

## Educación sanitaria en mindfulness a los cuidadores de mayores crónicos dependientes

María Varea Paño  
Ricardo Borrego De La Osa



Presentado: 12/3/2019

Aceptado: 28/3/2019

### RESUMEN:

El aumento de la esperanza de vida junto a otros factores, incrementan la población mayor, crónica, dependiente. Los cuidados de estas personas son asumidos por las familias, principalmente por el "cuidador informal", desgastándolo física y emocionalmente, resultando personas muy vulnerables con repercusiones múltiples en la salud. Su "Calidad de Vida" resulta afectada. Con este estudio se pretende demostrar que trazar un "Plan de Cuidados" para la atención de la ansiedad en los cuidadores informales de personas mayores, crónicas, dependientes, con intervenciones educativas basadas en el Mindfulness, pueden mejorar la percepción de su salud reduciendo la ansiedad y la percepción de sobrecarga.

**Palabras clave:** cáncer, atención plena, cuidadores, ansiedad, niños, paliativos, meditación.

## Health education in mindfulness to carers of chronically dependent older adults

### ABSTRACT

The increase in life expectancy, together with other factors, increases the elderly, chronically ill, disabled population. The care of these people is taken over by the families, mainly by the "informal caregiver", which wears them down and turns them into very vulnerable people with multiple repercussions on their health. Their "quality of life" is affected. This study aims at demonstrating that creating a "Care Plan" for the treatment of the anxiety of informal caregivers with educational interventions based on Mindfulness can improve the perception of their health, resulting in a reduction of anxiety and perceived overload.

**Keywords:** cancer, mindfulness, caregivers, anxiety, children, palliative, meditation, neoplasia.

### INTRODUCCIÓN

#### ESTADO DE ARTE

En las últimas décadas, los cambios demográficos y sociales han puesto de manifiesto un aumento de la esperanza de vida y un descenso de la natalidad con el consiguiente envejecimiento en la demografía española. El acceso universal a los servicios sanitarios, las mejoras en la tecnología sanitaria y en los tratamientos de las enfermedades, así como las mejoras en la farmacéutica y en los estilos de vida de la población, junto a los cambios socio-económicos, son algunas de las causas de ese aumento de la esperanza de vida, pero también de una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas que acaban generando personas discapacitadas y en ocasiones dependientes para la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria. Según la OMS las enfermedades crónicas son "enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta"(1). Este tipo de enfermedades se correlaciona con la

edad. A mayor edad, mayor probabilidad de padecer una enfermedad crónica. Si sumamos, a los efectos y cambios propios del envejecimiento, las enfermedades crónicas afectarán de forma negativa a las personas, llegando a necesitar ayuda y apoyos para la realización de las actividades básicas de su vida diaria. Según la OMS, las enfermedades crónicas, "no sólo son las principales causas de muerte sino que también representan enormes y crecientes causas de deterioro y discapacidad para las personas"(2). "La discapacidad no es una consecuencia "siempre presente" a causa de padecer una enfermedad crónica, pero es cierto que se trata de una condición secundaria a estas patologías. Además, la discapacidad y la cronicidad, están vinculadas a la fragilidad y vulnerabilidad, situación que vive el paciente y la familia ligada a él, sobre todo a medida que aumenta la edad"(3).

Esta situación provoca cambios en las familias y en la sociedad, al elevar el gasto económico, el consumo de recur-

sos y el aumento de la carga asistencial en el Sistema sanitario y por consiguiente del Estado, generando necesidades nuevas entre la población, que es necesario abordar.

En España según los datos oficiales del Padrón municipal continuo (INE) de habitantes del 2018 (1 de enero de 2017), había 46.572.132 habitantes. Las personas de más de 65 años representan el 18'8% sobre el total de la población. De ellos el 6% aproximadamente tienen 80 años y más. En 1981, la población mayor de 65 años era de un 11'2% y veinte años después ha pasado a ser del 17'3% y de un 18'7% en el 2015(4)(5). La población mayor se ha duplicado en estos últimos años y se calcula que en las próximas décadas seguirá aumentando hasta el 2050. Se prevé que en el 2066 habrá más de 14 millones(6).

En la encuesta de salud Europea en España, año 2014, elaborada por el INE, se desprende que el 20'7% de la población española mayor de 65 años presenta dependencia funcional para realizar alguna de las actividades de la vida diaria.

La "Atención Socio-Sanitaria" es la respuesta a esta realidad.

Por el momento en España no existe una normativa que regule las nuevas necesidades socio-sanitarias de las familias y de la población. En el 2003, tras la descentralización de las competencias se promulga la ley de Cohesión y Calidad para establecer mecanismos de coordinación y cooperación entre CCAA, actuando simultáneamente, tratando de garantizar la continuidad asistencial a esta población crónica dependiente. En ella se define la Atención Socio-Sanitaria "como los cuidados destinados a enfermos crónicos y personas con problemas de larga duración con diferentes grados de dependencia"(7). En el 2006 se aprobó la Ley de Dependencia(8), intentando completar la ley anterior del 2003, promoviendo la colaboración entre diferentes administraciones públicas. En su artículo 2, define la dependencia como: "Estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras persona o ayudas para la realización de las ABVD y AIVD (actividades básicas de la vida diaria o instrumentales)...". Sin embargo, cabría la posibilidad de reflexionar sobre las aportaciones reales de esta ley y las carencias no cubiertas.

Según la OMS, en su informe de salud de 2008 anticipa: "Es difícilmente rebatible que los sistemas de salud tienen que responder mejor y con mayor rapidez a los desafíos de un mundo en transformación y la Atención Primaria de Salud puede afrontar esos desafíos"(9).

De momento, en España, todos los datos nacionales con-

firman que la red familiar es el principal apoyo para esta población.

Se conoce como "cuidador principal" a la persona con las características siguientes: "carácter no institucional, no remuneración, desarrollo en el terreno de lo privado asentado sobre relaciones personales y que se dan en grupo o red reducida, lo que determina su invisibilidad"(10). Hoy, también se conoce al cuidador principal como cuidador informal, haciendo referencia fundamentalmente a "la familia, que ejerce un papel muy importante en la asistencia al anciano crónico dependiente"(11).

Cuidar a personas dependientes en muchos casos se prolonga durante tiempo indefinido y de forma continuada. Esto supone para el familiar cuidador la necesidad de conocimiento, tanto sobre cuidados básicos como sobre apoyo emocional y social, capacidades y habilidades muy diversas, dedicación diaria y constante, etc. Con los cambios demográficos, sociales, económicos... se está poniendo a prueba "El potencial familiar de cuidados"(12).

En el primer estudio realizado en España por el IMSERSO sobre el cuidador de personas dependientes, se pone de manifiesto las dificultades que este presenta, como; "falta de tiempo libre, el deterioro de la propia salud, reducción de la vida social, sentimientos de malestar, pensamientos erróneos, problemas laborales y alteraciones de la vida familiar"(13). Se puede afirmar además que el cuidado de un familiar no se reparte de forma igualitaria y equitativa entre los miembros que componen la familia, en general, es uno solo el "cuidador principal". "En España, el perfil del cuidador es el de mujer de forma mayoritaria, colocándolas en situación de alta vulnerabilidad, estrés, incertidumbre, ansiedad... haciendo necesarias las intervenciones de apoyo en su labor de cuidadora"(14).

En el informe del IMSERSO en su última edición (Diciembre 2006) sobre el cuidado a las personas mayores, dependientes, en España, expone que el 84% de los cuidadores son mujeres, las más habituales son las hijas en un (50%) o la esposa o compañera en un (16%) y las nueras en menor medida un (9%) contrastando estos porcentajes con los porcentajes de los cuidadores hijos, que corresponde a un (8%), esposos o compañeros en un (5%) y yernos en un (2%)(14)(15).

