretendía evaluar la calidad de un programa MBSR junto a un programa de control activo en el que los cuidadores aprendían, singularmente, técnicas de relajación muscular. Las medidas de evaluación psicológica fueron la credibilidad de la intervención, la atención plena, la autocompasión, el estrés percibido, la depresión, los niveles de cortisol y la presión sanguínea. Una vez finalizada la intervención, los hallazgos principales pusieron de relieve un efecto estadísticamente significativo del programa MBSR en la depresión ($p < 0,05$). Además, se advirtieron efectos estadísticamente significativos de la intervención en ambos grupos en lo que respecta al estrés percibido ($F = 8,26$; $p < 0,05$), los niveles de cortisol ($F = 5,59$; $p < 0,001$), la presión sanguínea ($t = 4,68$; $p < 0,05$), la atención plena ($F = 11,08$; $p < 0,05$) y la autocompasión ($F = 10,06$; $p < 0,05$). En el seguimiento, las puntuaciones obtenidas en el estrés percibido permanecieron estables para ambos grupos 8 semanas después de las intervenciones ($F = 3,13$; $p < 0,05$). Sin embargo, los niveles de depresión variaron, persistiendo las puntuaciones obtenidas en la medida postintervención solo en el grupo MBSR ($p < 0,05$). Para este autor, los resultados obtenidos indican que el programa MBSR y las intervenciones basadas en la relajación muscular pueden ser eficaces para reducir los índices psicológicos y fisiológicos del estrés crónico en esta población.

Whitebird et al.³⁹ pusieron en marcha un programa MBSR junto a una intervención educativa, social y emocional en el que los cuidadores aprendían estilos variados de afrontamiento de cara a su desempeño. Estos autores emplearon medidas psicológicas del estrés percibido, depresión, sobrecarga y apoyo social. Los resultados mostraron que ambas intervenciones fueron igual de efectivas en lo que concierne a la sobrecarga objetiva ($d = 0,11$, $p > 0,05$; $d = -0,11$, $p > 0,05$), subjetiva ($d = -0,25$, $p > 0,05$; $d = -0,42$, $p > 0,05$) y el apoyo social ($d = 0,11$, $p > 0,05$; $d = 0,06$, $p > 0,05$), tanto en la medida postintervención como en el seguimiento de 6 meses, respectivamente. Sin embargo, a los 2 meses las diferencias entre los grupos fueron observadas en el estrés percibido ($d = -0,61$, $p < 0,05$) y la depresión ($d = -0,66$, $p < 0,05$), siendo menores las puntuaciones en el grupo MBSR. No obstante, conviene mencionar que a los 6 meses de seguimiento las diferencias desaparecieron, por lo que ambos grupos iban regresando paulatinamente a su línea base.

Hou et al.⁴⁰ se plantearon comparar la efectividad de un programa de autoayuda, en el que se ofrecía información sobre diferentes situaciones asociadas al cuidado de una persona con demencia, y un programa MBSR. En comparación con los participantes del grupo control, los cuidadores del grupo MBSR tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en lo que respecta a los síntomas depresivos durante la postintervención ($X^2 = 8,92$; $p < 0,05$). Sin embargo, esas diferencias desaparecieron en el seguimiento de 3 meses ($X^2 = 2,76$; $p > 0,05$). En referencia a los síntomas de ansiedad, el patrón fue el mismo que en la variable depresión, tanto en la postintervención ($p < 0,05$) como en el seguimiento ($p < 0,05$). Tres meses posteriores a la intervención se apreció también una mejora importante en el grupo experimental en la variable control de pensamientos negativos y atención. Finalmente, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el estrés

percibido, la calidad de vida y la autocompasión, mejorando las puntuaciones en ambos grupos.

