

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

María Teresa Vázquez Resino¹

Resumen

Las intervenciones basadas en Mindfulness son cada vez más utilizadas en psicología clínica por los efectos significativos que producen, siendo el sector de la tercera edad los principales candidatos de estas intervenciones, que enmarcadas en un modelo de envejecimiento con éxito demandan una práctica de calidad. Este estudio tiene como objeto el efecto de un programa de Mindfulness adaptado al ámbito residencial, en una muestra de doce personas mayores, enfocado a mejorar el bienestar psicológico-emocional, percepción de dolor, calidad y satisfacción de vida, bajo un diseño cuasi-experimental pre-post test, dirigido a evaluar dichas características; combinando prácticas formales de atención plena, con aspectos psico-educativos necesarios en el desarrollo de las mismas.

Los resultados mostraron efectos positivos en más de la mitad de las áreas intervinientes en el programa, siendo de interés para estudios futuros, utilizar una muestra más amplia representativa de dicha población con grupo de control, para seguir ahondando en formas de estimular el uso continuo de Mindfulness en este colectivo.

Palabras clave: Mindfulness, envejecimiento saludable, bienestar, compasión.

Introducción

Mindfulness based interventions are increasingly used in clinical psychology because of the significant effects they produce, with the elderly being the main candidates for these interventions, which framed in a successful model of aging demand quality practice. The object of this study is the effect of a Mindfulness program adapted to the residential environment, in a sample of twelve elderly people, focused on improving psychological-emotional well-being, pain perception, quality and life satisfaction, under a quasi-experimental design pre-post test, aimed at evaluating these characteristics; combining formal practices of full attention, with psycho-educational

aspects necessary in the development of them.

The results showed positive effects in more than half of the areas involved in the program, being of interest for future studies, to use a larger sample representative of said population with control group, to continue delving into ways to stimulate the continuous use of Mindfulness in this collective.

KEY WORDS

Mindfulness, healthy aging, well-being, compassion.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2019

Recibido:
03/09/2019

Aceptado:
20/10/2019

(1) Psicóloga General Sanitaria – Experta en Psicogerontología, Mindfulness y Psicología Positiva

María Teresa Vazquez Resino

INTRODUCCIÓN

Uno de los efectos de la práctica de Mindfulness es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente, que trae consigo la serenidad y el cultivo de la misma que nos conduce a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal y como es.

Durante las últimas décadas, el Mindfulness ha sido introducido en numerosos programas de mejora de la salud y también en tratamientos psicológicos para hacer frente a diversos trastornos mentales (ansiedad, depresión, estrés, etc.). El movimiento terapéutico actual que surge de la influencia de los planteamientos budistas en psicoterapia tiene dos figuras de referencia pioneras, Jon Kabat-Zinn (1990) y Marsha Linehan (1993), el primero introdujo la atención plena en el contexto hospitalario, para el tratamiento del dolor crónico, así como otras condiciones psicosomáticas relacionadas con el estrés, tomando la meditación vipassana como punto de partida (Programa MBSR).

A continuación, se resumen las diferentes intervenciones clínicas, que incluyen Mindfulness, con gran evidencia científica en apoyo de la misma. (Ver Anexo)

Así mismo, en el libro “Mindfulness en la práctica clínica”, Miró y Simón (2012) desarrollan la intervención y aplicación de Mindfulness en los diferentes tratamientos clínicos, como son el tratamiento de ansiedad y estrés, depresión, TOC, trastornos de las conductas alimentarias, tratamiento del dolor y trauma, trastornos de la personalidad y actualmente se está comenzando a aplicar en determinadas psicosis, con resultados esperanzadores, por las investigadoras Palao y cols. (2019).

Por tanto, nos encontramos ante una nueva generación de terapias, no sólo desde un enfoque integrador, actual, sino también en el sentido de dar sentido a toda psicoterapia, ampliándose poco a poco en todas las áreas y por ello surgen programas de gran calidad, renovadores e innovadores, destacándose:

- El programa Mindful Self Compassión (MSC) (Germer y Neff, 2012) y Terapia centrada en la Compasión (Gilbert, 2015), donde se toman como claves: la empatía, como conexión interpersonal, la regulación emocional y la claridad del pensamiento que se siente. El equilibrio entre ellas produce una respuesta reflexiva que en muchos casos lleva a la consecución del bienestar personal y la felicidad.

- Las intervenciones basadas en Mindfulness y Compasión en dolor crónico. Palao y cols. (2018). Contextualizando el dolor como una experiencia, que invade la identidad de la persona, el sí mismo está invadido por una experiencia de primera persona, por una forma de autoconciencia, es a través de las conexiones con la corteza cerebral y el sistema límbico, como el mensaje doloroso se convierte en una experiencia emocional y consciente, construyéndose así el significado del mensaje doloroso. La hipótesis más aceptada es que cuando una persona con dolor crónico se entrena en Mindfulness, al no evitar y aceptar, cambia la evaluación cognitiva y emocional que hace sobre su dolor.

- Programa MBPM. Mindfulness-based Pain Management. Es un programa creado por Burch (2001), con el objeto de encontrar una manera efectiva, creativa y compasiva de gestionar el dolor, el estrés crónico y recuperar el bienestar, cultivando movimientos conscientes, meditaciones que promueven amabilidad, compasión, el amor, alegría empática, ecuanimidad y florecimiento humano.

- Programa MBMB: Mindfulness Based Mental Balance ó de desarrollo y crecimiento personal, desarrollado por Segovia (2012), tiene por objeto el desarrollo personal basado en la meditación que nos permite desarrollar equilibrio y bienestar psicológico en nuestra vida mediante la autorregulación de la atención, las emociones, las intenciones o motivaciones y la cognición o interpretaciones de lo que nos sucede. Este programa está organizado en tres niveles que se complementan.

Por otro lado, y cambiando la perspectiva teórica que nos ocupa, se debe resaltar que la esperanza de vida casi se ha duplicado en el siglo pasado como resultado de los avances en medicina, atención, saneamiento

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

e industrialización. Con el incremento de la edad, aumenta la probabilidad de experimentar factores estresantes como la muerte de un compañero o amigo, la disminución de la salud mental y física, la dependencia de los hijos, y una menor capacidad para participar en actividades agradables y satisfactorias (Baltes y Baltes, 1990; Lee y Markides, 1990; Manton, 1990; Singer, Verhaeghen, Ghisletta, Lindengerger, y Baltes, 2003).

Fernández (2009) establece que el envejecimiento exitoso puede ser considerado como el producto del proceso de adaptación que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo desarrollo físico, psicológico y social de la persona. La promoción del envejecimiento activo supone prevenir la enfermedad y la discapacidad y mejorar la calidad de vida en la vejez. Debido a que las personas mayores muestran una gran variabilidad de formas para enfrentarse a estos estresores, la investigación se ha centrado en investigar mediadores y moderadores potenciales que fomenten el vínculo entre los objetivos de las personas, circunstancias y su calidad de vida subjetiva (Cheng, 2004; George, 2006; Kunzmann, Little, y Smith, 2000). El papel de factores como el control percibido, el apoyo social y la autoestima, han sido objeto de estudio para entender dicha conexión.