En la Ley de Dependencia queda reflejado, en su artículo 18.4, que es necesario: "Promover acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporen programas de formación, información y medidas para atender los períodos de descanso"(8). Mientras, en el artículo 7.2 de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), de 21 de noviembre se expone: "Corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, eva-

luación y prestación de cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”(16). Según este marco normativo es competencia de la enfermera el cuidado de la persona dependiente y el apoyo al cuidador, orientándolos en la promoción y el mantenimiento de la salud, lo que favorecerá su calidad de vida, siendo el profesional de enfermería una pieza clave, dentro del sistema sanitario, para dar soporte a la familia y al cuidado del paciente crónico dependiente. “El rol de la enfermera debe facilitar el aprendizaje de estrategias adaptativas eficaces ante decisiones difíciles contribuyendo a la mejora de la salud familiar”.(14)

Además, la enfermería posee una disciplina que le aporta autonomía y capacidad crítica. Se centra particularmente en el individuo y en la gestión de sus cuidados, (la esencia de la práctica enfermera), desde una perspectiva holística, (la persona como ser global y único). En el ejercicio de su profesión, debe tomar decisiones de forma autónoma, abordando las necesidades observadas en la persona desde el enfoque biopsicosocial, según una valoración donde se recojan de forma sistemática y organizada, los datos y toda la información necesaria para la realización del juicio clínico. Posteriormente se ejecutarán las acciones que se derivan de la resolución de todo el proceso, tras acordar los objetivos junto al individuo, estableciendo la relación terapéutica adecuada. Todo ello se evaluará y se obtendrán conclusiones para mejorar en lo posible los resultados obtenidos. Esta sistematización enmarca la actividad enfermera en el “método científico”, donde la herramienta principal es la “metodología enfermera” que aporta calidad a los cuidados realizados, ya que se basa en principios científicos. A todo este proceso se le conoce como PAE, “Proceso de Atención de Enfermería”. La aplicación del Proceso Enfermero es imprescindible para el desarrollo y avance de la enfermería como profesión. Presenta cinco etapas, todas ellas interrelacionadas y se centran en el Diagnóstico Enfermero, la segunda etapa tras la valoración, donde se identifican los problemas reales o potenciales del individuo, recogidos en una taxonomía conocida como NANDA. Así mismo, las intervenciones, fijadas tras los objetivos, se recogen en la taxonomía NIC y los resultados en la NOC. Todo ello queda reflejado en el “Plan de cuidados de enfermería”, el juicio clínico, las intervenciones...

El rol de la enfermera resulta de gran valor para el apoyo al cuidador informal. Mediante su “Plan de Cuidados” el profesional de la enfermería deberá trazar los cuidados necesarios para la mejora del bienestar del cuidador informal y en consecuencia aumentar su calidad de vida.

Se entiende por cuidar “todas las acciones que están dirigi-

das a la persona para proporcionarle el soporte necesario para la realización de las actividades habituales y los requerimientos sanitarios”.(17)

España es uno de los países que puede celebrar el aumento en la esperanza de vida en sus mayores, sin embargo este hecho provoca el aumento de la dependencia y por consiguiente los cuidados informales también se verán afectados. El apoyo de la enfermería a través de sus cuidados se hace más necesario.

La incorporación de la mujer a la vida laboral, así como los cambios estructurales en las familias..., provocan situaciones especiales en las mismas. La mujer, además de trabajar, sigue realizando, en su mayoría, las actividades propias de la casa y ahora asume también el cuidado de sus mayores. La sobrecarga y el cansancio es mayor, más aún cuando su salud puede estar comprometida por la propia edad, por enfermedades crónicas.... Se define como sobrecarga del cuidador: “El grado en el que la salud física y emocional, vida social o situación financiera del cuidador se ven afectadas negativamente a consecuencia del cuidado a su familiar dependiente” (18). Existen otras definiciones ya que es un concepto complejo en el que actualmente se está investigando mucho. Todas las concepciones tienen en común que “es un cuadro plurisintomatológico, que afecta a todas las esferas de la persona y supone una claudicación en las labores del cuidado”(19).

“La depresión, la ansiedad y el estrés, son problemas comunes en los cuidadores principales, a los que hay que añadir además, problemas físicos que repercuten en el ámbito social y familiar” afectando a la calidad de vida de los cuidadores. Éstos se sienten cansados, aislados, agobiados... porque les falta apoyo, información y preparación”(10).

La administración de cuidados por el cuidador informal, como vemos, repercute negativamente sobre su salud y su calidad de vida. Pero ¿qué se entiende por calidad de vida? La CV es un concepto que apareció hacia mediados del siglo pasado a causa de los cambios que se dieron en la sociedad. La industria, el aumento de la contaminación... generó la reflexión de un “concepto muy complicado y multifactorial, influido por factores externos al sujeto (recursos) y también los internos (cognitivos)”(20). Schalock y Verdugo son autores de un manual sobre este tema que es referencia en muchos artículos. “Proponen ocho dimensiones clave de Calidad de Vida que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”(20). El Glosario de la Promoción de la salud la define como: Percepción subjetiva por parte de los individuos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan las oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y la au-

torrealización personal”(20). En definitiva son muchas las definiciones pero todas ellas tienen en común la relación existente entre la percepción del estado de salud que la persona siente y el estado de bienestar y/o la felicidad. Todas comparten que la “salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias, ejercen una gran influencia”(20). La definición más conocida es la de la OMS: “La percepción de cada individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y de los sistemas y valores en los cuales vive, sobre sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones, es un concepto subjetivo y multidimensional, que incluye elementos de evaluación positivos y negativos”(21).

La OMS lanzó un grupo internacional para ir trabajando el concepto de CV, conocido como HWO-QOL, “Health Organization Quality of Life”, al observar el valor social que estaba adquiriendo.

Para su evaluación es importante la percepción del individuo y se incorporaron diferentes cuestionarios, escalas o instrumentos preparados para ello. El “Cuestionario de Zarit” es el método más ampliamente utilizado y como otros multidimensional”(19), aunque existen más...

Los niveles de sobrecarga varían en función del lugar de residencia. Entre un 48’9% y un 73’9% de los cuidadores la presentan, mostrándose con más frecuencia en mujeres”(17). Entre las consecuencias negativas se encuentran, el cansancio, la apatía, cefalea, alteración del patrón del sueño, el estrés, la falta de concentración, la ansiedad...

Algunos de los diagnósticos NANDA que la enfermera puede captar en consulta, en el cuidador con sobrecarga son(22):

<b>Estrés por sobrecarga del cuidador</b>	<b>00177</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>00146</b>
<b>Cansancio del rol del cuidador</b>	<b>00061</b>
<b>Riesgo de cansancio del rol del cuidador</b>	<b>00062</b>
<b>Afrontamiento ineficaz</b>	<b>00069</b>

La “ansiedad” es uno de los Diagnósticos de enfermería dentro de la taxonomía NANDA (código de referencia 00146). Es definido como: “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza(22). Ante un cuidador con sobrecarga, el enfermero debe trazar un “Plan de cuidados”, a partir de una valoración global, considerando al ser humano como un todo, desde un enfoque holístico, incluyendo la dimensión energética(23). Posteriormente, se buscan los objetivos y se definirán las

intervenciones que favorezcan la disminución de la misma, con el consiguiente aumento en la calidad de vida del cuidador.

En la NIC(24), se incluyen distintas intervenciones que se acercan a la dimensión espiritual o energética del ser humano y que pueden ser propuestas al cuidador como instrumentos para la mejora de su estado de “ansiedad”, algunas son las siguientes:

<b>REIKI</b>	<b>1520</b>	<b>APOYO EMOCIONAL</b>	<b>5270</b>
<b>MASAJE</b>	<b>1408</b>	<b>TÉCNICA DE RELAJACIÓN</b>	<b>5880</b>
<b>APOYO ESPIRITUAL</b>	<b>5420</b>	<b>ENSEÑANZA: Grupo</b>	<b>5604</b>
<b>MANEJO DE ENERGÍA</b>	<b>0180</b>	<b>OTROS...</b>	

En la intervención “Técnica de relajación”, código 5880, definida como: “Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda,” se proponen algunas actividades: “Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad(24) (por ejemplo técnicas de respiración lenta, meditación, o, lo que es lo mismo, Mindfulness).

