
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN BASADOS EN MINDFULNESS: ¿POR QUÉ UTILIZARLOS CON CUIDADORES?

Celia Mareca Viladrich

Neuropsicóloga.
Unidad de Neuropsiquiatría
Hospital Mare de Déu de la Mercè
cmareca.merced@hospitalarias.es

Resumen

Los cuidadores informales de las personas afectas de demencia, trastorno mental grave o daño cerebral adquirido presentan un elevado nivel de sobrecarga, alto estrés percibido y mayor sintomatología ansioso-depresiva en comparación con la población general. Así mismo, esta situación puede tener efectos sobre los pacientes a los que cuidan. En los últimos años ha aumentado el interés en la atención de estos cuidadores, y su implicación en el programa de rehabilitación de los pacientes se ha puesto de manifiesto en las guías de práctica clínica de estos trastornos. Por otro lado, las intervenciones basadas en Mindfulness están en el foco de atención de muchas instituciones,

ya que la evidencia muestra beneficios en la esfera emocional, cognitiva y conductual de diferentes patologías. En el siguiente artículo se revisa el estado de la cuestión en relación a las intervenciones con familiares en general, las intervenciones basadas en Mindfulness aplicadas a cuidadores en particular y los posibles mecanismos de cambio que podrían avalar la pertinencia de su aplicación en esta población. Se revisan para finalizar algunas de las ventajas de estas intervenciones, así como posibles barreras que deben tenerse en cuenta a la hora de su implementación.

Palabras clave: Cuidadores informales, Mindfulness, demencia, trastorno mental grave, daño cerebral adquirido.

Abstract

Informal caregivers of people suffering dementia, major mental disorder or acquired brain injury often present a high level of burden, perceive high stress and suffer from anxiety and depression if compared with general population. Also, this situation may affect the patient they are caring at. The interest on caregivers grew last years, so clinical guidance point to include specific interventions to attend them. On the other hand, many institutions have shown interest on Mindfulness-based interventions, since evidence appear to be beneficial on emotional, cognitive and behavioral spheres in different diseases. The present paper reviews the state of the art related to interventions on caregivers in general, Mindfulness-based interventions applied on caregivers in particular and the potential mechanisms of change that could endorse the application of this orientation for this population. Some opportunities and barriers of implementation are reviewed in the last part of this document.

Key Words: Informal caregivers, Mindfulness, dementia, major mental disorder, acquired brain injury.

Introducción

Una parte importante de la atención que reciben las personas con enfermedades o discapacidades crónicas se lleva a cabo por los llamados cuidadores informales: miembros de la familia o con algún vínculo personal que proveen de los cuidados físicos, psíquicos y emocionales de estos pacientes. Esta situación de cuidado prolongado puede provocar sobrecarga, aumentando el riesgo de padecer sintomatología ansioso-depresi-

va y disminuyendo su calidad de vida (1,2). La mayoría de intervenciones y tratamientos ofrecidos por los sistemas de salud están dirigidos a paliar los síntomas y dificultades que presentan las personas afectas de alguna enfermedad o daño, pero cada vez se toma más en cuenta la necesidad de abordar de alguna manera el posible malestar de los cuidadores, tanto por la necesidad de atender a sus necesidades directas (3,4), como por el efecto que ello puede tener sobre la sintomatología de la persona a la que atienden (5).

La investigación existente sobre la eficacia de intervenciones grupales con cuidadores recoge los efectos sobre sintomatología, sobrecarga y calidad de vida de los mismos, así como, en algunos casos, sobre los síntomas de las personas enfermas. En general las intervenciones consisten en grupos de ayuda mutua, grupos psicoeducativos e intervenciones de tipo cognitivo conductual. En los últimos años las intervenciones basadas en Mindfulness (IBM) han mostrado evidencia científica para la mejora de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (6-8), adicciones (9), dolor crónico (10) o aspectos psicológicos del cáncer (11), entre muchos otros (12). Se consideran intervenciones de tercera generación, que operan directamente sobre mecanismos psicológicos transdiagnóstico. Este hecho las convierte en herramientas versátiles que pueden ser beneficiosas en multitud de situaciones, incluida la sobrecarga de los cuidadores.

La mayoría de aspectos que se desarrollan con Mindfulness (como el entrenamiento atencional, la regulación emocional, la compasión, la aceptación y la autoconciencia) (13) pueden tener una implicación en la mejora del estado de salud mental de los cuidadores informales. Aun faltando todavía un largo camino que recorrer tanto en la imple-

mentación como en la investigación sobre este tipo de intervención, su aplicación parece adecuada para este tipo de población.

Cuidadores de personas con demencia, trastorno mental y daño cerebral

Se entiende por cuidador a la persona que provee de asistencia (física y/o emocional) a otra que sufra de enfermedad crónica, edad avanzada, discapacidad o trastorno mental, es decir, cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulte o impida el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Se habla de cuidador familiar o informal cuando es un familiar, pareja, amigo o vecino con relación personal significativa quien provee este cuidado, y se diferencia de la atención de los cuidadores formales, que son retribuidos económicamente por sus servicios. En el presente artículo nos referiremos al primer tipo de cuidador. Esta tarea requiere de tiempo, esfuerzo y coste económico, e implica cambios en los roles y responsabilidades familiares (3). Algunos de los factores que tienen impacto en los cambios que se producen en las familias que cuidan de personas con enfermedades o daños neuropsiquiátricos tienen que ver con la severidad de la enfermedad, los cambios en la conducta o en la personalidad del paciente y con la existencia de los déficits cognitivos (14). Otros factores, sin embargo, no tienen tanto que ver con la enfermedad en sí, sino con otros aspectos como la incertidumbre respecto al futuro, los rasgos de personalidad premórbidos de la persona afectada, la capacidad de la familia para elaborar pérdidas o cambios, los cambios de roles dentro del sistema por

causa de la enfermedad o daño, la comunicación con los profesionales involucrados en el tratamiento del afectado, el grado de dependencia del paciente de la familia, el aislamiento social, la disponibilidad de la provisión de cuidados a la persona afectada por parte del sistema sanitario y los aspectos legales y financieros. En función de estos y otros factores, el cuidador puede experimentar sobrecarga de diversa gravedad. El concepto de sobrecarga del cuidador ha ido evolucionando a medida que ha ido ganando atención en los entornos de cuidado al paciente y a su entorno: de una visión unidimensional (concepto de carga global), pasando por un concepto bidimensional (carga objetiva y carga subjetiva), hasta el actual concepto multidimensional (carga física, psicológica, social y económica) (15).