En una línea similar Ryff (1995) detalla las dimensiones que se asocian al bienestar psicológico, entre las que destaca: autoaceptación de uno mismo con las limitaciones o defectos, las relaciones positivas con las personas que no rodean, el control sobre el ambiente para satisfacer necesidades y lograr metas, la autonomía, el propósito en la vida y el crecimiento personal, todas ellas pueden servir de referencia hacia una vida adulta satisfactoria. Del mismo modo, la autoestima se relaciona positivamente con la satisfacción con la vida entre los adultos mayores (Fagerstrom et al., 2007), y dado que el bienestar subjetivo (B.S) aumenta con la edad, las investigaciones sugieren que los mayores se involucran en estrategias que ayudan a preservar el bienestar a pesar de una menor autoestima, usando estrategias de control de emociones y de afrontamiento más efectivas que los jóvenes (Baltes y Baltes, 1990; Brandstaedter y Greve, 1994; Carstensen, Isaacowitz, y Charles, 1999). Además, Erikson (1968) sugirió que los adultos mayores se aceptan más a sí mismos y, por lo tanto, tienen menos necesidad de auto-engrandecerse. Bajo esta última premisa, la autocompasión se

vincularía como estrategia de Bienestar Subjetivo, en el sentido de estar más receptivo al sufrimiento experimentado y promoviéndose sentimientos de autocuidado y amabilidad hacia uno mismo y hacia los demás.

La necesidad de desarrollar este envejecimiento activo y saludable apoya intervenciones que permitan enfrentarse a las dificultades y experimentar estados emocionales placenteros y por ello el Mindfulness juega un papel relevante a la hora de ofrecer instrumentos de gestión para afrontar los problemas y cambios que forman parte de esta etapa vital, por ello las primeras aproximaciones del Mindfulness aplicados en personas mayores comienzan a aparecer en la década de los 2000, así Levy, Jennings y Langer (2001) realizaron un ensayo aleatorio controlado para examinar si una intervención consciente, basada en la observación de distinciones en imágenes con el fin de mejorar la atención de 80 participantes de entre 60 y 89 años. Los resultados obtenidos fueron que los mayores que fueron asignados aleatoriamente al grupo de entrenamiento de Mindfulness recordaban mejor las diferenciaciones que aquellos que pertenecían al grupo control.

Entre 2008 y 2009, un psicólogo de investigación independiente entrevistó a sesenta y seis pacientes, mayores de 65 años, de cuidados paliativos con cáncer avanzado. Después de la práctica de atención plena informaron que eran conscientes, estaban presentes y podían responder a sus luchas diarias, tanto físicas como emocionales. En general, la mayoría de los participantes, reportaron sentimientos intensos de bienestar y un mayor enfoque y apreciación del presente.

Por otra parte, investigando trastornos depresivos asociados a ansiedad en mayores, Smith, Graham y Senthinathan (2007) realizaron un estudio no controlado aplicando un programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) en 30 participantes de entre 65 y 88 años que habían experimentado al menos tres episodios diagnosticados de depresión mayor y ansiedad, los resultados obtenidos mostraron que el programa MBCT fue efectivo, observándose un descenso en las puntuaciones de depresión y testimonios que indicaban la adquisición de recursos que impedían la rumiación y la identificación con los

María Teresa Vazquez Resino

propios pensamientos que les ayudarían a sobrellevar eficazmente la experiencia depresiva.

Otro estudio en Tailandia en que las personas mayores participaron en un programa de meditación caminando tenían significativamente mejor resultados que los adultos mayores que participaron en un programa solo para caminar. La meditación fue efectiva para reducir la depresión y mejorar aptitud funcional y reactividad vascular (Prakhinkit et al. 2014; ver también Krause 2009, Clark et al. 2012, y Toneatto et al. 2007).

Otro factor importante, que afecta al bienestar y envejecimiento sano de las personas mayores es el de la soledad, un estudio de la UCLA publicado en la revista Brain: “Comportamiento e Inmunidad”, Creswell et al. (2012) llevaron a cabo un estudio no controlado con 40 personas de entre 55 y 85 años, los resultados obtenidos mostraron una disminución de los sentimientos de soledad y una reducción de los genes pro-inflamatorios que podría guardar una relación con esa disminución. No obstante, no se hizo una comparación de dicha reducción sobre la biología inflamatoria o los resultados de enfermedad cardiovascular para determinar si había diferencias significativas.

En relación, a estudios realizados con residentes, se destaca el de Moss et al. (2015) los cuales realizaron una investigación controlada aleatoria en una comunidad de 39 residentes de entre 63 y 94 años. El objetivo era determinar si el programa MBSR adaptado, en comparación con un grupo control de lista de espera, reduciría los síntomas de angustia psicológica, así como mejoraría las cualidades centrales de la atención plena y la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados obtenidos mostraron una mejora significativa del grupo de intervención en observación consciente, flexibilidad psicológica, aceptación, humanidad común, vitalidad, limitaciones de rol debido a problemas emocionales y de salud física, funcionamiento psicológico general y bienestar.

Helmes y Ward (2017) realizaron una investigación, controlada aleatoria, con una muestra de 52 residentes con una media de 83 años de edad, en la que buscaban determinar si los individuos mostrarían reducciones significativas en las puntuaciones de los síntomas

de ansiedad durante los tres períodos de tiempo de medida (después de la primera sesión, después de la octava sesión y un mes después de la intervención). Los resultados mostraron que el grupo de intervención mostró mejoras en todas las medidas respecto al grupo control en las que no fueron significativas. Además, los síntomas de ansiedad se redujeron significativamente en el grupo de tratamiento después de la intervención y al mes de seguimiento.

Es en este marco teórico donde surge el presente estudio, en el que se aborda la necesidad de desarrollar un programa que integre todas esas variables dentro del entorno residencial; por ello el objetivo general es examinar el efecto que un programa de intervención basado en la atención plena tiene en diferentes características psicológicas de un grupo de personas mayores dentro del entorno residencial, incidiendo en variables como la atención, bienestar psicológico, sensaciones de dolor y ansiedad, dando coherencia y significado vital a sus vivencias dentro de ese contexto.