Mindfulness (meditación en atención plena) es una herramienta incluida de forma indirecta en la taxonomía NIC, por ello, ante la ansiedad, la enfermera tiene las competencias propias para desarrollar una intervención basada en la técnica del Mindfulness, incluyéndola en una intervención educativa, “Educación para la salud a los pacientes” código 5510, (en el caso de este estudio: Educación para la salud al cuidador informal) para transmitir los conocimientos suficientes en la técnica del Mindfulness y para que, a lo largo del taller la enfermera mejore las habilidades y la capacidad en la Atención Plena en el cuidador informal, disminuyendo los pensamientos erróneos, los juicios...y así disminuir la ansiedad que presenta por la sobrecarga de la aplicación de los cuidados diarios al mayor, crónico, dependiente.

Para la OMS, la promoción de la salud “Permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación”(25). La promoción de la salud, según la OMS, consta de tres componentes: Educación sanitaria, buena gobernanza sanitaria y ciudades saludables. Respecto a la Educación Sanitaria la OMS dice: “Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables”. En 1983, la OMS definió la EpS como “cualquier combinación de actividades informativas y educativas que llevan a una situación a que la gente desee vivir sanamente, sepa como alcanzar la

salud, haga lo que pueda individual y colectivamente y busque ayuda cuando lo necesite”(25).

En la Carta de Otawa para la promoción de la salud, 1986, “La Educación para la Salud” es el elemento clave. Poco a poco se va transformando en una herramienta para el cambio. Hoy se concibe como una oportunidad para aprender conscientemente adquiriendo conocimientos, actitudes y comportamientos saludables.

Desde este punto de vista, podremos instruir al cuidador informal en la técnica del Mindfulness, aumentando su consciencia en el momento presente, el aquí y el ahora, para cambiar los comportamientos y actitudes negativos que generan una sobrecarga y una mayor ansiedad... en el cuidador, por otros, que consigan disminuir su grado de ansiedad y la percepción de sobrecarga, consiguiendo una mejora en su calidad de vida con una medida no farmacológica, tal y como recomienda la OMS: “No administrar tratamiento farmacológico a aquellas personas cuyas reacciones emocionales no sean graves e incapacitantes, proponiendo el uso de psicoterapias y la combinación de éstas terapias con fármacos, como segunda opción.”(26). La técnica del Mindfulness o “At. Plena” tiene su base en la cultura budista. El primer programa basado en Mindfulness fue creado en occidente por el Dr. Kabat Zin inspirándose en las enseñanzas de oriente que recibió de un monje budista con el objetivo de reducir el estrés y el control del dolor crónico, mediante un curso estructurado de 8 semanas, con sesiones de 2h a 2’5h a la semana, donde se incluían técnicas de yoga y técnicas meditativas, prácticas que se fundamentan en las antiguas prácticas de budismo pero que se adaptaron a occidente. Hoy, este curso se conoce como “Reducción del estrés basado en Mindfulness” o MBSR(27). “Está considerada como parte de las terapias de tercera generación en Psicología, que pivotan alrededor del concepto de aceptación”(28).

“Las intervenciones basadas en Mindfulness, han resultado útiles en el tratamiento físico, como psicológico e incluso para incrementar el bienestar”(28). Los estudios que realizó el Dr. Kabat demostraron “los efectos de la meditación en atención plena en el cerebro, de cómo éste procesa las emociones, especialmente bajo el estrés, y del efecto de estos procesamientos en la salud, incidiendo en su influencia en el sistema inmune”(29).

Entre los efectos ligados a la salud se encuentran: Aumento de la concentración y atención, autorregulación del discurso mental, disminución de los efectos negativos de la ansiedad y el estrés, potencia la autoconciencia y disfrute del momento presente, reduce la impulsividad y mejora la relación con el dolor asociado a la enfermedad... Los resultados fisiológicos son: mayor actividad cardíaca y relajación mus-

cular, Interrupción de la producción de CO2 en los músculos, aumento de la circulación sanguínea en el cerebro, disminución del flujo sanguíneo en el hígado y riñones y menor frecuencia respiratoria, descenso en el lactato plasmático, cambios en los patrones en el metabolismo de la glucosa(29).

Existen nuevas tendencias entre las prácticas del Mindfulness que se han ido desarrollando en occidente, en base a las necesidades que aparecían. Además del MBSR hay sesiones de Mindfulness como MBCT (Terapia Cognitiva basada en Mindfulness). Este programa, se estableció para prevenir la recaída en una depresión recurrente, mostrando efectos positivos al respecto. Su ámbito de aplicación se ha extendido a toda la población en general al ser beneficiosa en la mejora del bienestar psicológico. En ambos casos el programa se realiza en grupo, por lo que puede responder a una intervención enfermera dentro de la NIC, enmarcada en una intervención de Educación Sanitaria grupal, como ya hemos explicado anteriormente. Los contenidos en las diferentes sesiones incluyen prácticas de “Atención Plena” permitiendo al individuo explorar el funcionamiento de la mente así como aprender a gestionar pensamientos, emociones... generando y potenciando sus habilidades y el autoconocimiento (NIC). Las técnicas para la atención plena que se usan son: escáner corporal, práctica de respiración lenta y profunda involucrada en la meditación consciente y la meditación sentada con ejercicios de yoga. En el caso de la MBCT se incluyen técnicas cognitivas conductuales.

El Mindfulness “es una técnica atencional que cambia la actividad hormonal y autonómica y la estructura cerebral, al estar vinculada a sistemas implicados en procesos emocionales, de aprendizaje y de memoria”(30), como puede ser el que vive una persona cuidadora informal en el cuidado de una persona mayor, crónica, dependiente. Cabe destacar la “capacidad de facilitar al individuo la adaptación a situaciones nuevas y adversas, lo que se conoce con el nombre de resiliencia o flexibilidad ante las nuevas situaciones disminuyendo el grado de estrés”(29).

El cuidador informal, persona encargada de cubrir las necesidades básicas del familiar dependiente, tiene una gran responsabilidad. La enfermera debe prestar especial atención a las necesidades del cuidador, proponiendo en su “Plan de Cuidados” aquellas intervenciones que reduzcan la ansiedad, consiguiendo una mejora de su bienestar y fomentando un aumento de su salud, a través de intervenciones educativas adecuadas y actividades reconocidas dentro de su dominio y de su cuerpo de conocimientos profesional. Educar es más que informar. La aportación de conocimientos es importante, pero se debe tener presente que

cada individuo aprende desde su conocimiento, sus habilidades, sus vivencias previas... La enfermera en su rol de educadora debe enseñar a pensar, para que desde la experiencia personal de cada uno se consiga la capacidad para desarrollar los cambios de comportamiento necesarios que le generen un aumento de la calidad de vida, fomentando el autocuidado y el compromiso de vivir en salud. Al enseñar la técnica del Mindfulness al cuidador informal, se le enseña a vivir el momento presente, con "Atención Plena", observando la experiencia vivida, sin pensamientos erróneos, sin realizar juicios que le pueden provocar malestar y un aumento de la sobrecarga y/o ansiedad.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿La educación sanitaria a los cuidadores de mayores, crónicos dependientes, a través de una intervención educativa en la técnica del Mindfulness, reduce la ansiedad y por tanto la sobrecarga en el cuidador informal, mejorando su calidad de vida?

### **HIPÓTESIS DE PARTIDA DE ESTUDIO**

La intervención enfermera basada en un programa de Educación Sanitaria en la técnica de Mindfulness, meditación basada en la Atención Plena, a cuidadores informales de mayores crónicos, dependientes, ayuda a disminuir la ansiedad y en consecuencia la sobrecarga, mejorando su calidad de vida.