En las distintas unidades que componen el Hospital Mare de Déu de la Mercè se atiende, entre otras, a personas afectas de demencia, Trastorno Mental Grave (TMG), Daño Cerebral Adquirido (DCA) y consumo de tóxicos, todas ellas condiciones que, por sus características, pueden generar alta sobrecarga en los cuidadores. La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo, que reduce de forma significativa la autonomía funcional y que cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos. Se define el trastorno mental grave (en adelante, TMG) como lo referido a un conjunto de diagnósticos clínicos (en general, del grupo de las psicosis, como la esquizofrenia, o del trastorno bipolar, aunque también están incluidos otros) de duración prolongada (por consenso, como mínimo dos años) y que se caracterizan por la presencia de graves dificultades en el funcionamiento personal y social. El DCA es un daño cerebral no de-

generativo y no congénito causado por una fuerza externa o interna que puede llevar a deterioros temporales o permanentes de las funciones cognitiva, física y psicosocial. Estas condiciones pueden ser especialmente complicadas para los cuidadores, debido a la elevada dependencia funcional, la presencia de sintomatología psiquiátrica y/o el deterioro cognitivo, sumado al carácter continuado o crónico.

La sobrecarga puede tener implicaciones sobre varias esferas de la salud del cuidador y su calidad de vida. Si el nivel de carga es elevado, el cuidador puede convertirse en un “paciente invisible”, con elevados niveles de estrés físico y emocional. Los cuidadores experimentan menor salud a nivel físico, función inmune comprometida, aislamiento social, soledad, alteraciones crónicas de sueño y disfunciones en la esfera emocional, como ansiedad y depresión (2). Esta sintomatología puede llegar a ser de gravedad: por ejemplo, el grupo de cuidadores de pacientes afectados de demencia se considera un grupo de alto riesgo de suicidio, y este riesgo no parece disminuir por el fallecimiento o institucionalización del familiar afectado (16). El impacto que el cuidado tiene sobre los cuidadores en relación a sus emociones puede reducir sus posibilidades de funcionar adecuadamente y ejercer su rol de forma óptima, teniendo así un posible efecto opuesto al deseado en las personas que reciben su cuidado. Atender las necesidades de este grupo de población para asegurar su bienestar emocional se hace crucial en la atención de las personas enfermas y de sus cuidadores.

Intervenciones sobre cuidadores: breve revisión

Intervención familiar se refiere a cualquier intervención psicosocial que implique a cuidadores (o cuidadores y usuarios) en formato individual o grupal para recibir información, entrenamiento en habilidades prácticas o soporte. La intervención se diseña para reducir los niveles de estrés del cuidador y empoderarlo para afrontar de forma más efectiva los retos del día a día en la tarea de cuidado (17).

Las revisiones sobre intervenciones familiares encuentran la limitación del uso de distintas metodologías de intervención (diferencias en el número de familias incluidas -uni o multifamiliares-, número y duración de las sesiones, duración del programa, entorno -clínico, ambulatorio- y diferentes métodos de análisis, por lo que es difícil comparar los resultados u obtener datos para un meta-análisis (18). Aun así, existen unos principios generales en los que se basan este tipo de intervenciones:

- La mayoría de familias de individuos afectados de alguna enfermedad mental necesitan información, asistencia y soporte.
- La forma cómo los familiares actúan ante la persona enferma puede afectar tanto a su bienestar como a su situación clínica.
- Combinan elementos informativos, cognitivos, conductuales, de solución de problemas, emocionales y de afrontamiento.
- Son creadas por profesionales de la salud.
- Se ofrecen como parte integrada en el plan de tratamiento individualizado a cada usuario.
- Se centran en los beneficios sobre el paciente, pero los resultados sobre la familia misma también son importantes (reducción de la sobrecarga).
- Incluyen contenidos sobre la enfermedad,

medicación y manejo del tratamiento, servicios asistenciales, sobrecarga emocional, mejora de la comunicación familiar, entrenamiento en solución de problemas, expansión del soporte social e intervención en crisis.

- Son específicas de cada diagnóstico, pero algunas se desarrollan en base a modelos generales.

En general, las intervenciones sobre los cuidadores pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- Grupos de soporte y ayuda mutua: son grupos en que, personas con una problemática o condición similar, se reúnen periódicamente para ayudarse mutuamente, compartiendo su experiencia personal con el resto de miembros. Suelen tener como objetivos el compartir conocimiento nacido de la experiencia (distinto del profesional/científico), disminuir el aislamiento, favorecer sentimientos de pertenencia y servir como soporte emocional. Se caracterizan por la existencia de igualdad, reciprocidad, horizontalidad y simetría entre sus miembros.
- Intervenciones psicoeducativas: incluyen aquellas intervenciones enfocadas a aumentar el conocimiento por parte de los cuidadores de la condición de su familiar, enseñando tanto habilidades específicas para el manejo de la enfermedad como para el afrontamiento emocional de la situación estresante.
- Terapia Cognitivo-Conductual: aproximación activa, directiva, delimitada en el tiempo y estructurada basada en el modelo cognitivo. Está dirigida a modificar estilos de pensamiento y conducta para la mejora de la sintomatología afectiva ligada a la situación problemática.