MÉTODO

Participantes

Las personas que han tomado parte en este estudio son residentes de la Residencia San Juan de Dios de El Álamo de Madrid. La muestra al inicio constaba de 14 personas: 10 mujeres y 4 varones, con edades comprendidas entre 65 y 92 años. Todos ellos con estudios primarios y medios. Durante el proceso, dos de las personas (mujeres) abandonan el estudio, por causas ajenas al mismo y por tanto la muestra queda constituida por 12 personas, con una edad media de 80,92 años (dt: 8,96; rango 65-92) cuyos datos descriptivos se exponen en la siguiente Tabla. (Ver Anexo)

El grupo es seleccionado en base a los siguientes criterios de exclusión:

- No tener las facultades cognitivas de atención y memoria preservadas o levemente deterioradas.
- Personas con déficits en la audición, que les impida seguir las meditaciones de una forma coherente (portal de los sentidos abierto a las sensaciones exteriores).
- Sufrir problemas en abusos de sustancias, trastornos psicopatológicos diagnosticados de carácter grave o cualquier otro trastorno que les impida la facilitación

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

de la conciencia en el momento presente

En relación a sus facultades físicas, cinco de ellos necesitan silla de ruedas y andadores como instrumentos de apoyo, lo cual demanda un tiempo de organización previa a las sesiones bastante amplia con el fin de adecuar los espacios a una mayor comodidad del grupo y ha hecho necesario adaptar los ejercicios de Hatha Yoga previstos (meditación caminando) a estiramientos sedentes. Dos de ellos usan audífonos y una persona necesita del aparato de oxígeno (enchufado a la red eléctrica) durante la sesión para ayudarlo en sus problemas respiratorios. Una persona sufrió de poliomielitis en su infancia, y está afectada en las dos piernas, necesitando el uso de silla de ruedas en el desarrollo de su actividad diaria.

En cuanto a las sensaciones de dolor, en general remiten angustia y ansiedad asociada a dolores músculo-esqueléticos, en su mayoría artrosis, pinzamientos y reuma, y aunque no les impida desarrollar una vida plena, si les genera gran malestar en su vida diaria, tal como se muestra en el estudio previo del dolor.

Instrumentos de Evaluación

Los instrumentos utilizados en el estudio y evaluación de los datos se han empleado de manera hetero-aplicada, con el objeto de atender posibles miedos y dudas emergentes de los participantes; se pasan a relacionar a continuación, justificando su adaptación y fiabilidad.

.- El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger y cols., 1982); adaptado al español por Fernández, M.A., Ávila, M., López, .A., Zea, M.A., y Frades, B. (2015). Este instrumento permite la evaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad / Estado) y como rasgo latente (Ansiedad / Rasgo). Esta prueba evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (Ansiedad / Rasgo) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro alternativas de respuesta, que puntúan de 1 a 4, tal como se muestra en los ítems de ejemplo:

-Escala Ansiedad-Estado:

Me siento calmado 1-Nada,
2-Algo, 3-Bastante, 4-Mucho

Tengo confianza en mi mismo 1-Nada,
2-Algo, 3-Bastante, 4-Mucho

Esta escala ha obtenido una confiabilidad de .73; medida con Alpha de Cronbach, siendo una escala validada en personas mayores (Fernández et al., 2013, p.356)

-Escala Ansiedad-Rasgo:

Me canso rápidamente 1-Casi nunca,
2-A veces, 3-A menudo, 4-Casi siempre

Me falta confianza en mi mismo 1-Casi nunca,
2-A veces, 3-A menudo, 4-Casi siempre

Esta escala ha obtenido una confiabilidad de .86; medida con Alpha de Cronbach, siendo una escala validada en personas mayores (Fernández et al., 2013)

.- La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989); adaptado por Díaz y cols. (2006). Este instrumento expone criterios privados de un buen funcionamiento psicológico, midiendo seis dimensiones del bienestar psicológico, que la autora estableció en base a las necesidades satisfechas, motivos y atributos que caracterizan a una persona plena en salud mental:

- La auto-aceptación o actitud positiva hacia el yo.
- Propósito en la vida y sensación de tener un sentido en la vida.
- La autonomía, que implica sostener la individualidad y autodeterminación en diferentes contextos sociales, manteniendo su independencia y autoridad personal.
- Control o dominio del entorno, asociado al locus de control interno.

María Teresa Vazquez Resino

- Relaciones positivas con otros, relaciones cálidas, de empatía y de intimidad.
- El desarrollo o crecimiento personal, asociado a la idea de evolución y aprendizaje positivo de la persona.

La adaptación española (Díaz y cols., 2006), consta de 29 ítems en una escala Likert de 1 a 6 (totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo), según ejemplo, siendo la fiabilidad de las subescalas superior a .70. (Díaz y cols., 2006, p.575)

En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.

A menudo me siento sólo, porque tengo pocos amigos íntimos, con quienes compartir mis preocupaciones.

.- Cuestionario de Dolor Español (CDE) (Ruiz y cols., 1990; Ruiz y cols., 1991): autoinformes orientados a población general con dolor agudo o crónico. El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada descriptor que forman una de las tres clases: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa, que a su vez están compuestas por varias subclases con diferentes descriptores de los cuales se debe seleccionar uno.

Ejemplo:

Clase: Valor de intensidad actual

Subclase: Intensidad

☐ Sin dolor ☐ Leve ☐ Molesto ☐ Intenso
☐ Fuerte ☐ Insoportable

Se determina unas propiedades psicométricas de fiabilidad, obteniendo una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de .918. (Ruiz y cols., 1990, p.304)

.- Escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985); la adaptación al castellano (Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000) incluye cinco ítems que se contestan en escala de respuesta de 7 puntos, que van desde muy en desacuerdo (1 punto) hasta muy acuerdo (7 puntos),

como se muestra en el ejemplo: (Ver Anexo)

La fiabilidad de este instrumento es de .82, medida con Alfa de Crombach.

.- Cuestionario FMI-14, siglas del “Freiburg Mindfulness Inventory” (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, y Schmidt, 2006), validada y adaptada al español por Pérez-Verdusco, G., y Laca-Arocena, F.A. (2017). Esta escala otorga peso a aspectos como la aceptación o el estado de alerta, y dentro de su multidimensionalidad a procesos psicológicos como el bienestar, la atención o la censo-percepción. El FMI-14, está diseñado para personas que no están familiarizados con la meditación, siendo un instrumento confiable, dado que presenta buena consistente interna según lo evaluado mediante el coeficiente alfa de Cronbach (.80). Está compuesto por 14 ítems con un anclaje de respuesta de 1 a 4 puntos, ejemplo:

Estoy abierto a experimentar el momento presente.....1 2 3 4

Donde 1: Raramente 2: Ocasionalmente 3: Con frecuencia 4: Casi siempre

Procedimiento

El diseño que se aplicó en este estudio es de carácter cuasi-experimental, cuyo objetivo es el estudio de los procesos de cambio tras la administración de un programa de intervención; se utilizó por tanto metodología cuantitativa, siendo un estudio pre-post de tipo longitudinal, ya que se realizaron dos mediciones una previa a la intervención y otra posterior al mismo grupo, siendo longitudinal por tratarse de dos mediciones en dos momentos diferentes (antes y después de la aplicación del programa), asimismo, el fundamento inferencial de este diseño pre-posttest es que al implicar a los mismos sujetos tiene un carácter intrasujeto.

La variable independiente es la aplicación de un programa adaptado de manera personal y transversal de Mindfulness en personas mayores, el cual se expone en la tabla Nº 3, de carácter integral basado en los siguientes programas validados.