### **OBJETIVOS**

#### **GENERALES**

Demostrar la influencia que tiene la incorporación del Mindfulness en el "Plan de cuidados" de enfermería en la atención al cuidador de una persona mayor crónica, dependiente.

#### **ESPECÍFICOS**

1. Evidenciar la sobrecarga y el estado de ansiedad del cuidador de una persona crónica dependiente.
2. Conocer los beneficios generales del Mindfulness en el cuidador informal.
3. Valorar la idoneidad de la intervención enfermera (NIC) "meditación basada en la atención plena" o técnica del "Mindfulness" para prevenir o disminuir la aparición de la ansiedad y favorecer la buena salud, fomentando el equilibrio emocional en el cuidador informal.
4. Evidenciar que con la práctica diaria del Mindfulness se mejora la capacidad de adaptación y la resolución de las si-

tuaciones vitales nuevas en el cuidador de un familiar crónico dependiente, disminuyendo la ansiedad generada por los propios cuidados.

5. Demostrar que, a través de la enseñanza de la técnica del Mindfulness o atención plena, se aprende a evitar pensamientos repetitivos negativos o "erróneos" que aparecen en la aportación de cuidados diarios a un familiar dependiente crónico dependiente.

### **METODOLOGÍA GENERAL INICIAL DEL TFM DISEÑO**

#### **Revisión Sistemática**

En una primera parte, conocida la línea de investigación, se pensó en un tema relacionado con ella. Posteriormente se planteó la pregunta de investigación siguiendo la estructura PICO.

**Población:** Población cuidadora informal de mayores crónicos dependientes.

**Intervención:** Con esta Revisión Sistemática se pretende analizar si son factibles sesiones de "Educación para la salud" a los cuidadores de mayores crónicos dependientes en la técnica de Mindfulness, para reducir la ansiedad que crea la administración de los cuidados que precisa una persona mayor, crónica y dependiente.

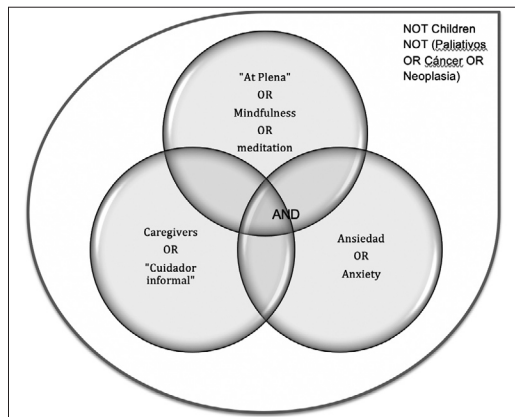
**Comparación:** Se compararán diferentes estudios de investigación donde comparan grupos basados en la técnica de Mindfulness, con grupos de Psicoterapia... En algunos casos, no se realiza comparación.

**Outcomes:** Se demostrará que la Educación Sanitaria en la técnica de Mindfulness o "Atención Plena" puede reducir los síntomas de ansiedad. La medición de la ansiedad se realizará con instrumentos específicos para ello, diferentes escalas...

En segundo lugar se planteó la "hipótesis" del estudio, los objetivos generales y específicos y la metodología a seguir. Posteriormente, en una segunda parte se establece una estrategia de búsqueda para recopilar toda la información, datos de estudios anteriores, existente en los 5 últimos años. Para la selección del material se establecen además unos límites en la búsqueda y unos criterios de inclusión y exclusión de los artículos que conformarán la muestra. Se busca la información en las bases de datos Pubmed, Medes, Nure, Cuiden, Enfispo, Ibecs, Tripdatabase, Epistemónikos. También se usa "Literatura Gris" para el Estado del Arte. Se extrajo toda la información y se seleccionó, clasificando los artículos adecuados, según los criterios establecidos, desechando duplicados y los no relevantes para el estudio. En una tercera parte se completa el trabajo aportando una

descripción de los datos obtenidos a través de una lectura crítica de los artículos y del análisis de los mismos. En la discusión se refleja la evidencia científica que da respuesta a los objetivos planteados. Finalmente, en las conclusiones se expondrá la interpretación de los resultados y se plantean líneas para posteriores investigaciones.

La estrategia de búsqueda que se siguió fue la que se refleja en el mapa conceptual siguiente:



En la estrategia de búsqueda se incluyeron las palabras clave y sus sinónimos: "Cuidador Informal", paliativo, cáncer, children, meditation, ansiedad y "AtenciónPlena". Se utilizaron los Tesoros MesH y DeCS para los términos en leguaje controlado, se obtuvieron los Descriptores: Anxiety, Caregivers, Neoplasia y Mindfulness. La búsqueda se limitó a los 5 últimos años y se admitió un artículo de hasta 6 años, en un caso puntual, por ser relevante para el trabajo.

En la tabla siguiente, se exponen las estrategias de búsqueda para cada base bibliográfica, con palabras clave y descriptores correspondientes:

Pubmed	"mindfulness"[MeSH Terms] OR "mindfulness"[All Fields]) AND ("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields]) AND ("anxiety"[MeSH Terms] OR "anxiety" [All Fields])
Ibcs	Mindfulness [Palabras del resumen] and ansiedad [Palabras del resumen]
Cuiden	((("Mindfulness")OR("AtencionPlena"))AND(("ansiedad")OR("Cuidadores")))
Medes	((Mindfulness)OR("Atencion Plena"))AND((ansiedad)OR (cuidadores))
Tripdatabase	((Mindfulness OR "atención plena") AND (Anxiety) AND (Caregivers)) NOT ((cáncer) OR (Palliative) OR (Neoplasia)) NOT (children)
Epistemontos	(title:(title:(Mindfulness) OR abstract:(Mindfulness)) AND (title:(anxiety) OR abstract:(anxiety)) AND (title:(caregivers) OR abstract:(caregivers))) OR abstract:(title:(Mindfulness) OR abstract:(Mindfulness)) AND (title:(anxiety) OR abstract:(anxiety) AND (title:(caregivers) OR abstract:(caregivers)))
Entispo	Mindfulness
Nure	Mindfulness

Para lograr el objetivo de este trabajo se determinaron los criterios utilizados para la exclusión o inclusión de los artículos. En la siguiente tabla están expuestos los criterios empleados:

Criterios de Inclusión Artículos de estudios realizados:	Criterios de Exclusión Artículos de estudios realizados en:
Donde se incluyen las intervenciones en cuidadores de personas mayores crónicas dependientes acerca de la influencia del Mindfulness y el cómo afecta en la ansiedad que presenta el cuidador	Donde se excluyen las intervenciones de cuidadores de población infantil o menores de 18 años
Donde se incluyen las intervenciones educativas en técnicas de Mindfulness o "Atención Plena" y cómo afecta en la ansiedad su práctica en la población con síntomas de ansiedad o población en general, sólo en Español	Donde se excluyen las Intervenciones en cuidadores de personas con patología psiquiática
Donde se incluyen las Revisiones	Donde se excluyen las Intervenciones en
Donde se incluyen estudios primarios relacionados con el objetivo que se pretende estudiar.	Donde se excluyen las Intervenciones en cuidadores de personas en programas de cuidados paliativos
Donde se incluyen estudios con técnicas en Mindfulness; MBSR, MBCI, MBI.	Se excluyen las Intervenciones en cuidadores de personas ingresadas en el hospital
Se incluyen los artículos en los idiomas: Español e Inglés	Se excluyen biografías y estudios de adaptaciones de escalas de ansiedad o Mindfulness
Se incluyen los artículos de hace 5 años. Uno de hace 6, es incluido por ser relevante para el TFM	Se excluyen investigaciones en profesionales sanitarios y deportistas

La estrategia inicial de búsqueda identificó un total de 304, se exploraron los títulos y/o resúmenes en caso de duda, obteniendo 25 artículos en total, 19 en inglés y 6 en español, Se procedió a la lectura completa de los mismos y, tras asegurar que se cumplían los criterios y que podían ser potencialmente útiles para el estudio de la temática elegida, se redujeron a un total de 15. En el diagrama representado a continuación (Figura 1), se refleja el proceso de revisión de todos los artículos extraídos siguiendo la estrategia de búsqueda anteriormente citada en cada una de las bases bibliográficas. La última revisión realizada para la identificación de los artículos fue el día 18 de octubre de 2018.