En relación a las intervenciones para cuidadores de enfermos afectados de demencia,

la revisión de Kishita y colaboradores (16) encuentra que las intervenciones psicoeducativas son un tratamiento efectivo sobre la sobrecarga, y que intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo-conductual tienen un efecto mayor sobre los síntomas de depresión y mejora de la calidad de vida. En relación a los síntomas de ansiedad, el mayor efecto se encuentra para las intervenciones psicológicas más modernas, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (que usa, como ingrediente dentro de su concepción, el Mindfulness).

La revisión Cochrane sobre intervenciones familiares para esquizofrenia (19) concluye que las intervenciones familiares producen como principal beneficio la disminución del riesgo de recaídas en la esquizofrenia, ayudan a la toma continuada del tratamiento y reducen el número de reingresos. Así mismo, tienen un efecto en la disminución de la sobrecarga y la tensión familiar. Los resultados de algunas investigaciones sobre las familias cuidadoras de pacientes con psicosis pueden agruparse en ocho categorías según Lobban (5): respuesta emocional de los familiares, habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, soporte social percibido, necesidades del familiar, necesidades de la sobrecarga, funcionamiento familiar, actitudes, creencias y conocimiento de la familia y calidad de las relaciones. Las intervenciones fueron clasificadas en su revisión en cinco grupos: a) educación pasiva, b) psicoeducación, c) psicoeducación y ayuda mutua, d) psicoeducación y entrenamiento en habilidades y psicoeducación, e) entrenamiento en habilidades y ayuda mutua. Si bien la mayoría de estudios encuentran resultados positivos para alguna de las medidas evaluadas, la pobre calidad metodológica de los estudios hace difícil sacar conclusiones fiables sobre la evidencia de eficacia. Apuntan

a la importancia de identificar cuáles de los cuidadores tienen riesgos para su salud, de evaluar exactamente los aspectos relevantes de su bienestar y de la experiencia de cuidado, revisando cuidadosamente qué instrumentos de medida serían los más adecuados. Así mismo, la revisión llevada a cabo por Fai y colaboradores (17) sobre intervención familiar en psicosis incipiente revela que las intervenciones familiares, comparadas con el tratamiento habitual, tienen efectos significativos sobre la sobrecarga familiar, incluso en seguimientos a 12 y 24 meses. Además se observó una mejora en la utilización de los servicios de atención formal, especialmente un año después de la intervención.

La revisión sistemática de Shepherd-Banigan (20) y colaboradores recoge las investigaciones sobre intervenciones con cuidadores familiares de personas afectas de daño cerebral adquirido (DCA). Incluyen en la revisión cualquier intervención dirigida al apoyo del paciente con ayuda de la familia o directamente dirigida a la familia (entrenamiento en habilidades, educación sanitaria, terapia familiar, información sobre el sistema de salud, recursos comunitarios, soporte social/emocional, soporte práctico en el día a día y asistencia económica). Si bien no obtienen efectos estadísticamente significativos mediante el meta-análisis en el estatus funcional del paciente, sus síntomas psicológicos o los del cuidador, sí observan que la dirección de los resultados favorece a las intervenciones, en lo relativo a calidad de vida del paciente y sus familiares, mejora de algunos síntomas de los propios pacientes y disminución de la sobrecarga del cuidador.

Las guías de práctica clínica se hacen eco también de la necesidad de abordar al familiar cuidador dentro del programa de intervención del paciente. Por ejemplo, en la guía de práctica clínica de intervenciones

psicosociales para el TMG (21), se considera como altamente recomendable ofrecer programas de intervención psicosocial que incluyan intervención familiar con componente psicoeducativo y técnicas de afrontamiento y entrenamiento en habilidades sociales, añadido al tratamiento estándar a las personas con TMG y diagnóstico de psicosis no afectivas. Se indica como recomendación favorable ofrecer intervención familiar como parte integrada del tratamiento y de forma intensiva (al menos 6 meses y/o 10 o más sesiones). Se recomienda en grado A la aplicación de programas de intervención familiar para la reducción de la carga familiar, mejoría del funcionamiento social del paciente y disminución del coste económico en la guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (22). Está especialmente recomendada para pacientes de larga evolución, en familias que conviven con los pacientes y que sufren recaídas o sintomatología persistente. Se recomiendan intervenciones de tipo psicoeducativo con estrategias de desarrollo de habilidades, basadas en el manejo de la emoción expresada, y de duración no inferior a los 6 meses. Siempre que sea posible, se recomienda también incluir al paciente en la intervención. En la misma línea, la guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas afectas de enfermedad de Alzheimer y otras demencias (23) indica como recomendación favorable la aplicación de programas que combinen el apoyo educativo, el apoyo emocional y la facilitación de recursos como atención a los cuidadores de personas con demencia para disminuir su carga en la tarea de cuidar, así como la ansiedad y la depresión.

Aunque todavía se requiere de más y mejor investigación para demostrar su evidencia, parece claro que la intervención con las familias cuidadores debe ser tomada en cuenta

en la planificación de la atención a pacientes con algún tipo de patología mental.

Origen y desarrollo de las intervenciones basadas en Mindfulness

El origen de Mindfulness se encuentra principalmente en la tradición budista, y toma de ella principios, ideas y métodos. Mindfulness es la traducción en inglés de la palabra “sati” (término del idioma “pali”) que viene a significar “atención plena” o “consciencia plena”. Se puede entender Mindfulness como la consciencia que surge de prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar (24). También se ha definido Mindfulness como un tipo particular de atención, focalizada en el momento presente, libre de juicio, con aceptación de la experiencia y con una actitud de apertura y curiosidad (25). Esta habilidad puede entenderse como un estado de la mente, o como un rasgo de la persona. Este rasgo o estado disposicional es entrenable con la práctica, y actualmente se habla de cinco factores que lo componen: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad.