- Programa MBSR, Mindfulness basado en la reducción de la ansiedad y el estrés (Kabat-Zinn, 1982)
- Programa MBCT. Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva (Segal, Williams y Teasdale, 2002)

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

- Programa MBPM. Mindfulness-based Pain Management ó Mindfulness para el bienestar y la salud (Burch, 2001)

- Programa MSC: Mindful-Self Compassión ó programa de entrenamiento en Autocompasión de Germer y Neff (2012) y adaptado al español por Palao y cols. (2018).

- Programa MBMB: Mindfulness Based Mental Balance ó de desarrollo y crecimiento personal (Segovia, 2017)

El procedimiento se inicia con una primera entrevista personal donde se procede a la recogida de datos (pre-test) y donde se les comunica el desarrollo y cronograma del programa, destacando su confidencialidad, aspectos éticos, voluntariedad y ningún tipo de obligación personal ni moral en el mismo; se les comunica así mismo que no existe ningún tipo de riesgo, con la consiguiente firma del consentimiento informado.

A la semana siguiente se procede al inicio del programa, el cual consistió en ocho sesiones de intervención semanal, de hora y media de duración cada una, explicitando que los ejercicios de meditación no excederán de 30 minutos en ningún caso.

Todas las sesiones comienzan con un saludo de bienvenida afectuosa, pasando a repasar las prácticas realizadas durante la semana (excepto la primera), seguidamente se realiza una introducción sobre los objetivos a desarrollar, estableciéndose un espacio de psicoeducación sobre el tema a tratar en la misma de unos veinte minutos de duración aproximadamente, a continuación se alternan vídeos y proyecciones con prácticas formales de meditación, donde se les va preguntando sobre sus sensaciones, percepciones y haciéndoles conscientes de los beneficios de cada una de ellas, con el objeto de anclarlas a sus experiencias vitales, finalizando con las recomendaciones de prácticas a desarrollar durante la semana siguiente. Se atienden sus dudas y posibles bloqueos y obstáculos que vayan encontrándose en las diferentes prácticas.

En la décima semana se vuelven a aplicar los cuestionarios, como medida post, tras el programa aplicado.

Los temas que se tratan y sirvieron de base al programa de intervención, constaron de 8 sesiones, bajo los epígrafes y objetivos que se destacan a continuación:

- 1.- ¿Qué es Mindfulness? “ Se explican los objetivos y metodología del programa.
- 2.- Entrenar el músculo de la atención: el objetivo es el entrenamiento de la atención plena.
- 3.- Cultivando una relación amable con nuestros pensamientos: No juzgar.
- 4.- Responder en vez de reaccionar. El objetivo es la gestión emocional del estrés.
- 5.- Manejar emociones y sentimientos difíciles. El objetivo es tomar conciencia de momentos difíciles y gestionarlos con inteligencia emocional, resiliencia y amabilidad.
- 6.- Tú no eres tu dolor: desarrollar emociones positivas ante las sensaciones de dolor.
- 7.- Aprender a ser compasivo y autocompasivo. Nos querernos, abrazamos y respetamos.
- 8.- Practicando la bondad amorosa. Reflexión sobre todo lo aprendido.

Se resaltan como características de este programa que es dinámico y experiencial, al llevarse a cabo en el cuerpo, es psicoeducativo de carácter grupal y estructural, al sostenerse en una estructura bien planificada y adaptada al grupo, diseñando cada sesión con gran cuidado, siendo su transversalidad otra característica al integrarse en base a las observaciones y manifestaciones realizadas por el grupo.

Las distintas variables dependientes evaluadas fueron la ansiedad estado/rasgo, las seis subescalas que integran el concepto de bienestar psicológico, el valor de intensidad del dolor, la satisfacción con la vida y la atención y conciencia plena como variables cuantitativas discretas.

(Ver Anexo Tabla 3)

María Teresa Vazquez Resino

Análisis de Datos. Resultados.

Se estableció para su análisis un modelo lineal general polivariado, debido al número de la muestra (<30) y a su ausencia de distribución normal, se realizaron pruebas no paramétricas, utilizando para ello la prueba W de Wilcoxon (1945).

Tabla 4. Estadísticos descriptivos prueba Wilcoxon (N=12). (Ver Anexo)

*Estadísticamente significativo en $p \leq 0.05$.

M= Media; DT= Desviación típica

Aunque, los estadísticos descriptivos presentados en la tabla 4, son suficientemente representativos, a continuación y como complemento a la misma, se exponen la tabla relativa a los rangos de las pruebas, obtenidos a través de las diferencias de respuesta (pre-post) en cada una de las variables estudiadas.

Tabla 5. Estadísticos Rangos de Prueba Wilcoxon para muestras relacionadas (N=12). (Ver Anexo)

Es significativo observar como aumentan el rasgo de respuestas positivas en las variables relativas a bienestar subjetivo, satisfacción vital y como disminuyen contrariamente (aumentan las respuestas negativas) en las variables relativas a las medidas de ansiedad, manteniéndose un equilibrio de respuestas (empates, que no se tienen en cuenta para los cálculos) dentro de la variable dolor.

DISCUSIÓN

Tras la revisión teórica realizada en la introducción del presente estudio, se ha comprobado que el desarrollo de programas enfocados a tomar conciencia de los diversos cambios tanto físicos, cognitivos, emocionales y/o sociales que acompañan el envejecimiento y

destinados a desarrollar una actitud de aceptación (no reacción) así como de fomentar emociones positivas, autonomía, autocontrol, etc., generan en la persona mayor un sentido de bienestar y satisfacción con la vida al dotarle de mayores recursos mentales y psicológicos ante situaciones difíciles y adaptación a los cambios y estresores que se van produciendo. Teniendo en cuenta estas premisas, en el presente estudio se han analizado variables relacionadas con los niveles de ansiedad, bienestar subjetivo, intensidad de dolor, atención y conciencia plena, así como de satisfacción con la vida, antes y después de la aplicación de un programa de Mindfulness, donde durante ocho semanas se ha venido profundizando con los conceptos relacionados con dichas variables, describamos a continuación lo que nos aportan los datos obtenidos.

Con las limitaciones de generalización que conlleva cualquier estudio de naturaleza cuasiexperimental realizado en un contexto aplicado, los resultados obtenidos, por un lado, aportan solidez a la evidencia científica existente, y por otra, contribuye al análisis de recursos psicológicos que acompañan a programas centrados en la persona mayor en centros residenciales, contribuyendo así a hacerles más eficaces.

Los resultados constatan una reducción significativa en ansiedad, en consonancia con otros modelos como el desarrollado y mencionado de Helmes y Ward (2017), el programa administrado facilitaba recursos ante el estrés, creencias, pensamientos y distorsiones cognitivas, fuertemente arraigadas, por ello a la persona mediante la meditación se le ha hecho consciente de esos momentos y sus sensaciones corporales de paz y ecuanimidad en el cuerpo, lo cual se hace patente en los resultados obtenidos; además es importante constatar la variable de exposición, intrínseca en este tipo de terapia y que propicia la observación sostenida, sin juzgar y por ello se ha demostrado como ayuda a reducir la reactividad emocional, Kabat-Zinn (1990, 2003) y por tanto las relaciones asociadas a la ansiedad. Resaltar que en dos personas del grupo la ansiedad diferencial con el resto del grupo, se ha hecho patente de manera observable.