Brown et al.⁴¹ diseñaron un estudio piloto en el que compararon los resultados de un programa MBSR junto a un programa de apoyo psicosocial. Los instrumentos utilizados midieron el estrés percibido, la evitación experiencial, el estado de ánimo, la salud mental y física, la sobrecarga, la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados y los niveles de cortisol salival. Sus resultados siguen en la línea de los trabajos previos, esto es, durante la postintervención se observó en el grupo MBSR una mejora estadísticamente significativa en los niveles de estrés percibido ($d = 0,36$; $p < 0,05$), grado de tensión ($d = 0,46$; $p < 0,05$) y enfado ($d = 0,34$; $p < 0,05$), con relación al grupo control. No obstante, a los 3 meses de la intervención, ambos grupos evidenciaron mejoras significativas en las medidas psicológicas estudiadas. No se halló un efecto del grupo en los niveles de cortisol, tanto en la medida postintervención como en el seguimiento ($X^2 = 24,1$; $p > 0,05$).

Finalmente, un estudio reciente de O'Donnell⁴² investigó diversas variables psicológicas en un grupo mindfulness y un grupo de control activo que recibió relajación muscular progresiva. Las medidas psicológicas fueron administradas en 5 ocasiones; esto es, al iniciar y al finalizar el programa, a las 8 semanas, a los 6 meses y al año de dar por concluida la intervención. Los resultados primarios de la medida post mostraron que ambos grupos tuvieron un descenso significativo en la variable depresión ($F = 15,53$; $p > 0,05$). Sin embargo, al año de finalizar la intervención, si bien ambos grupos tuvieron una reducción significativa en relación a la medida postintervención, los 2 presentaban puntuaciones similares en dicha variable ($F = 2,43$; $p > 0,05$). En lo que respecta al estrés percibido, el grupo MBSR y el grupo control mostraron una reducción de las puntuaciones en la pre- y postintervención ($F = 8,26$; $p < 0,05$). No obstante, al año siguiente se observó en el grupo control una mayor reducción de estos síntomas en comparación con el grupo MBSR. A nivel complementario, y en lo referente a la capacidad de prestar atención al momento presente, las puntuaciones en la medida postintervención otorgaron un beneficio estadísticamente significativo al grupo MBSR. Sin embargo, al año después de finalizar la intervención, ambos grupos mostraron un beneficio similar en esta variable. Asimismo, tanto en el grupo MBSR como en el grupo de control activo no hubo ningún efecto de la intervención en la variable soledad percibida. Para ambos grupos, los resultados secundarios no evidenciaron cambios significativos en los niveles de carga percibida durante los intervalos temporales establecidos. Finalmente, aunque las conductas disruptivas de los receptores de cuidado no disminuyeron, ambos grupos evidenciaron una menor reactividad emocional a dichas conductas a lo largo del tiempo.

Discusión

En línea con la bibliografía científica, esta revisión muestra que las IBM en MBSR suponen un tratamiento eficaz para los cuidadores familiares de las personas con demencia^{38–42}. A nivel global y en relación con los diferentes grupos control, se han hallado diferencias estadísticamente significativas, produciéndose una reducción mayor del estrés crónico, así como de la sintomatología ansiosa y depresiva en el grupo MBSR durante la postintervención.

Los beneficios a largo plazo se obtuvieron, mayoritariamente, con la ansiedad, la sobrecarga y el estrés percibido, tanto en los grupos experimentales como en los grupos de control activo. Sin embargo, y en lo que respecta a los grupos MBSR, hubo una mejora estadísticamente significativa en la variable depresión, posiblemente atribuida al hecho de que la aceptación de los procesos internos asociados al cuidado disminuye el malestar psicológico de los pensamientos negativos sobre uno mismo, los demás y el

futuro⁴³. Cabe señalar también que, a diferencia de las intervenciones de corriente cognitivo-conductual, MBSR no consiste solo en una intervención o un tratamiento psicológico, sino que supone una filosofía; esto es, una actitud que ha de manejarse en cada uno de los aspectos de la vida cotidiana, contribuyendo así a que el sujeto adopte el mindfulness como un rasgo consistente y estable en el tiempo²³. Esta podría ser la razón por la cual algunos participantes mostraron una mejora sostenida en algunas variables psicológicas como la depresión. Así, no se puede concluir, de forma sólida y consistente, que MBSR tiene mejores efectos a largo plazo que otro tipo de intervenciones psicológicas.