Durante el siglo XX se inicia la relación de la psicología y la medicina con el Mindfulness en Occidente. En 1979 Jon Kabat-Zinn (26) funda el Center for Mindfulness en la Universitat de Massachussets, donde desarrolla uno de sus programas más conocidos: el MBRS (*Mindfulness-Based Stress Reduction Program*), en un inicio contextualizado como una intervención para dolor crónico. El programa se estructura en 8 sesiones de 2-2.5 horas y un retiro en silencio, en grupos de hasta 30 participantes. Las sesiones

constan de una parte psicoeducativa sobre cómo funciona la mente y el estrés y una parte vivencial en la que se experimenten los conceptos aprendidos mediante técnicas de meditación. Entre los ejercicios de meditación formal, adaptados de la tradición budista, se incluyen el escaneo corporal, la meditación sentado, comiendo o caminando, la comunicación consciente y ejercicios de yoga. Además se requiere de práctica diaria individual en casa, a menudo con la ayuda de audios facilitados por los instructores y la incorporación de lo aprendido en la vida cotidiana (práctica informal). Posteriormente se desarrolla otro de los programas con más evidencia científica: el MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) (27), con intención inicial de prevenir recaídas en el trastorno depresivo. El programa incluye más componentes centrados en el descentramiento, es decir, en la capacidad de desidentificarse de los propios pensamientos y emociones.

Durante los últimos 40 años los ámbitos de investigación centrados en este tipo de intervenciones se ha multiplicado de forma exponencial. Además de ensayarse en trastornos depresivos y de ansiedad, se ha utilizado en trastornos de personalidad, trastornos por uso de sustancias, psicosis y trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria, del desarrollo, de la esfera sexual y trastornos neurocognitivos como las demencias o el daño cerebral adquirido. Así mismo se ha utilizado para el afrontamiento de síntomas psicológicos en pacientes oncológicos, enfermedad coronaria, artritis reumatoide, dolor crónico y fibromialgia. Y en población no clínica, ha sido investigado en la reducción del estrés y el burnout de profesionales de la salud, profesores y cuerpos de seguridad. Empresas multinacionales han hecho uso de estas técnicas y su inclusión en programas educativos se hace cada día más presente.

El hecho de que pueda aplicarse Mindfulness en contextos clínicos tan diversos se debe a que trabaja sobre procesos transdiagnóstico. Tanto los protocolos más estandarizados de Mindfulness como su uso en aproximaciones terapéuticas que lo utilizan como ingrediente (terapia de aceptación y compromiso, terapia dialéctico-conductual) tienen efecto sobre procesos que son comunes en el funcionamiento psicológico de los individuos, tanto si son considerados sanos como si padecen de sufrimiento ligado a alguna enfermedad o trastorno. Es, por tanto, un tipo de intervención versátil que puede ser, pues, aplicable a cuidadores familiares de enfermos para paliar su malestar.

Es más, en el Reino Unido la aplicación de programas MBCT está recomendada en las guías clínicas basadas en la evidencia científica para personas con dos o más episodios de depresión mayor con riesgo de recaída (28). Las intervenciones basadas en Mindfulness (IBM) pueden ofrecerse como una posibilidad terapéutica accesible y de bajo coste, con el beneficio añadido de alejarse del estigma que todavía existe en las aproximaciones de tratamiento psiquiátrico.

Mindfulness y sus mecanismos de cambio en cuidadores

Existe todavía poca investigación de los efectos de Mindfulness sobre cuidadores. En general, la mayoría de estudios se han realizado con cuidadores de personas afectas de demencia y cáncer en adultos (en algún estudio se ha aplicado la adaptación de un programa para la participación conjunta de pacientes y familiares), y en progenitores de población infantil afecta de discapacidad intelectual y enfermedad mental. La mayoría

de publicaciones sobre la aplicación de alguna intervención basada en Mindfulness para cuidadores en trastorno mental grave están dirigidas a cuidadores profesionales y personal sanitario. No se ha encontrado ninguna publicación sobre Mindfulness en cuidadores de personas con daño cerebral.

La mayoría de estudios que han utilizado Mindfulness en cuidadores recogen medidas autorreportadas de bienestar, estrés, depresión, ansiedad, estado de ánimo, mindfulness, sobrecarga, autocompasión y calidad de vida. El estudio de Lengacher (29) y colaboradores analizó el cortisol salivar y la interleukina-6, y encontró una disminución tras la intervención, que se relacionó con los cambios en estrés percibido y estado de ánimo.

En la revisión realizada por Li y colaboradores se observan resultados significativos en la mayoría de estudios que utilizan intervenciones basadas en Mindfulness con cuidadores. En general, los resultados muestran mayor bienestar autorreportado, menos estrés, depresión y ansiedad, mejor estado anímico, mayor autoconsciencia, menor sobrecarga, mayor autocompasión y mejor calidad de vida (2). Esta revisión incluye estudios que aplican un programa MBSR a cuidadores de pacientes de condiciones diversas (demencia y deterioros funcionales, cáncer y otras condiciones crónicas, niños con discapacidad y pacientes trasplantados). La mayoría de los estudios obtuvieron mejora significativa en los síntomas psicológicos autorreportados por los participantes, y los datos cualitativos mostraron que los cuidadores habían aprendido habilidades que pretendían continuar utilizando tras recibir el programa. A pesar de que los cuidadores tienen dificultades para poder dedicar tiempo a su propia ayuda (por los costes, tiempo y distancia de los servicios), los abandonos

de este tipo de programa son escasos, hecho que hace que, aparentemente, este tipo de programa (estructurado y de corta duración) sea adecuado para este tipo de población.