Por otro lado, la intención y objetivo fundamental de este estudio era verificar el bienestar subjetivo y el aumento de la satisfacción vital, habiéndose demostrado con los datos obtenidos el aumento significativo en todas las



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

áreas de evaluación, tras la aplicación del programa. Pasemos a analizar estos datos con mayor atención.

Con el programa de Mindfulness se han tratado condiciones de bienestar, así como de la felicidad eudemónica, es decir estado de placer vinculado a la salud mental y más perdurable en el tiempo. Como se ha visto al inicio, son muchos los programas que tratan de incidir en este terreno, el programa aquí desarrollado ha tratado de vincular claves como la regulación emocional, empatía, valores y conciencia plena con ese bienestar personal y significado vital que muchos de ellos denominan felicidad.

Un bienestar psicológico equilibrado y un buen funcionamiento mental conlleva unas necesidades satisfechas, estas personas mostraban un déficit de relaciones de vinculación: soledad, apego, de pertenencia e intimidad e incluso algunas personas nos comunicaban la sensación de aislamiento, indicaban estar en el centro residencial como una especie de “castigo” y en algunos casos en contra de sus deseos, generando muchas de ellas emociones negativas de frustración, rabia o resignación. Se ha trabajado la auto-aceptación o actitud positiva hacia el yo, con el desarrollo del concepto de compasión y autocompasión en todas las sesiones, la importancia de haber tenido y tener un objetivo en la vida y hacerlo consciente, creando sensaciones positivas en cada una de ellas. La autonomía se ha trabajado con los valores del respeto, la coherencia y aprender a escuchar, creando en muchos de ellos confianza y seguridad.

El concepto del dominio del entorno se ha vinculado con prácticas meditativas donde se ha introducido la importancia de la autoeficacia en momentos difíciles, y haciéndoles conscientes de como en esas historias de vida “complicadas”, les ha servido de aprendizajes para el futuro, adoptando y creando responsabilidad para inmediatos momentos difíciles. Las relaciones positivas, han sido también analizadas en las sesiones bajo el prisma del perdón y la gratitud, generando prácticas de gran emotividad. El crecimiento positivo se ha plasmado en la conciencia de emociones positivas en procesos de cambio. Los resultados en estos aspectos, no ofrecen ninguna duda, la personas mayores nos han ofrecido una lección de vida en cada sesión, con su confianza, su atención desinteresada y sobre todo con esa paciencia y gratitud que les hace

paradójicamente tan vulnerables y fuertes a la vez.

En los programas de Diener y Lucas (1999) o de Ryff (1995), se constatan la relevancia de los afectos positivos, la coherencia vital, y la importancia de relaciones positivas o de pertenencia tanto familiares como sociales, por ello la importancia de seguir trabajando en esa línea y en estos contextos psicosociales en concreto.

En relación con la satisfacción vital se han trabajado conceptos relacionados con la resiliencia, propósitos en la vida, la importancia de tener metas significativas, y los resultados han sido altamente gratificantes y sorprendentes, porque todos ellos no solo han manifestado una gran satisfacción vital, sino el deseo también de volver a involucrarse y repetir estos talleres, no obstante todos ellos nos han indicado que dando un repaso atrás en su vida, volverían a cambiar alguna “cosa”, pero que también les ha servido de aprendizaje para el futuro, no arrepintiéndose de nada, sin juzgar: eso es Mindfulness.

Otro de los objetivos era establecer una disminución de la percepción en la intensidad del dolor al concluir el programa, este objetivo no se ha visto cumplido. Este aspecto puede deberse a que sólo una sesión fue dedicada a este concepto (sesión 6), y aunque la compasión y autocompasión (conceptos centrales del programa), iban muy unidos al concepto de “abrazar el dolor”, la conexión interpersonal, la regulación emocional y la claridad del pensamiento, el equilibrio entre ellas no ha producido la respuesta reflexiva deseada, y por tanto no se han gestionado adecuadamente los recursos dirigidos al afrontamiento de dichas situaciones personales. Aunque el programa ha extraído aspectos subjetivos del modelo actual MBPM, (Burch, 2001), es obvio que no se ha manejado adecuadamente el cambio en la evaluación cognitiva y emocional ante el dolor y la enfermedad que se realiza sobre sí mismo, debiéndose incidir en los aspectos valorativos y emocionales de aceptación y no evitación, y por tanto en dar mayor apertura el espectro de los movimientos conscientes corporales y las sensaciones y emociones positivas que producen en su realización.

Por último el aspecto relativo a la atención y conciencia plena desarrollados en el programa, se ve verificado

María Teresa Vazquez Resino

parcialmente, ya que no se confirma el aumento de las variables de atención al exterior y apertura a la experiencia, lo que reduciría el aspecto de autonomía personal del mayor, sin embargo si aumenta la autoregulación y percepción interior, lo cual nos indica un mayor autocontrol personal “insight”. Realmente estos datos son coherentes, si los comparamos a los obtenidos en autonomía, crecimiento personal y autoeficacia, como aspectos implicados en el bienestar subjetivo. A la persona mayor se le ha dotado, con el desarrollo de la atención plena, de mayor conciencia emocional y valor al presente que vive y aunque las pretensiones eran ambiciosas, tampoco se ven mermadas con estos resultados, ya que el Mindfulness es multidimensional (Soler, 2014), y no existe una única dimensión de atención y aunque estos datos apoyen en parte la denominada “mente de mono”, la distracción, y por ende la red neural por defecto, que hace difícil al mayor volverle a su realidad, los resultados evidencian una gran aceptación y autopercepción, incluso se iría más allá, ya que en algunos casos se ha realizado una verdadera introspección de sí mismos, con la práctica de la meditación.

Puede concluirse que los resultados hallados tras la aplicación del programa, han sido efectivos en la mayoría de las variables estudiadas, siendo el análisis del dolor el menos beneficiado, evidenciando que dicho aspecto del programa debe ser revisado en el mismo, sin embargo se destacan los buenos resultados obtenidos en relación al nivel de ansiedad, bienestar y satisfacción vital.

ASPECTOS A MEJORAR. LÍNEAS FUTURAS.

Aunque los datos aportados se presentan prometedores, se hacen necesarios estudios más amplios, que puedan examinar los datos a largo plazo, ya que estos efectos destacables, deben perdurar con la práctica de Mindfulness en el tiempo, si tenemos en cuenta que estas personas, con edades avanzadas, son vulnerables a los olvidos e inestabilidad cognitiva, se necesitaría una red de apoyo para estimular su uso continuo en el ámbito residencial y poder evaluar sus efectos en meses posteriores, como se estableció en la presentación del estudio (tres meses más tarde).

Por otro lado, se deben ampliar en dichos programas

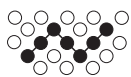
el tiempo dedicado a la aceptación y gestión del dolor, debiendo ampliarse las semanas del programa o desarrollando sesiones de más larga duración, con meditaciones más continuas y progresivas en el tiempo e incluso se recomienda modificar el test de evaluación en atención plena a personas mayores por su dificultad de comprensión en algunos de los conceptos indicados.