No obstante, conviene hacer mención que algunos trabajos hallaron en el seguimiento una disminución de los niveles de mejora reportados en la postintervención, mientras que otros encontraron una ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos MBSR y los grupos control, manteniendo el estrés, la ansiedad y la sobrecarga en un nivel relativamente aceptable. Es posible que estas y otras diferencias en los resultados del seguimiento sean atribuidas a variables como el tiempo transcurrido entre la medida postintervención y el seguimiento, el cual variaba de un estudio a otro. De la misma forma, el grado de deterioro de las personas con demencia pudo influir en el nivel de malestar de los participantes de las diferentes investigaciones, un dato que ninguno de los estudios recogió en el seguimiento. Por otro lado, el hecho de que algunos participantes manifiesten una reducción de las mejorías obtenidas en la medida postintervención, durante el seguimiento, puede ser atribuido, entre otros factores, a la falta de tiempo o de disponibilidad del propio cuidador. Se sabe que el rol de cuidador principal exige atender, de forma permanente, las muy variadas necesidades de la persona con demencia, razón por la cual sus familiares no consiguen encontrar la disponibilidad que les permita poner en práctica los diferentes ejercicios impartidos en las sesiones presenciales, tanto a nivel formal como informal³³.

Con relación a las limitaciones de esta revisión cabe poner de relieve el escaso número de estudios controlados completamente aleatorizados hallados en la base de datos. Además, las medidas psicológicas empleadas para evaluar la sobrecarga, el estrés percibido, la depresión, la ansiedad, y otras variables secundarias variaron enormemente entre los diferentes estudios, lo que dificulta la interpretación general de los resultados obtenidos. Asimismo, conviene referir que los criterios de selección variaron enormemente entre los diferentes estudios, esto es, desde criterios muy generales (por ejemplo, cuidadores familiares de cualquier edad) hasta criterios muy específicos (por ejemplo, cuidadores familiares con una edad igual o superior a los 55 años). Como resultado, las diferentes muestras estaban conformadas por personas de edades muy variadas, familiares lejanos, cercanos, hijos/as, esposos/as con diferentes niveles de sobrecarga y/o diferentes puntos de corte establecidos para los diferentes test psicológicos^{38–42}.

Resulta inevitable mencionar la ambigüedad terminológica con relación a los conceptos de sobrecarga y estrés percibido. La bibliografía hace especial hincapié en la dificultad que supone operativizar dichos constructos. No hay, por tanto, una definición consensuada en relación con los mismos ni mucho menos si son causa o efecto de la sintomatología ansiosa y depresiva⁴⁴.

Como orientación de cara a las futuras investigaciones, sería recomendable establecer un protocolo general de seguimiento que reduzca la heterogeneidad de los trabajos mencionados, así como valorar la influencia del grado de severidad del deterioro cognitivo de los pacientes con demencia en los cuidadores familiares. Al mismo tiempo, sería aconsejable, durante el intervalo postintervención establecer un sistema de medición que permita al investigador tener constancia de que los cuidadores ponen en práctica, de forma constante, los conocimientos adquiridos en las sesiones, y con ello, adaptar la generalización del entrenamiento en

el mindfulness al grado de disponibilidad de cada cuidador. Finalmente, los futuros trabajos en MBSR deberían homogeneizar los instrumentos de medición de las variables físicas y psicológicas empleadas, así como establecer un grupo de control en lista de espera, con el objetivo de reducir la ambigüedad de los resultados en las diferentes intervenciones psicológicas en la población objeto de estudio.

A modo de conclusión, el programa MBSR permite a los cuidadores familiares de personas con demencia transitar con el malestar psicológico, favoreciendo una actitud receptiva, curiosa, sin juicios y con aceptación de la experiencia externa e interna, lo cual transforma la interpretación que los cuidadores asumen con respecto a su rol.