Se ha planteado que existen varios componentes implicados en los beneficios de la práctica de Mindfulness (30), si bien los estudios específicos sobre la aplicación de estas estrategias sobre los cuidadores todavía no se han enfocado en desgranar cuál es la relación entre los mecanismos de cambio de Mindfulness y los resultados obtenidos sobre los cuidadores. Se postulan, a continuación, algunas posibles relaciones:

Por un lado, la práctica de Mindfulness se basa en un entrenamiento atencional. Además de los cambios observados en atención sostenida, selectiva y ejecutiva, parece que el desarrollo de las capacidades atencionales tiene implicaciones para la mejora del funcionamiento psicológico por la disminución de la divagación mental. Puesto que los recursos de procesamiento atencional son reducidos, el hecho de que la práctica de Mindfulness reduzca el procesamiento excesivamente elaborativo de los estímulos negativos permite al individuo seleccionar y ejecutar respuestas más óptimas a las contingencias ambientales. Además, se ha observado que sujetos con mayor capacidad en memoria de trabajo sufren menos pensamientos emocionales intrusivos, y tienen más éxito en suprimir emociones positivas y negativas; la memoria de trabajo, lejos de ser una capacidad inmutable del individuo, puede experimentar variaciones tras IBM (31). Al mejorar el control atencional de los cuidadores, éstos pueden reenfocar más fácilmente su atención al momento presente, disminuyendo las frecuentes ruminaciones sobre el pasado (origen de la sintomatología depresiva) y el futuro (origen de la sintomatología de ansiedad).

Por otro lado, los programas de Mindfulness implican una mayor capacidad de regulación emocional. Se ha observado que la práctica de Mindfulness produce cambios en el procesamiento automático de las emociones (menor apego a las emociones desagradables y mayor experimentación de emociones agradables, tanto por un aumento del afecto positivo en sí como por reelaboración positiva de acontecimientos estresantes). Dado que los familiares cuidadores se encuentran constantemente expuestos a situaciones estresantes, este cambio en el procesamiento emocional puede ser beneficioso, promoviendo un aumento en el afecto positivo y disminuyendo el malestar provocado por la mayor presencia de emociones desagradables de esta población (32).

La práctica fundamental de Mindfulness implica la observación de los procesos mentales propios con actitud de aceptación y curiosidad, desarrollando la capacidad de descentramiento, es decir, la capacidad de observar los propios estados de manera distanciada o metacognitiva (33). Esta capacidad implica que los pensamientos sean entendidos como eventos mentales y no como copias literales de la realidad. Esta visión no apegada del yo implica una disminución en la fijación de las ideas, así como menor presión interna para obtener, mantener o evitar las circunstancias o experiencias propias, que muchas veces están detrás de las estrategias de afrontamiento poco adaptativas utilizadas ante experiencias desagradables. Los cuidadores familiares de pacientes pueden verse anclados en el pasado (revisión constante tanto de la sintomatología que padeció anteriormente su familiar, de las actitudes y comportamientos previos tanto del paciente como de ellos mismos, juicio negativo de las situaciones previas etc...) y/o en anticipaciones sobre el futuro (sobre sí

la sintomatología volverá a suceder, visiones catastrofistas sobre el futuro, planificación sobre acciones o comportamientos con el fin de prevenir sucesos...). La vuelta al presente que se trabaja en Mindfulness puede ayudar a disminuir este tipo de pensamientos automáticos y mejorar su autorregulación emocional.

Una mejor regulación emocional tiene que ver también con el desarrollo de la flexibilidad. En el estudio de Jensen (34) se observa que un mayor nivel de flexibilidad psicológica está relacionado con un menor nivel de estrés en los cuidadores. Los autores apuntan que este hecho puede tener importantes implicaciones clínicas para la facilitación del proceso de aceptación a través de intervenciones psicológicas de "tercera generación".

Las prácticas de Mindfulness tienen incidencia sobre la reactividad emocional (tanto cognitiva como emocional), disminuyendo la necesidad de actuar inmediatamente a los desencadenantes vitales estresantes. A pesar de su controvertida evolución, el concepto de "alta emocionalidad expresada" (AEE) está en la base de la evolución de las intervenciones familiares en psicosis, y su disminución se muestra beneficiosa tanto para el progreso del tratamiento como sobre la sobrecarga subjetiva de los cuidadores (35). Podría pensarse que los programas de intervención basados en Mindfulness pueden tener un efecto también sobre la AEE.

El desarrollo de la capacidad de aceptación es otro de los factores que explican los efectos beneficiosos del Mindfulness según la evidencia. Parece que tiene efecto tanto en la disminución de sintomatología patológica como en el aumento del bienestar. La mayor conciencia corporal se ha asociado a menor propensión al juicio, mayor regulación emocional y mejor toma de decisiones. Incluso parece que está ligado con una mayor

apertura a los procesos internos, mejorando la clarificación de valores y generando, por tanto, un funcionamiento más integrado. Un estudio cualitativo reciente concluye que los cuidadores de salud mental aprenden en las intervenciones familiares tradicionales 5 habilidades/técnicas importantes: desarrollar insight y aceptación, reconocer los signos de recaída, mejorar las habilidades de comunicación, aprender a planificar y resolver problemas y ser más independientes (36). En las IBM se trabajan, de forma práctica, varios de estos ingredientes que han mostrado eficacia en otras intervenciones familiares.

Por último, otro de los aspectos que puede influir en una mejor regulación emocional tiene que ver con el desarrollo de la autocompasión, entendida como apertura al propio sufrimiento, experimentando sentimientos de afecto y amabilidad hacia uno mismo y aceptando las propias limitaciones y errores (37). Parece que la autocompasión actúa haciendo que la reactividad cognitiva no genere tantos efectos negativos sobre la persona. Una de las emociones experimentadas con más frecuencia por los cuidadores son los sentimientos de culpa. Se ha observado cuidadores con puntuaciones mayores en el Cuestionario de Culpa del Cuidador, presentan también mayores puntuaciones en depresión y ansiedad, y menor frecuencia y satisfacción con actividades de ocio y soporte social (38). El estudio de Gonyea (39) pone de manifiesto cómo la culpa, que tiene que ver con el juicio y autoevaluación que realizan los cuidadores sobre su propio desempeño, tiene una relación directa con la sensación de malestar y sobrecarga experimentada por los mismos. El desarrollo de autocompasión practicado con Mindfulness puede ayudar a disminuir el juicio (autoevaluación) y, secundariamente, disminuir la presencia de este sentimiento de culpa. Ade-

más, el aumento de la aceptación los estados emocionales puede ayudar a romper el ciclo de conductas evitativas que suelen desencadenar este tipo de sentimientos crónicos.