## DISCUSIÓN

En la presente revisión se identificaron y analizaron los artículos de estudios existentes hasta el año 2013 sobre estudios de intervenciones basadas en Mindfulness en cuidadores de personas mayores crónicas y la repercusión de la práctica en "Atención Plena" en la reducción de la ansiedad. Se obtienen un total de 7 artículos. De ellos 4 son revisiones Sistemáticas, 1 Ensayo Controlado y 2 Ensayos no Controlados o Estudios Cuasiexperimentales.

De las Revisiones, una habla en las conclusiones de beneficios del Mindfulness a corto plazo(34), otra muestra diferentes beneficios, aunque finalmente concluye con

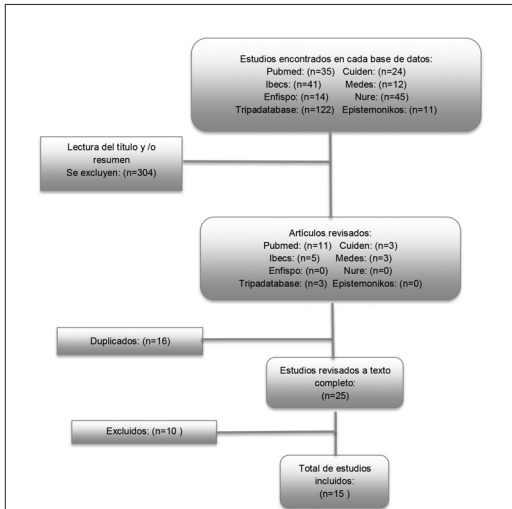


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA, Proceso de revisión y de elección de artículos.

Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA, Proceso de revisión y de elección de artículos.

AUTORES	DISEÑO ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS (RESULTADOS DE RESULTADO)	CALIDAD
Lotte Berk, Franca Warmenhoven, Jim Van Os, Martin Van Baten, Staal (2018)	Revisión sistemática (RS) de ECAS y pacientes incluidos	Personas cuidadoras de demencia y pacientes con cáncer	Justificar la intervención de Mindfulness en cuidadores de personas con demencia y sugerencias futuras de la intervención con Mindfulness.	Intervención basada en la conciencia plena. 8 semanas en general, alguna adaptación con 6 semanas de 15h a 25h	Grupos de MBSR, MBCT, MBSR, MBSR, FTM, grupos de psicoeducación. La mayoría de los estudios sin grupo de comparación.	STAI, SF-36, SAMS, GDS, QOL-AD (Quality of Life, ADL). El estudio se centra en mayores. Se muestran diferentes beneficios obtenidos por la intervención con Mindfulness pero refieren que no hay cambios significativos en la ansiedad del cuidador.	
Robin R Whitebird, Maryjo Kretzler, A. Lauren Crane, Leah R Hanson, Chris J. Emswold (2012)	ECA (Estudio controlado aleatorio)	N=78 cuidadores. Edad: 32-62 años. 6 abandonaron. TOTAL n= 62 Mujeres la mayoría	Comparar una reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) con la educación al cuidador (intervención de apoyo).	Intervención en "Atención Plena" o Mindfulness con 8 sesiones semanales. Encuestas post-intervención a los 2 y 6 meses.	Grupos de intervención en "Atención Plena" (MBSR) con intervención en apoyo y educación al cuidador (CEC).	STAI, Carga del cuidador Montgomery Caregiver (tres subescalas) Muestra subtemática y validez interna la escala STAI	

AUTORES	DISEÑO ESTUDIO	POBLACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS (RESULTADOS DE RESULTADO)	CALIDAD
Hsu RL et al. (2013)	ECA (ensayo controlado aleatorio)	Grupo MBSR (n=70) Grupo control (n=71) Adultos <18 años. 113 participantes continúan el seguimiento a los 3 meses. Media de edad 57 años. El 60% mujeres.	Efectividad de la reducción del estrés basada en Mindfulness. 'Atención Plena' o MBSR para mejorar su bienestar mental.	Grupo de MBSR de 8 semanas de duración al que se aportó un paquete de 2h dirigidos por un instructor capacitado. Se exigieron prácticas en el domicilio de 30-45 min al día grandes con CD. Grupos de 12 a 15 personas. Evaluaciones al inicio, post intervención y a los 3 meses del seguimiento.	Grupo control de apoyo al que se aportó un paquete de 2h de Educación Sanitaria preparado por una enfermera y desarrollado por el departamento de salud.	Se utilizaron instrumentos de validación para la ansiedad, Mindfulness, depresión, calidad de vida. STAI, FFMQ, SF-12 (bom corte de la encuesta de salud). En comparación con los grupos control se los participantes del grupo MBSR mejoraron significativamente los niveles de ansiedad en la post-intervención. No reducción significativa de los síntomas a los 3 meses post-intervención.	Bajo. Muestra muy pequeña.
Anel Itagarrat, Fernando Alonso, Delia Fernandez (2016)	Estudio Cuasiexperimental pre y post intervención.	34 participantes que cumplieron los criterios de inclusión. 18 accionaron la intervención. Concluyeron 16.	Comprobar la eficacia de un programa de inclusión Mindfulness para reducir la ansiedad.	Sesiones durante 8 semanas con tareas para casa. 45 min diarias con materiales Mindfulness para reducir la ansiedad. CD y 9 representaciones.	No grupo control.	El programa ha resultado eficaz en el tratamiento de la ansiedad en los participantes incluidos en el estudio.	Bajo. Muestra muy pequeña.

ción educativa en "Atención Plena" en la ansiedad del cuidador(31), otra refiere mejoras significativas en solo 2 de los 14 de los artículos que revisa y en 10 de ellos no presentan grupo control(33). La última de la Revisión no encuentra cambios significativos en los resultados al com-

parar el grupo control con el grupo en estudio al que se le realiza un programa de intervención en Mindfulness(37). En el Estudio Controlado Aleatorio sí se verifican cambios en la disminución de la ansiedad del cuidador, en una muestra de 62 pacientes(32), al igual que en ambos estudios cuasiexperimentales. Sin embargo, en estos últimos, el número de la muestra es pequeño por lo que los resultados no son concluyentes(35)(36). En dos de los estudios, no se realiza un seguimiento a los cuidadores a los meses post-intervención desconociendo los efectos a largo plazo(36)(37).

Existe mucha bibliografía acerca del Mindfulness y/o "Atención Plena", sin embargo Mindfulness específicamente, como intervención educativa en cuidadores de pacientes crónicos mayores, es escasa. Por este motivo se procedió a la recogida de artículos en español (también se incluyeron dos artículos en lengua inglesa, por su especial importancia, al estar reconocidos y publicados en varias bases de datos como Pubmed y Tripadatabase), acerca de la eficacia de las intervenciones educativas en Mindfulness en la reducción de la ansiedad en la población en general y en aquella que presenta síntomas de ansiedad, para completar y para dar una mayor fortaleza a la revisión, reforzando los resultados que se han obtenido, de manera específica, en los cuidadores.

Entre esta muestra de artículos se han aceptado 8 estudios, después de filtrar toda la documentación obtenida, según los criterios de inclusión y exclusión establecidos en este TFM. De los 8 seleccionados se encuentran: 1 Estudio Controlado, 1 Metaanálisis, 4 Revisiones Sistemáticas y 2 Estudios Cuasiexperimentales (uno de ellos es un Trabajo Fin de Especialidad).