Otra idea destacable, que mejoraría el presente estudio, es sin duda la utilización de un grupo control para determinar si los efectos obtenidos se deben al programa, o a otras variables, como el sentirse escuchado, expectativas y habilidades del terapeuta, etc., no se puede obviar que además de establecer una práctica de atención y conciencia, se ha desarrollado una “terapia grupal”, donde la escucha, contagio de emociones y afectos se han hecho evidentes.

Además, se debería ampliar el tamaño de la muestra, para poder determinar si los cambios en relación a las medias podrían ser significativas si se aumentara el número de personas evaluadas, por tanto se deben tomar las conclusiones del estudio, con cierta precaución.

Por último, el estudio se ha focalizado en un grupo con variables biográficas y socio-demográficas concretas, se debería replicar en otros centros residenciales de otras zonas y comparar los datos contextuales, en base a esas diferencias.

Al margen de las limitaciones mencionadas, este programa no sólo ha mostrado consideraciones psicológicas importantes, igual que otros estudios basados en psicología positiva (Seligman, 2006 citado en Cuadra-Peralta y cols, 2012, p.646) o fortalecimiento de bienestar subjetivo, Alvarado, y cols. (2017), sino que además se incide en aspectos relativos a la prevención primaria y promoción del bienestar en las personas mayores que pueden marcar el inicio de líneas futuras en esta área. Teniendo en cuenta que los programas focalizados en un envejecimiento digno son muy escasos, en España son pocos los estudios que existen en esta población y la práctica de Mindfulness y en concreto los basados en centros residenciales; por ello se debería incidir en la importancia de la atención, la escucha y el acompañamiento, como punto de partida de un envejecimiento exitoso, activo y saludable en



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

personas mayores y que sienten las bases para futuros programas, centrados en este colectivo.

CONCLUSIONES

Por la relevancia e importancia de los resultados, se puede concluir que el estudio presentado ayuda a constatar varios aspectos significativos; concretamente a nivel teórico se obtienen dos beneficios importantes: por un lado es el de seguir disfrutando y dotar de significado a la vida presente de nuestros mayores, por lo cual se considera que el estereotipo de asemejar personas mayores con personas tristes o infelices es erróneo, ya que se ha demostrado una gran capacidad de disfrute y niveles adecuados de bienestar subjetivo, además de hacer presente las experiencias pasadas como afrontamiento y aprendizaje para acontecimientos futuros.

Por otro lado, y relacionado al beneficio mencionado anteriormente, se ha dotado de recursos personales con los cuales enfrentarse de manera más óptima a estresores o acontecimientos habituales de manera que consigan adaptarse mejor e incluso mantener un nivel aceptable de bienestar y satisfacción (Baltes y Baltes, 1990; Knight, 1986 citado en Montoro y Fernández, 1997).

A nivel práctico, se evidencia:

- Una reducción de los costos de salud, al mejorar la longevidad y tomar conciencia del significado y valor vital.
- El fomento de un envejecimiento activo, al implicar una mejora en los procesos cognitivos (red neural de la atención mindful) y por ende un mayor control, seguridad y autonomía personal.

Se constata la importancia de conceptos como la autopercepción personal, crecimiento, relaciones personales y por ende significado vital en el envejecimiento exitoso practicando atención plena y de esta manera y suscribiendo a D'Ors (2012) podemos concluir: "Viviré desde la ética de la atención y el cuidado y llegaré así a una feliz ancianidad, donde contemplaré humilde y orgulloso, el pequeño y gran huerto que he cultivado". p.108.

Agradecimientos

Al personal de la Residencia San Juan de Dios de Madrid, sobre todo a su directora, psicólogas, terapeuta ocupacional y auxiliares que hicieron posible el desarrollo del estudio y sobre todo a las personas mayores por su entusiasta colaboración y participación en el programa.

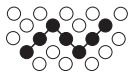
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J., y Puyol, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. [Mensaje en blog <https://envejecimientoenred.es>]. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
2. Alonso, M., y Germer, C.K. (2016). Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion: ¿Hacia las terapias de cuarta generación?. Revista de Psicoterapia. 27(103), 169-185.
3. Alvarado, X., Toffoletto, M.C., Oyanedel, J.C., Vargas, S., y Reynolds, K. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. Artículo original. 26(2). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/es_0104-0707-tce-26-02-e5460015.pdf
4. Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J., y Vallejo, G. (s/f). Métodos de Investigación en Psicología. Madrid: Editorial Síntesis.
5. Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida. Psicothema. 12 (2), 314-319.
6. Ballesteros, R., y Zamarrón, M.D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. Clínica y Salud. 10(3), 245-286
7. Ballesteros, S. (2007). Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Madrid: UNED.
8. Ballesteros, S. (2016). Factores Protectores del envejecimiento cognitivo. Madrid: UNED.
9. Barraca, J. (2011). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y Mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. Análisis y Modificación de Conducta, 37(155-156), 43-63.
10. Batts, A., Goldwasser, E.R., y Leary, M. (2012). Self-Compassion and Well-being among Older Adults. National Institutes of Health Public Access. 11(4): 428-453. doi:10.1080/15298868.2011.595082.
11. Burch, V. (2013). Tú no eres tu dolor. Barcelona: Editorial Kairós.
12. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2018). Experto en Mindfulness para la intervención clínica y social. Material no Publicado.
13. Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., y Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. Psicología: Reflexão e Crítica. 25 (4), 644-652. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/188/18825219003/>
14. Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle C., van Dierendonck D. (2006).