Financiación

No hay fuentes de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. World Health Organization. Dementia. A public health priority. Geneva: Alzheimer's Disease International; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud [actualizado 23 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.
3. Springate BA, Tremont G. Dimensions of caregiver burden in dementia: Impact of demographic, mood, and care recipient variables. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014;22:294–300.
4. Bass DM, Judge KS, Snow AL, Wilson NL, Looman WJ, McCarthy C, et al. Negative caregiving effects among caregivers of veterans with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20:239–47.
5. Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Izawa S, Hirakawa Y, Shimokata H, et al. Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19:382–91.
6. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64:873–9.
7. Amirkhanyan AA, Wolf DA. Caregiver stress and noncaregiver stress: Exploring the pathways of psychiatric morbidity. *Gerontologist*. 2003;43:817–27.
8. Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: The LASER-AD Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:795–801.
9. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:240–9.
10. 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.
11. García-Alberca JM, Lara JP, Luis Berthier M. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41:57–69.
12. Andrén S, Elmståhl S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *J Clin Nurs*. 2008;17:790–9.
13. Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord*. 2007;101:75–89.
14. Laver K, Milte R, Dyer S, Crotty M. A systematic review and meta-analysis comparing carer focused and dyadic multicomponent interventions for carers of people with dementia. *J Aging Health*. 2016;29:1308–49.
15. Dam AEH, de Vugt ME, Klinkenberg IPM, Verhey FRJ, van Boxtel, Martin PJ. A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: Are they doing what they promise? *Maturitas*. 2016;85:117–30.
16. Elvish R, Lever S, Johnstone J, Cawley R, Keady J. Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Couns Psychother Res*. 2013;13:106–25.
17. Crespo M, López J. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. 2007;19:72–80.
18. Wilz G, Kalytta T. Evaluation of a cognitive-behavioral group intervention for family caregivers of persons with dementia. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2012;62:359–66.
19. Li G, Yuan H, Zhang W. The effects of mindfulness-based stress reduction for family caregivers: Systematic review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30:292–9.
20. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2004;57:35–43.

21. Chen KW, Berger CC, Manheimer E, Forde D, Magidson J, Dachman L, et al. Meditative therapies for reducing anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety*. 2012;29:545–62.
22. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol (New York)*. 2003;10:144–56.
23. Kiken LG, Garland EL, Bluth K, Palsson OS, Gaylord SA. From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Pers Individ Dif*. 2015;81:41–6.
24. McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Vowles KE. The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*. 2007;131:63–9.
25. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: A meta-analysis. *Psychooncology*. 2009;18:571–9.
26. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom*. 2007;76:226–33.
27. Pradhan EK, Baumgarten M, Langenberg P, Handwerker B, Gilpin AK, Magyari T, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care Res*. 2007;57:1134–42.
28. Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush NY, Patterson R, et al. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: A randomized controlled clinical trial. *Explore (NY)*. 2011;7:76–87.
29. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. Mindfulness-based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2009;22:226–30.
30. Langer Á, Schmidt C, Mayol R, Díaz M, Lecaros J, Krogh E, et al. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18:233.
31. Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsy KL. Mind-body medicine: State of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract*. 2003;16:131–47.
32. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78:169–83.
33. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. 1990.
34. Gawrysiak MJ, Grasseti SN, Greeson JM, Shorey RC, Pohlig R, Baime MJ. The many facets of mindfulness and the prediction of change following mindfulness-based stress reduction (MBSR). *J Clin Psychol*. 2017;74:523–35.
35. Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchione GL, Hunink MM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*. 2015;10:e0124344.
36. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res*. 2006;19:105–9.
37. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Contr Clin Trials*. 1996;17:1–12.
38. O'Donnell RMM. Mindfulness-Based Stress Reduction as an intervention among family caregivers of persons with neurocognitive disorders. The University of Arizona: University Libraries; 2013. Disponible en: URL: <http://hdl.handle.net/10150/293747>.
39. Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *Gerontologist*. 2012;53:676–86.
40. Hou RJ, Wong SY, Yip BH, Hung AT, Lo HH, Chan PH, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2014;83:45–53.
41. Brown KW, Coogler CL, Wegelin J. A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging Ment Health*. 2016;20:1157–66.
42. O'Donnell RMM. Pilot RCT of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) versus Progressive Muscle Relaxation (PMR) to reduce symptoms of distress among elderly dementia caregivers: Results at one year post-intervention. The University of Arizona Ann Arbor; 2018. Disponible en: https://repository.arizona.edu/bitstream/handle/10150/625444/azu.etc.15477_sip1_m.pdf?sequence=1.
43. Kor PP, Chien WT, Liu JY, Lai CK. Mindfulness-based intervention for stress reduction of family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2017;9:1–16.
44. Crespo M, Rivas M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*. 2015;26:9–15.