El Metaanálisis refiere cambios poco significativos, sin embargo introduce términos que pueden influir en los resultados, como son "las características Motivacionales", "las características cognitivas de la persona y las afectivas"(40). En el Ensayo Controlado Aleatorio se observaron mejoras significativas en relación al grupo control(38). A los tres meses post-intervención se realizó un seguimiento a los participantes no siendo concluyente el resultado, (no se obtuvo una reducción significativa de la ansiedad). En ambos estudios Cuasiexperimentales, los resultados fueron positivos, obteniéndose una disminución en la ansiedad de los participantes, sin embargo todos ellos estaban en tratamiento con ansiolíticos por lo que se concluyó que la intervención en Mindfulness tenía efectos positivos como coadyuvante en el tratamiento de la ansiedad y que favorecía la disminución del tratamiento farmacológico(39)(41), e incluso aumentaba y mejoraba la atención y la concentración, así como



los autocuidados o comportamientos saludables para sí mismos(44).

En las Revisiones Sistemáticas se encuentran dos revisiones Narrativas y dos revisiones de estudios Controlados Aleatorios. En las Revisiones Narrativas se han demostrado cambios inducidos por la práctica del Mindfulness. En la primera de ellas demuestran un aumento en la materia gris, encargada de la regulación de la afectividad, el estado de ánimo, el autocontrol y la motivación. Todas estas actitudes favorecen la disminución de la ansiedad al reducir la anticipación a sucesos adversos(27). De ahí que el Mindfulness sea una intervención adecuada para disminuir la ansiedad de las personas, incluida la del cuidador informal y en consecuencia aumentar la percepción del bienestar, disminuir la sobrecarga y aumentar la calidad de vida. En la segunda Revisión Narrativa concluyen que existen efectos significativos positivos, disminuyendo la ansiedad en los participantes del programa de intervención en Mindfulness, cuando se compara con grupos control donde no se realiza ningún tipo de intervención psicoeducativa... Si el grupo control realiza algún tipo de intervención psicoeducativa o similar, los resultados ya no son significativos. En cualquier caso sí se objetiva un aumento del bienestar subjetivo y una mejora en la ansiedad, la empatía y la esperanza(43). En las otras dos Revisiones Sistemáticas, queda reflejado en la primera que una intervención con Mindfulness es un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad y los síntomas de ansiedad disminuyendo la severidad de los mismos y también como tratamiento coadyuvante al tratamiento farmacológico(41), pero en la segunda concluyen que la eficacia de una intervención en Mindfulness es positiva y equivalente a la respuesta obtenida en grupos de control activos, mientras que es mayor en relación a los grupos de control inactivos (lista de espera), destacando que es una técnica ideal para los contextos de Atención Primaria.

En general existen bastantes limitaciones generadas por varios factores. Se puede decir que los tamaños de las muestras han sido pequeños(34)(35)(38)(43) y las características de los participantes poco definidas(40). En muchos de ellos no se realiza la comparación con un grupo control(35)(37)(42), provocando el sesgo de selección(35), y en caso de existir un grupo control hay comparaciones poco robustas(40). El seguimiento de los participantes, cuidadores u otros, sería importante para valorar la efectividad a largo plazo(32)(33)(34)(35)(37)(38)(39)(41), pero tampoco resultan claras las conclusiones ya que el seguimiento no se realiza en todos los estudios(31)(36)(37), limitando los resultados que se obtienen. Tampoco hay igualdad en las intervenciones que se practican, número de sesiones, tiempo de cada sesión, etc. La mayoría de los estudios se

realizan con grupos de MBSR, donde existe una pauta o instrucción más definida, pero en otros estudios se realizan adaptaciones de la intervención en Mindfulness(31), con otros grupos, como los MBCT, TMI y esta situación genera diferencias en las comparaciones y resultados. Del mismo modo, en unos estudios se especifica el uso de materiales en casa con audiovisuales, CD, etc, manteniendo un trabajo diario(35)(36)(38)(39), mientras que en otros no se hace mención a esta tarea, lo que puede provocar repercusiones en los resultados finales de cada estudio. Otra limitación es la heterogeneidad de las muestras, tanto en los estudios con cuidadores como en los estudios en población en general con o sin síntomas de ansiedad, tal y como explican en dos de los artículos(37)(40), por lo que los hallazgos no se pueden extender a toda la población(40), repercutiendo en la medición de la ansiedad y en la evidencia disponible acerca de los beneficios que se pueden obtener con una intervención en Mindfulness(37). Hay participantes que además de ansiedad, presentan otros diagnósticos, como aclaran Ricardo Hodann-Caudevilla et al. en su Revisión Sistemática, condicionando la respuesta que el efecto de la intervención pudo ejercer sobre los participantes.

Respecto a los resultados de la intervención de Mindfulness como tratamiento para la reducción de la ansiedad, hay dos artículos en los que se explica que para valorar la respuesta a un tratamiento, en este caso intervención, es necesario un mínimo de 12 meses, sin embargo, en ninguno de los estudios escogidos se ha realizado un seguimiento durante 12 meses, generando cierta inseguridad y controversia en los resultados que se han obtenido.

Otra limitación es que solo en dos estudios de toda la muestra que ha sido seleccionada se habla de los efectos secundarios que esta intervención puede provocar(28)(34). Además tampoco se hace referencia a las limitaciones del tiempo, a pesar de ser una intervención que requiere un tiempo diario y los cuidadores de personas mayores, crónicas, dependientes no disponen de él con facilidad, generando dificultades para acudir a las sesiones. Por ello, resulta fundamental la necesidad de generar una "motivación"(40) importante que favorezca la implicación en la realización de la educación sanitaria en Mindfulness.

La última de las limitaciones observadas hace referencia a la medición de los resultados. Las variables de resultado son valoradas con diferentes escalas. Para la ansiedad se utiliza principalmente la escala STAI, pero en algunos de los estudios revisados se han empleado otras como la de ZAS(35), BAI(36), POMS-A(37), DASS-Anxiety(41), conjuntamente, o no, a la de STAI, generando diferencias en los resultados obtenidos y una nueva dificultad en la comparación de los mismos. Para la medición de los efectos del

Mindfulness existe un mayor consenso. Los estudios se han servido de la escala de FMMQ. Por otro lado, apenas se ha llegado a conclusiones evidentes en la valoración de la Calidad de Vida tras la intervención con Mindfulness. Cinco de los estudios hacen referencia a ella(31)(32)(35)(36)(38). Pero solo dos dan resultados positivos(31)(33), otro refiere no ser eficaz en la mejora de la calidad de vida, a pesar de ser efectiva en la reducción de la ansiedad y del aumento del bienestar(38), aunque reconocen no tener unos instrumentos de medida suficientemente sensibles para medir los cambios en la calidad de vida(38). Respecto a la sobrecarga, también presenta una difícil medición al ser un concepto muy amplio donde se pueden enmarcar tanto características objetivas como subjetivas. Es un concepto multidimensional(32), por este motivo es un reto la medición de la misma. Según Liu Z. et al. es la muy baja calidad de las pruebas, lo que no favorece el análisis de los resultados, no aportando ninguna claridad ni resultado a favor en "la carga del cuidador"(34).