En el corazón de los programas basados en Mindfulness está el desarrollo de la compasión incluso si no se realizan prácticas específicas para ello. Parece que los cambios en autoconsciencia fruto de este tipo de intervenciones favorecen que el individuo entre en contacto con valores internos que pueden activar de forma natural la compasión hacia otros. También se postula que la compasión hacia otros sea una generalización de la autocompasión. Estos cambios tanto en compasión como autocompasión pueden mediar en la mejora de los vínculos interpersonales que, a su vez, son tan importantes en la salud mental de las personas.

Oportunidades para la implementación de intervenciones basadas en Mindfulness con cuidadores

Las IBM parecen una opción adecuada por su utilidad y viabilidad:

- El hecho de que existan protocolos altamente estructurados, de corta duración y en formato grupal las hacen coste-efectivas
- Son intervenciones alejadas del estigma asociado a otras intervenciones de corte más psiquiátrico
- Disponen de un componente psicoeducativo sobre el funcionamiento psicológico de las personas general y ampliamente aplicable
- La característica vivencial/experiencial de los programas facilita el desarrollo de habilidades prácticas

- El papel protagonista de los participantes en los programas, que son responsables y actores de la propia experiencia y no meros receptores pasivos de una intervención está totalmente alineado con la tendencia de atención centrada en la persona y el empoderamiento del paciente de los servicios de salud
- El creciente número de investigaciones con resultados favorables hace que cada vez reciba más atención por parte de los agentes planificadores de los servicios de salud
- Su orientación transdiagnóstico hace posible aplicar adaptaciones en las que participen familiares y pacientes conjuntamente
- La evidencia muestra múltiples beneficios en distintos tipos de población sobre la sintomatología depresiva y de ansiedad en particular, y un alivio del malestar y disminución del estrés en general, que puede ser beneficioso para la intervención sobre la sobrecarga que sufren los familiares

Posibles barreras y soluciones para su implementación

Las posibles barreras que pueden limitar la implementación de este tipo de intervenciones sobre cuidadores de personas enfermas pueden resumirse (sin ánimo de ser exhaustivos) en cuatro áreas:

1. Los propios cuidadores:

Pueden tener dificultades para el transporte, incompatibilidad de horarios etc. Precisamente los cuidadores son una población con alta demanda de responsabilidades y poco tiempo para ejecutarlas. Muchos considerarán que no tienen tiempo para asistir

al grupo o realizar la práctica diaria. Los estudios que utilizan este tipo de intervención tienen tasas de abandono bajas, aunque se ha detectado que las personas con dolor crónico y los varones tienen más probabilidades de abandonar la intervención (40). Algunas familias que llevan mucho tiempo al cuidado del paciente pueden tener pocas expectativas sobre la efectividad o beneficios de las intervenciones, por el hecho de llevar mucho tiempo al cuidado del enfermo (*burnout*), o por falta de información sobre la utilidad o potencia terapéutica de la intervención. Si bien en el momento actual la “moda” de Mindfulness puede desdibujar esta barrera, también puede contribuir a malentender sus principios y utilidad (por ejemplo, es frecuente confundir Mindfulness con relajación, hecho que implicará un desajuste de expectativas cuando se participe en el grupo).

Será importante atender a las posibles necesidades de los familiares, como impartir las sesiones en los horarios de terapia ofrecida a sus familiares, ofrecer flexibilidad en horarios y días, implicar a las familias en la planificación, divulgación e implementación de los programas y ofrecer sesiones de información previa.

2. La propia intervención:

Es importante conocer en detalle los posibles efectos adversos de este tipo de intervención, aunque aún pocas las referencias disponibles al respecto. En uno de los primeros estudios sobre el tema, Shapiro (20) observó que cerca del 50% de las personas que habían participado en un entrenamiento en meditación reportaban algunos efectos adversos, coexistiendo con efectos beneficiosos en la mayoría de los casos. Los más frecuentes fueron desorientación, adicción a la meditación, aburrimiento o dolor, conflic-

tos familiares, juicio a otras personas, alienación social o incomodidad con el mundo real. Posteriormente se ha documentado que la meditación puede favorecer las experiencias de despersonalización o precipitar episodios psicóticos en personas vulnerables (41), y debe ser utilizada también con cautela en personas trastorno límite, postraumático o trastorno de la conducta alimentaria (42). Además, es necesario todavía mostrar la eficacia de Mindfulness en comparación con otras intervenciones: cuando son comparadas con otro tipo de terapia validada, las IBM normalmente obtienen el mismo grado de eficacia. Es necesario obtener evidencia, y explorar los moderadores de la eficacia para conocer los perfiles que más se pueden beneficiar. Por ejemplo, parece ser que existe mayor beneficio en personas con altas puntuaciones en neuroticismo y responsabilidad (43). La investigación sobre este tipo de intervención no siempre es de calidad suficiente: estudios no controlados, no aleatorizados, con muestra pequeña, mayor presencia de género femenino, sin seguimientos a largo plazo, sin control de la adaptación de los programas y muchos de ellos sin retiro de silencio. Existen muy pocas investigaciones que utilicen biomarcadores como medida de resultado.

Una adecuada evaluación y selección previa de los potenciales participantes, así como una adecuada adaptación de los programas a sus necesidades redundará en mayores beneficios y efectividad de la intervención. Y un buen diseño de las investigaciones ayudará a aumentar el grado de evidencia de su eficacia.