María Teresa Vazquez Resino

- Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff.18(3), 572-577. Recuperado de www.psicothema.com/pdf/3255.pdf
15. Diener, E. (1994). El Bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3, 67-113.
 16. D'Ors, P. (2012). *Biografía del Silencio*. Madrid: Ediciones Siruela.
 17. Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecer bien: Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Pirámide.
 18. Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
 19. Fernández, M.A., Ávila, M., López, A., Zea, M.A., y Frades, B. (2015). Propiedades psicométricas de una nueva versión abreviada del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para valorar el nivel de ansiedad en personas mayores. *Neurología: Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología*, 30(6), 352-358.
 20. Flecha, A.C. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Revista Interuniversitaria*, 25, 319-341. doi: 10.7179/PSRI_2015_25.14.
 21. Germer, G., Siegel, R., y Fulton, P. (2013). *Mindfulness y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée Self-Compassion in Clinical Practice
 22. Germer, C.K., y Neff, K. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 1-12.
 23. Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 24. Hanh, T.N. (2001). *Estás aquí. La magia del momento presente*. Barcelona: Editorial Kairós.
 25. Hanh, T.N. (2007). *Felicidad Prácticas esenciales de plena consciencia*. Barcelona: Editorial Kairós.
 26. Hanh, T.N. (2007). *El milagro de Mindfulness*. Barcelona: Ediciones Oniro.
 27. Hayes, S.C. (2004). *Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies*. Nueva York: Guilford Press.
 28. Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 29. Henepola, B. (2002). *El libro de Mindfulness*. Barcelona: Editorial Kairós.
 30. Herrero, V., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M.V., y Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*, 25(4), 228-236. doi: 10.20986/resed.2018.3632/2017.
 31. Juan, I. (s.f). Mindfulness y Autocompasión: El arte de cuidarse a uno mismo. [Mensaje en blog Intimind.es]. Recuperado de: <https://intimind.es/Mindfulness-y-autocompasion-el-arte-de-cuidarse-a-uno-mismo/>
 32. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Delta. Edición en Castellano: *Vivir con plenitud las crisis*. (2003). Barcelona: Editorial Kairós.
 33. Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Editorial Kairós.
 34. Kabat-Zinn, J. (2011). *El poder curativo de la meditación*. Barcelona: Editorial Kairós.
 35. Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Editorial Kairós.
 36. Kaliman, P. (2017). *La ciencia de la meditación. De la mente a los genes*. Barcelona: Editorial Kairós.
 37. Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., y Mcgarvey, M. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 16(17), 1893-1897. doi:10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19.
 38. Linehan, M. (1993). *Manual de Tratamiento de los trastornos límite de Personalidad*. Barcelona: Paidós.
 39. Miró, T. (2006). La Atención Plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2389792>
 40. Miró, T., y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 41. Montoro, I., y Fernández, M.I. (1997). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más?. *Intervención Psicosocial*, 6(1).
 42. Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo*. Barcelona: Ediciones Oniro.
 43. Ortuño, R. (2017). Los sistemas de regulación emocional según Paul Gilbert. Emociones positivas. Recuperado de: <https://emocionespositivas.com/2017/08/30/los-sistemas-de-regulacion-emocional-segun-paul-gilbert/>
 44. Páez, D. (2008). *Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental*. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
 45. Palao, A., Torrijos, M., Del Río, M., Muñoz-San José, A y Rodríguez, B. (2019). Intervenciones Basadas en Mindfulness y Compasión en Dolor Crónico. *Riecs*, 4(S1). Recuperado de: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/130/167>
 46. Palomas, M.T. (2015). *Mindfulness para mayores*. Barcelona: Editorial Kairós.
 47. Parra, M., Montañés, J., Montañés, M., y Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27. Recuperado de: <file:///C:/Users/mvazquezr/Downloads/Dialnet-ConociendoMindfulness-4202742.pdf>
 48. Pérez, M.A., y Botella L. (2006). Mindfulness y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(2), 77-120.
 49. Pérez-Verduzco, G., y Laca-Arocena, F. (2017). Traducción y validación de la versión abreviada del Freiburg Mindfulness Inventory (FMI-14). *Revista Evaluar*, 17(1). Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/17076>
 50. Programs for Mindful Living. (2015). *Mindfulness and the Elderly. An Overview for the Elderly and Their Caregivers*. Recuperado de: https://www.programsformindfulliving.org/uploads/7/1/8/0/71807795/Mindfulness_and_the_elderly.pdf
 51. Quintana, D.J., y Miró, T. (2015). Estimulación basada en Mindfulness para personas mayores con enfermedad de alzheimer u otras demencias. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 2017-215
 52. Ramos, N., y Milena, S. (2008). Inteligencia emocional y Mindfulness; hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista de Facultad Trabajo Social*, 24(24), 135 - 146. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/251>
 53. Respira Vida Breathworks (s.f). Programa Mindfulness para la Salud MBPM. Recuperado de: https://www.respiravida.net/?gclid=CjwKCAjwqfDIBRBDEiwAigXUaHrI9UY1RxGRmluyydkMfYjKqAHL-Hvn99qShW9LnqOH_YvNAdIWBocGasQAvD_BwE
 54. Rodríguez, B., y Fernández, A. (2012). *Terapia Narrativa basada en Atención Plena para la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 55. Rodríguez, N. (2017). Mindfulness: Instrumentos de Evaluación. Una revisión bibliográfica. *Psocial*, 3(2), 46-65.
 56. Ruiz, R., Pagerols, M., y Ferrer I. (1990). The spanish



Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

- pain questionnaire. *Pain*, 41(1), 304. doi:10.1016/0304-3959(90)92723-4
57. Ruiz, R., Pagerols M., y Ferrer I. (1991). El cuestionario del dolor en español. *Med Clin (Barc)*, 96(196).
58. Santiago, L. (2017). Programación de atención plena en mayores. (TFM). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén. Jaén.
59. Santed, M.A., Segovia, S., y Alonso, M. (2018). *Mindfulness: Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Editorial Paraninfo, S.A.
60. Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva basada en el Mindfulness para la depresión*. Barcelona: Editorial Kairós.
61. Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J., y Kabat-Zinn, J. (2010). *Vencer la depresión*. Barcelona: Editorial Paidós.
62. Segovia, S. (2017). *Mindfulness: un camino de desarrollo personal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
63. Shapiro, S., Astin, J., y Bishop, S. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial", *International Journal of Stress Management*. 12(2), 164-76.
64. Siegel, R. (2010). *La solución Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
65. Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*. La Rioja, 17(66-67), 5-30. Recuperado de https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/11/Mindfulness_y_neurobiologia.pdf
66. Simón, V. (2010). Mindfulness y Psicología: Presente y Futuro. *Información Psicológica*, (100), 162-170. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/109/93>
67. Simón, V. (2011). *Aprende a practicar Mindfulness. Y abrir el corazón a la sabiduría y la compasión*. Madrid: Artes Gráficas Cofás, SA.
68. Sociedad Española de geriatría y gerontología. (2014). *Manual para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia*. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/PromocionAutonomia.pdf>
69. Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: Tea Ediciones.
70. Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Journal of Cognition and Emotion*. 2, 247-274. doi:10.1080/02699938808410927
71. Tomás, J.M., Meléndez, J.C., Oliver, A., y Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: Un estudio en población de personas mayores. *Psicológica*, 31, 383-400.
72. Vázquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 79(1), 42-51. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.
73. Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*. 27(2), 92-99.
74. Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*. 30(2), 23-29.
75. Wilcoxon, F. (1945) "Individual Comparisons by Ranking Methods". *Biometrics* 1, 80-

María Teresa Vazquez Resino

Tabla 1. Intervenciones clínicas que incluyen Mindfulness en sus tratamientos.

	Tratamientos	Intervenciones	Autores
MBSR	Mindfulness basado en reducción del estrés.	Estrés, dolor crónico	Kabat-Zinn, J (1990)
MBCT	Mindfulness basado en terapia cognitiva.	Recaídas depresión (TDM), prevención ideación suicida.	Segal, Teasdale, y Williams (1991)
DBT	Terapia dialéctico conductual.	Trastorno Límite Personalidad (TLP)	Linehan, M (1993)
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso	Estrés, Ansiedad.	Hayes, Strosahl y Wilson (2014)

Tabla 2. Descriptivos de la muestra (N=12)

	Descriptivos	n	%
Sexo	Hombres	4	33,3%
	Mujeres	8	66,7%
Nivel educativo	Estudios Primarios	8	66,7%
	Estudios Medios	4	33,3%
Estado civil	Soltero	3	25,0%
	Casado	2	16,7%
	Vuido	7	58,3%

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

Tabla 3.- Descripción Programa de intervención.