Las fortalezas, por el contrario, son las siguientes: la primera de ellas es que abarca muchas revisiones y estudios actuales y que en todos los artículos revisados, ECAS, Revisiones... se concluye que con una intervención en Mindfulness en población general, con síntomas de ansiedad o cuidadores de mayores crónicos, existe un efecto positivo en la disminución de la ansiedad, en la severidad y en los síntomas de ansiedad, similar al de otras técnicas psicoeducativas siendo bastante aceptada por las personas(33)(37) que están dispuestas a continuar. Además, es una técnica factible y accesible(31)(35), con pocos abandonos(35), con la posibilidad de ser administrada tanto a cuidador informal como al paciente crónico mayor, ansioso... mediante una participación conjunta (diadas)(31). También fortalece este estudio la constante, en diversos artículos, de que con una intervención en Mindfulness hay una mejora en el afrontamiento de las complicaciones que puedan aparecer en las vivencias del día a día(37), generando un progreso, de forma indirecta, en el cuidado y relación del cuidador con la persona dependiente(31)(35)(36). Es importante destacar que esta técnica brinda la oportunidad de aceptar, de prestar atención al momento presente, manteniendo una tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas y externas con aceptación(31)(37)(43), liberándose de la interpretación de pensamientos negativos y juicios de valor(31), así como también de la rumiación de ideas que perjudican y aumentan la ansiedad, el malestar y la sobrecarga del cuidador y de las personas en general(28)(33)(34)(42), favoreciendo el sentido de empoderamiento y control(36), favoreciendo la capacidad de resiliencia y autonomía(31) y facilitando la disminución de la ansiedad,

el estrés, y otras formas de malestar psicológico o sufrimiento en la persona, en el cuidador informal de personas mayores, crónicas, dependientes.

En la mayor parte de los artículos, que se centran en el cuidador, hacen referencia a la sobrecarga del mismo(31)(32) al centrarse en el cuidado de su familiar y alejarse del suyo propio(35)(37), provocando un aumento de la prevalencia en el agotamiento, en los trastornos depresivos y en la ansiedad(35), convirtiéndolos en personas vulnerables(34). Con estos datos, se puede confirmar que "la sobrecarga del cuidador" es un hecho real y hace visible la necesidad de atender y apoyar al cuidador en su labor de "cuidador informal".

## CONCLUSIONES

La mayoría de las revisiones demuestra que los estudios han tenido resultados positivos, respecto a la reducción de la ansiedad(32)(34), sin embargo, los efectos han sido poco satisfactorios al referirse a estos cambios, como poco significativos en varios de ellos, cuando los comparan con grupos control activos. A veces poco claros(34). Si podemos concluir que la intervención educativa en Mindfulness disminuye la ansiedad en estudios con muestras pequeñas, de la misma forma que las intervenciones psicoeducativas en muestras de mayor tamaño(27)(28)(32)(34)(35)(36)(38)-(39)(41)(42). También se ha demostrado que el Mindfulness resulta eficaz en el tratamiento de la población con síntomas de ansiedad(27)(28)(38)(39)(40)(41)(42)(43), reforzando el efecto que puede darse en el cuidador informal que presente ansiedad y los resultados de los estudios realizados hasta hoy, en población cuidadora.

La mejoría en la ansiedad genera indirectamente un aumento en la salud en general(32), percepción del bienestar(31), reducción de la depresión, especialmente la terapia con Mindfulness en grupos MBCT(27)(40)(41), pero no queda claro el aumento en la calidad de vida percibida(36), a causa de la dificultad en la valoración de la misma, por ser un concepto multidimensional con cargas objetivas y subjetivas.

También es importante destacar que el receptor de los cuidados se beneficia de los efectos de una intervención educativa en Mindfulness(31)(35)(36). El cuidador aumenta su capacidad de atención, asegurando menos errores en la prestación de cuidados y mejora la empatía, disminuye el estrés, la ansiedad, el miedo y la ira. Además aumenta su propio conocimiento personal y emocional, reconociendo sus limitaciones, capacidades y habilidades, facilitando un aumento en la calidad de la relación entre ambos, cuidador y receptor, y un aumento en la calidad de los cuidados realizados.

Por otro lado, es necesario realizar nuevos estudios que fortalezcan los ya realizados y sus conclusiones(31)(34)(35)(38)(42), ensayos más grandes y prospectivos(35). Estudios en los que los resultados sean reforzados con grupos control(31) y se realice un seguimiento a lo largo del tiempo(34)(35), a ser posible durante 12 meses, con intervenciones en Mindfulness similares y, materiales para el domicilio en todos los casos, que favorezcan el trabajo diario, incluso, al finalizar la intervención para su mantenimiento a largo plazo.

Un aspecto importante a considerar es el de los abandonos. Estos nos dan la posibilidad de realizar nuevos estudios, dando luz acerca de por qué abandonan algunos participantes una intervención que perciben como positiva. Con esta Revisión Sistemática podemos decir que las causas son el tiempo y el que las sesiones se realicen en grupo, pero es necesario llevar a cabo nuevas investigaciones que confirmen estos resultados(13).

El estudio de Clara Strauss, et al. nos lanza la posibilidad de nuevas investigaciones acerca de los factores que pueden influir en el efecto de la intervención en Mindfulness, como las características motivacionales, afectivas...(40). Estos factores, entre otros muchos más, pueden variar los resultados, de manera que los perfiles de las personas que pueden beneficiarse de esta técnica deben ser más estudiados para maximizar la eficacia de la "Atención Plena"(13). Una vía nueva de trabajo para una intervención en Mindfulness se abre con el uso de las nuevas tecnologías entre las personas, jóvenes y mayores. Ofrecen una mayor flexibilidad de horarios a los cuidadores informales, llegando a ser una herramienta de uso eficaz por su accesibilidad, con la que se puede plantear y planificar un programa de intervención en Mindfulness en el domicilio. Sería importante abrir estudios, líneas de investigación en el campo de la enfermería, donde se incluya la práctica del Mindfulness, diseñada especialmente para ser desarrollada con el uso de las nuevas tecnologías en el domicilio y, posteriormente, valorar el impacto de la intervención y el efecto en la reducción de la ansiedad, la calidad de vida, etc(28).

También sería valioso para seguir avanzando en los beneficios de la técnica de Mindfulness, plantearse nuevos estudios que analicen el funcionamiento cerebral, al exponerse a una intervención en Mindfulness(27). Ya existe alguno, pero sería beneficioso aumentar los estudios neurofisiológicos(35) que puedan explicar el porqué se reduce la ansiedad, entre otros signos y/o síntomas, fortaleciendo los resultados ya existentes o incluso ampliándolos.

El papel de la Enfermería es esencial para la realización de los cuidados del individuo, manteniendo un seguimiento holístico de la persona y su estado de salud, incluyendo tanto

a la persona con problemas de salud como a los que se encuentran próximos a ella, familia... especialmente al cuidador informal, prestando el apoyo necesario mediante intervenciones de educación sanitaria en Mindfulness, que pueden ser incluidas en el "Plan de Cuidados", para que le brinden la posibilidad de mejorar competencias en sus cuidados, habilidades... mientras favorecen su propio autocuidado al disminuir la ansiedad, el estrés, la depresión, la ira... mejorando su percepción de bienestar.

La enfermería debe reconocer en el cuidador un recurso valioso(33). Su salud puede tener un impacto en los beneficiarios de sus cuidados. Se sabe que el cuidado requiere tiempo, esfuerzo, cambios en los roles, responsabilidades... que pueden resultar una mayor carga física y emocional al cuidador(33)(31)(35)(34). La enfermera debe estar atenta a los cuidadores y ofrecerles los apoyos necesarios. Las intervenciones psicoeducativas son importantes y ofrecen beneficios a los cuidadores, pero son necesarias nuevas intervenciones que proporcionen nuevos beneficios en el cuidado y en los cuidadores, garantizando un cuidado asistencial continuo a la persona mayor, crónica, dependiente y al cuidador "sobrecargado". Con la técnica del Mindfulness se pueden conseguir avances en este campo y/o complementar otras técnicas ya utilizadas y efectivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Enfermedades crónicas. WHO [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 22]; Available from: [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
2. Living Well with Chronic Illness A Call for Public Health Action Addressing Major Public Health Problem [Internet]. [cited 2018 Sep 26]. Available from: [www.iom.edu/livingwell](http://www.iom.edu/livingwell)
3. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. 2014;102. Available from: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
4. Imsero. Informe 2014 - Las Personas Mayores en España [Internet]. [cited 2018 Oct 24]. Available from: [http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/22\\_029\\_info2014pm.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/22_029_info2014pm.pdf)
5. Un perfil de las personas mayores en España [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 23]. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadores-basicos18.pdf>
6. de Mayores Servicios Sociales Imsero I. Informe 2016: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [Internet]. [cited 2018 Oct 24]. Available from:

- [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
7. Jefatura del Estado. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boe. 2003;16(128):1-41.
  8. BOE. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [Internet]. 2006. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
  9. OMS | Informe sobre la salud en el mundo 2008. WHO [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 26]; Available from: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
  10. Mediavilla M, Rodríguez A, Ocaña MA, Baquera MJ, Morel S. Programa de Educación a Cuidadores de Pacientes Dependientes Hospitalizados para mejorar la calidad de vida. NURE Investig Rev Científica enfermería [Internet]. 2014;11(68):1-15. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6260150>
  11. Martínez Miralles m. Perfil del anciano crónico dependiente y del cuidador principal informal en atención domiciliaria. Rol Enfermería Números Científica [Internet]. 2017;3(21):62-8. Available from: <http://www.index-f.com/nuberos/2017/2162.php%3E> Consultado el %0A27 de Octubre de 2018%0A%0A
  12. Canga A, Vivar CG, Naval C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Sep 26];34(3):463-9. Available from: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-art-text&pid=S1137-66272011000300012&lng=en&nrm=iso&tlng=en>
  13. Ministerio de Trabajo, General C, Poder DEL, Naciones Unidas, Derecho Internacional de los Derechos Humanos, Jefatura del Estado Español, et al. Boletín oficial del estado. Imserso [Internet]. 2005;1-37. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Atenci+n+a+las+personas+en+situacion+de+dependencia+en+Espa?a.+Libro+Blanco#2%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Searc>
  14. Ferré-Grau C, Casado MS, Cid-Buera D, LLeixà-Fortuño M, Monteso-Curto P, Berenguer-Poblet M. Caring for family caregivers: An analysis of a family-centered intervention. Rev da Esc Enferm. 2014;48(SpecialIssue):87-94.
  15. Crespo-López M, López-Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar" [Internet]. [cited 2018 Oct 27]. Available from: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
  16. BOE. Ley 44/2003 de Ordenación de la Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre. [Internet]. 2014. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
  17. Universität (Siegen Forschungsschwerpunkt Historische Mobilität und Normenwandel) B, García Martínez C. HiMoN Diskussionsbeiträge, Sammelband [Internet]. Vol. 5, RqR Enfermería Comunitaria, ISSN-e 2254-8270, Vol. 5, No. 3, 2017, págs. 30-44. [Wechselnde Verleger]; 1986 [cited 2018 Oct 24]. 30-44 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079379>
  18. Medina-García J. ¿Los cuidadores que reciben ayudas de la Ley de Dependencia tienen menos sobrecarga? Enferm comunitaria. 2013;9(2).
  19. Delgado Parada E, Suárez-Alvarez Ó, de Dios-del Valle R, Valdespino-Páez I, Sousa-Ávila Y, Braña-Fernández G. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. Semer - Med Fam [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2018 Oct 26];40(2):57-64. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359313001044>
  20. Martihez-Riera JR, del Pino-Casado R, Moreno-Cámara S. Manual práctico de enfermería comunitaria [Internet]. Manual práctico de enfermería comunitaria, 2014, ISBN 978-84-9022-433-5, págs. 61-66. Elsevier; 2014 [cited 2018 Oct 24]. 775 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5636189>
  21. Ferraz K, Anjos VC, Santos J, Ramon B, Teixeira R, Narriman S, et al. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora Quality of life of family caregivers of the elderly: integrative review [Internet]. Vol. 29, Revista Cubana de Enfermería. 2013 [cited 2018 Oct 24]. Available from: <http://scielo.sld.cu>
  22. NANDA International, Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2015-2017 [Internet]. [cited 2018 Oct 24]. 512 p. Available from: [https://books.google.es/books/about/Diagnósticos\\_enfermeros\\_Definiciones\\_y.html?id=CiPuCgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books/about/Diagnósticos_enfermeros_Definiciones_y.html?id=CiPuCgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
  23. Gella-Jame H. Las terapias Naturales un Instrumento de Cuidados. Med Natur. 2015;9(1):25-30.
  24. Bulechek, Gloria M. Butcher HKDJMWC. NIC, Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 6th ed. 2014.
  25. OMS | ¿Qué es la promoción de la salud? WHO [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 24]; Available from: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
  26. Depresión [Internet]. [cited 2018 Oct 24]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  27. Santachita A, Vargas ML. Mindfulness into perspective. Rev

- Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 22];35(127):541–53. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original6.pdf>
28. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2018 Oct 1];27(3):115–24. Available from: <http://journals.copmadrid.org/clysa/articulo.php?id=ccb1d45fb76f7c5a0bf619f979c6cf36>
29. madrid.org. Ansiedad/ Estilos de Vida/Hábitos Saludables: Relajación [Internet]. madrid.org. Educación para la Salud. Área temática: Estilos de vida/Hábitos saludables: Relajación y Ansiedad. Available from: [https://saluda.salud.madrid.org/SaludPublica/saludpublica/\\_layouts/OSSSearchResults.aspx?k=mindfulness&s=Todos los sitios](https://saluda.salud.madrid.org/SaludPublica/saludpublica/_layouts/OSSSearchResults.aspx?k=mindfulness&s=Todos los sitios)
30. Torres-Pascual C. Meditación para el Desarrollo de la Conciencia Interoceptiva en la percepción del dolor de la fibromialgia. *Med Natur*. 2015;9(2):88–92.
31. Berk L, Warmenhoven F, van Os J, van Bortel M. Mindfulness Training for People With Dementia and Their Caregivers: Rationale, Current Research, and Future Directions. *Front Psychol* [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 22];9:982. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29951027>
32. Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Gerontologist* [Internet]. 2013 Aug [cited 2018 Oct 22];53(4):676–86. Available from: <http://academic.oup.com/gerontologist/article/53/4/676/556735/MindfulnessBased-Stress-Reduction-for-Family>
33. Li G, Yuan H, Zhang W. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2016;30(2):292–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.014>
34. Liu Z, Sun YY, Zhong B. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 Aug 14 [cited 2018 Oct 27]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012791.pub2>
35. Jain FA, Nazarian N, Lavretsky H. Feasibility of Central Meditation and Imagery Therapy for Dementia Caregivers. [cited 2018 Oct 1]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106977/pdf/nihms566428.pdf>
36. Paller KA, Creery JD, Florczak SM, Weintraub S, Mesulam MM, Reber PJ, et al. Benefits of Mindfulness Training for Patients with Progressive Cognitive Decline and their Caregivers HHS Public Access. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 1];30(3):257–67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4363074/pdf/nihms666975.pdf>
37. Liu Z, Chen QL, Sun YY. Clinical Interventions in Aging Dementia: Mindfulness training for psychological stress in family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 1];12–1521. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S146213>
38. Hou RJ, Wong SYS, Yip BHK, Hung ATF, Lo HHM, Chan PHS, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 22];83(1):45–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24281411>
39. Izaguerri-Riesgo A, Alonso-Pérez F, Fernández-Hidalgo D. Eficacia de una intervención grupal basada en un programa de “Atención Plena” (Mindfulness) para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria. 2014.
40. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited 2018 Oct 27];9(4):e96110. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24763812>
41. Hodann-Caudevilla RM, Serrano-Pintado I. Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2018 Oct 1];22(1):39–45. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134793716300069>
42. Cabañas Cedillo A, Romero Carrero N, Sánchez Pérez M. Metas de enfermería. [Internet]. Vol. 20, Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 20, No. 2, 2017. *Difusión Avances de Enfermería*; 2017 [cited 2018 Oct 22]. 4 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5856648>
43. Manuel J, Guillén B. Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. Efficacy-effectiveness of mindfulness based stress reduction (MBSR) programme: an update. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 22];35(126):289–307. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n126/original4.pdf>