3. Profesionales:

Si puede existir menosprecio de tratamientos recomendados por la evidencia por parte

de algunos profesionales (44), este hecho no será distinto para intervenciones más “novedosas” como lo pueden ser las intervenciones psicológicas de tercera generación. Algunos profesionales pueden ver a los programas de intervención psicosocial como como costosos en tiempo, dinero y recursos humanos, e infravalorar la eficacia a largo plazo de este tipo de programas, por lo que pueden ser vistos como un “lujo innecesario”.

Es necesario que las personas que implementen IBM dispongan de formación adecuada y suficiente. Además de la práctica personal, imprescindible para instruir este tipo de prácticas, es muy recomendable que los profesionales que apliquen IBM reciban supervisión por parte de otros profesionales con mayor nivel de experiencia. Como mínimo, la supervisión debería realizarse durante la fase de implantación, sobre aspectos como la selección de pacientes, resistencia de los profesionales o la solución de dificultades en el diseño de las sesiones, para facilitar la adaptación la intervención al propio recurso y corregir desviaciones de los principios y metodología general de estos programas. También puede ser beneficioso realizar sesiones informativas sobre Mindfulness para los profesionales que no estén implicados en su puesta en práctica, para que conozcan los objetivos y eficacia de la intervención y puedan colaborar en su exitosa implementación.

4. Organizaciones:

Del mismo modo que entre distintos profesionales, las organizaciones pueden tener estructuras rígidas de atención, poco proclives al cambio que puede suponer la implementación de nuevas intervenciones o perspectivas. Algunos aspectos mal entendidos de Mindfulness (por su origen en el budismo)

pueden chocar con la filosofía, cultura y valores de algunas instituciones. En algunos casos, la falta de recursos humanos, la poca disponibilidad para una formación adecuada de los instructores o la escasez de recursos materiales puede limitar la implementación de un programa.

La adaptación de la estructura de los programas a las características del centro o servicio puede facilitar su implementación. De nuevo la información facilitada a los miembros de las organizaciones puede facilitar su ajuste con la filosofía asistencial de los centros. Una estructura que facilite la formación de sus profesionales puede redundar en una mejor aplicación de los programas.

5. Gestores:

Del mismo modo que algunas limitaciones de las organizaciones, los gestores de salud pueden presentar resistencias al cambio, tener tendencia a sobrevalorar la cantidad sobre la calidad, sobrevalorar los costes económicos de la intervención o estar faltados de información sobre las evidencias mostradas por estas intervenciones.

Por último en muchas ocasiones son las iniciativas particulares de los propios profesionales de las organizaciones las que consiguen llevar a cabo la implementación de estrategias de nueva elaboración. Pero es imprescindible contar con el apoyo de la dirección/gerencia de los centros para asegurar la viabilidad de los proyectos. Para asegurar el éxito en la implementación de este tipo de intervenciones, es necesario no sólo un modelo de “abajo-arriba”, sino disponer también de un soporte de “arriba-abajo” que estructure la aplicación de los programas.

Conclusiones

En las distintas unidades que componen el Hospital Mare de Déu de la Mercè se atienden, entre otras, a personas que sufren de demencia, trastorno mental grave y daño cerebral adquirido. Las tres entidades tienen en común la presencia de sintomatología psiquiátrica, deterioro cognitivo y funcional, y la tendencia a la cronicidad de los síntomas. Estas condiciones tienen que ver con el alto nivel de sobrecarga que pueden experimentar los cuidadores informales de estos pacientes, por lo que aplicar intervenciones para atender este sufrimiento ha formado parte desde siempre de la identidad de la institución.

Las intervenciones familiares utilizadas tradicionalmente en la atención a este tipo de patologías se pueden agrupar en: grupos de ayuda mutua, intervenciones psicoeducativas e intervenciones cognitivo-conductuales. Uno de los ingredientes transversales es la adquisición de habilidades en el manejo emocional por parte de los propios cuidadores. Las intervenciones basadas en Mindfulness, que han mostrado su evidencia en la reducción del malestar en múltiples entidades clínicas, se están erigiendo en los últimos años como abordajes viables y útiles para otras condiciones no patológicas. Algunas investigaciones apuntan a los beneficios sobre sintomatología ansioso-depresiva, sobrecarga y en calidad de vida que puede generar su aplicación sobre cuidadores de personas afectas de demencias. Si bien existe menor investigación sobre cuidadores de personas con trastorno mental grave o daño cerebral, el carácter transdiagnóstico de estas intervenciones haría esperar un efecto igualmente positivo.

Los mecanismos psicológicos sobre los que actúa Mindfulness pueden ligarse con

las fuentes de sufrimiento de los cuidadores. La disminución de las rumiaciones sobre el pasado y anticipaciones de futuro tan presentes en los familiares de enfermos, así como el aumento de las experiencias agradables pueden tener un efecto claramente beneficioso sobre los cuidadores. Una menor reactividad a las situaciones desagradables puede implicar una mejor habilidad para resolver los estresores vitales a los que se enfrentan de forma continuada los cuidadores. Se podría pensar que una mejor autorregulación emocional pueda tener un efecto sobre la alta emocionalidad expresada en las familias, con el consiguiente beneficio tanto para el cuidador como para la persona receptora de cuidados. Y el desarrollo de la compasión (tanto hacia uno mismo como hacia los demás), podría tener un efecto sobre los frecuentes sentimientos de culpa que presentan los cuidadores.

Algunas de las características de los programas de intervención basados en Mindfulness (corta duración, protocolización, flexibilidad, transdiagnóstico, practicidad, centrados en la persona) los hace especialmente elegibles para ser aplicados con familias. Si bien su implementación puede encontrar todavía una serie de barreras, poner soluciones para sobrepasarlas puede ser una buena oportunidad para aplicar una nueva orientación con beneficios tanto para los cuidadores como para las personas enfermas que son atendidas en nuestro hospital.

Referencias bibliográficas

1. Martín-carrasco M, Isabel A, Panchón D, Mu P, Ballesteros-rodríguez EGJ. Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(6):276–84.
2. Li G, Yuan H, Zhang W. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. *Arch Psychiatr Nurs.* Elsevier Inc.; 2016;30(2):292–9.
3. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2014;311(10):1052–9.
4. Ashcroft K, Kim E, Elefant E, Benson C, Carter JA. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Ment Health J.* Springer US; 2018;54(7):983–91.
5. Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G, et al. A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clin Psychol Rev [Internet].* Elsevier Ltd; 2013;33(3):372–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.004>
6. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(2):169.
7. Fernández E. MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): Origen, Alcance y Eficacia. *Rev Psicoter.* 2016;27(103):71–88.
8. Segal, Z., Williams, M., & Teasdale J. *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión.* Editorial Kairós; 2015.
9. Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard MO. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs.* 2010;42(2):177–92.
10. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry.* 1992;149(July):936–43.
11. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits A meta-analysis. 2004;57:35–43.
12. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* American Psychological Association; 2003;84(4):822.
13. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev.* Elsevier B.V.; 2015;37:26–39.

14. Van Vliet D, De Vugt ME, Bakker C, Koopmans RTCM, Verhey FRJ. Impact of early onset dementia on caregivers: A review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(11):1091–100.
15. Crespo M, Rivas M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*. 2015;I:9–16.
16. Kishita N, Hammond L, Dietrich CM, Mioshi E. Which interventions work for dementia family carers?: an updated systematic review of randomized controlled trials of carer interventions. *Int Psychogeriatrics*. 2018;1–18.
17. Fai C, Wai M, Chien T, Thomas D. Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis : A systematic review and meta-analysis. 2017;(April):1–26.
18. Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L, Adams C. Recent Developments in Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. *J Marital Fam Ther*. 2012;38(1):101–21.
19. Pharoah F, Jj M, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12).
20. Shepherd-banigan ME, Shapiro A, Mcduffie JR, Brancu M, Sperber NR, Houtven CH Van, et al. Interventions That Support or Involve Caregivers or Families of Patients with Traumatic Injury : a Systematic Review. *J Gen Intern Med*. *Journal of General Internal Medicine*; 2018;1–10.
21. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanid y Política Soc Inst Aragon Ciencias la Salud-I+CS; 2009 Guías Práctica Clínica en el SNS I+CS No 2007/05.
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanid y Consum Agència d'Avaluació Tecnol i Recer Mèdiques; 2009 Guía Práctica Clínica AATRM No 2006/05-2. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2.;
23. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (versión resumida). Plan Calid para el Sist Nac Salud del Minist Sanidad, Política Soc e Igualdad Agència d'Informació, Avaluació i Qual en Salut Catalunya; 2010 Guías Práctica Clínica en el SNS AIAQS No 2009/07.
24. Simon V. Aprender a practicar Mindful-

- ness. In: Sello Edit. Barcelona; 2011. p. 21–3.
25. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract*. Wiley Online Library; 2004;11(3):230–41.
 26. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. Wiley Online Library; 2003;10(2):144–56.
 27. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;65(4):615.
 28. Health NCC for M. The NICE guideline on the treatment of depression. British Psychological Society; 2018.
 29. Lengacher, C. A., Kip, K. E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P. B., Groer, M., ... & Loftus L. A pilot study evaluating the effect of mindfulness-based stress reduction on psychological status, physical status, salivary cortisol, and interleukin-6 among advanced-stage cancer patients and their caregivers. *J Holist Nurs*. 2012;30(3):170–85.
 30. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*. 2016;27(3):115–24.
 31. Chiesa A, Calati R, Serretti A. Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clin Psychol Rev*. Elsevier Ltd; 2011;31(3):449–64.
 32. Applebaum AJ, Panjwani AA, Buda K, O'Toole MS, Hoyt MA, Garcia A, et al. Emotion regulation therapy for cancer caregivers—an open trial of a mechanism-targeted approach to addressing caregiver distress. *Transl Behav Med*. 2018;
 33. Ramos-álvarez MM, Jaén MMMU De. Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in *Psychology* : A guide for creating research papers. 2008;8(3):751–64.
 34. Jansen JE, Haahr UH, Lyse H, Pedersen MB, Trauelsen AM, Simonsen E. Psychological Flexibility as a Buffer against Caregiver Distress in Families with Psychosis. *Front Psychol*. 2017;8(October):1–7.
 35. Burbach FR. Towards a systemic understanding of family emotional atmosphere and outcome after psychosis. *Psychos Emot*. 2013;132–51.
 36. Nilsen, L., Frich, J. C., Friis, S., Norheim, I., & Røssberg JI. Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(2):152–9.
 37. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self identity*. 2003;2(2):85–101.

38. Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., & Romero-Moreno R. Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *Int Psychogeriatrics*. 2010;22(4).
39. Judith G. Gonyea RP& L de SZ. Adult daughters and aging mothers: The role of guilt in the experience of caregiver burden. *Aging Ment Health*. 2008;12(5):559–67.
40. Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop A. Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *J Behav Med*. 1988;11(4):333–52.
41. Kuijpers, H. J., Van der Heijden, F. M. M. A., Tuinier, S., & Verhoeven WMA. Meditation-induced psychosis. *Psychopathology*. 2007;40(6):461–4.
42. Didonna, F., & Gonzalez YR. Mindfulness and feelings of emptiness. In: *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer; 2009. p. 125–51.
43. de Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., ... & Bjørndal A. Does personality moderate the effects of mindfulness training for medical and psychology students? *Mindfulness (N Y)*. 2015;6(2):281–9.
44. Navarro Bayón D. Cómo Aplicar Intervenciones Basadas en la Evidencia en Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastorno Mental. *Clínica Contemp*. 2011;2(3):229–47.