Sesión	Objetivo de la sesión	Psicoeducación	Prácticas a desarrollar	Tareas semanales
1	Crear un ambiente de confianza y tranquilidad Tratamiento de confidencialidad Presentación del Programa ¿Qué esperamos del Programa?	.- Cómo funciona nuestra mente? .- Mente de mono .- Juicios y diálogo interno .- ¿Qué es Mindfulness?	.- Práctica de alimentación consciente .- Práctica de atención a la respiración	.- Práctica informal: Atención a la respiración (audio grabado) .- Comer con atención
2	Entrenar el músculo de la atención Desarrollo de las sensaciones corporales Restablecer la unidad cuerpo/mente	.- Mente de Principiante .- Centrarse en el momento presente sin juzgar .- Prestar atención al propio cuerpo .- Vídeo: Claridad Mental	.- Espacio de respiración .- Focalización en la respiración .- Estiramientos sedentes	.- Inventario de acontecimientos agradables: Buscar fotos emotivas
3	Responder en vez de reaccionar No resistencia	.- ¿Qué es el estrés? .- El piloto automático .- Escala de pensamiento negativo .- Vídeo del estrés por Disney	.- Espacio de respiración .- Focalización en la respiración	.- Stop pensamientos desagradables .- Ir a misa con atención plena
4	Ser amables con nuestros pensamientos Desidentificar estados de ánimo negativos	.- Yo no soy mis pensamientos .- Dejar ir, dejar pasar .- Vídeo del samurai y la mosca	.- Espacio de respiración .- Meditación de los pensamientos (Tara Branch)	.- Atención plena al aseoarse
5	Manejar emociones y sentimientos difíciles	.- Suavizar-calmar-permitir .- La resiliencia y Víctor Frankl .- Vídeo el hombre en busca de sentido (reseña animada) .- Vídeos entrevistas a Irene Villa	.- Espacio de respiración .- Body-scan compasivo .- Práctica ante la ansiedad: suavizar-calmar-permitir	.- Pasear con atención plena
6	Tú no eres tu dolor	.- Pensamientos catastróficos .- Los 5 pasos del dolor .- La espiral del dolor .- Vídeo el hombre que susurraba a los caballos	.- Espacio de respiración .- Práctica de compasión	.- Ver el corto: "El valor de las pequeñas cosas"
7	Aprender a ser compasivo y autocompasivo Desarrollar empatía	.- Neuronas espejo .- RAIN y compasión .- Vídeo el abrazo de Wounda	.- Audio respiración: la sonrisa interior	.- Escucha activa
8	Repasar todo lo trabajado Animar a continuar las prácticas Finalizar desarrollando gratitud y bondad	.- El bienestar subjetivo .- El crecimiento personal .- La esencia de la autoeficacia	.- Audio de bondad amorosa .- Poema de Ángel González .- Canción de Diana Navarro: "Me amo y me acepto completamente"	.- Momento de reflexión: una palabra que sintetice el taller .- Merienda consciente

María Teresa Vazquez Resino

Tabla 4. Estadísticos descriptivos prueba Wilcoxon ($N=12$).

Prueba	Variables Dependientes	Pre M (DT)	Post M (DT)	Z	p (sig*)
STAI	Ansiedad-Rasgo	32,08 (7,92)	29,25 (6,02)	-2,28	,011*
	Ansiedad-Estado	30,75 (9,16)	25,75 (4,24)	-2,53	,023*
RYFF	Bienestar (autoaceptación)	17,00 (6,31)	20,58 (4,48)	2,56	,011*
	Bienestar (relaciones positivas)	18,00 (1,90)	20,83 (3,88)	2,82	,005*
	Bienestar (autonomía)	20,42 (6,05)	24,25 (4,75)	2,20	,028*
	Bienestar (dominio entorno)	22,33 (2,74)	24,75 (3,05)	2,61	,009*
	Bienestar (cto. Personal)	16,67 (3,96)	23,50 (3,31)	3,07	,002*
	Bienestar (Propósito de vida)	21,58 (5,16)	23,33 (4,40)	2,38	,017*
FMI-14	Atención	13,17 (1,85)	13,17 (1,85)	0,00	1,00
	Aceptación	19,17 (2,29)	19,17 (2,29)	0,00	1,00
	Autocontrol	9,42 (1,38)	10,17 (1,40)	2,71	,007*
	Autopercepción	2,50 (0,90)	2,83 (0,83)	2,00	,046*
CDE	Intensidad sensorial	5,42 (2,06)	4,83 (1,19)	-1,59	,112
	Intensidad afectiva	3,75 (1,96)	3,92 (1,44)	0,71	,480
	Intensidad evaluativa	0,83 (0,39)	0,92 (0,29)	1,00	,317
	Intensidad actual	2,67 (1,07)	2,58 (1,16)	-0,45	,655
	Escala visual analógica	4,17 (1,64)	4,00 (1,28)	-0,71	,480
DIENER	Satisfacción vital	24,83 (6,78)	28,83 (6,20)	-2,81	,005*

*Estadísticamente significativo en $p \leq 0.05$.

M = Media; DT = Desviación típica

Aplicación de un programa de Mindfulness en personas mayores en centros residenciales

Tabla 5. Estadísticos Rangos de Prueba Wilcoxon para muestras relacionadas ($N=12$).

Prueba	Variables Dependientes	Rangos negativos	Rangos positivos	Empates	Rango Promedio	Suma de Rangos
STAI	Ansiedad-Rasgo	8,00	0,00	4,00	4,50	36,00
	Ansiedad-Estado	11,00	1,00	0,00	16,18	78,00
RYFF	Bienestar (autoaceptación)	1,00	9,00	2,00	8,33	55,00
	Bienestar (relaciones positivas)	1,00	11,00	0,00	10,37	78,00
	Bienestar (autonomía)	2,00	8,00	2,00	9,13	55,00
	Bienestar (dominio entorno)	1,00	9,00	2,00	7,89	55,00
	Bienestar (cto. Personal)	0,00	12,00	0,00	6,50	78,00
	Bienestar (Propósito de vida)	1,00	10,00	1,00	12,40	67,00
FMI-14	Atención	0,00	0,00	12,00	0,00	0,00
	Aceptación	0,00	0,00	12,00	0,00	0,00
	Autocontrol	0,00	8,00	4,00	4,50	36,00
	Autopercepción	0,00	4,00	8,00	2,50	10,00
CDE	Intensidad sensorial	7,00	1,00	4,00	11,14	36,00
	Intensidad afectiva	2,00	3,00	7,00	5,83	15,00
	Intensidad evaluativa	0,00	1,00	11,00	1,00	1,00
	Intensidad actual	3,00	2,00	7,00	9,67	36,00
	Escala visual analógica	3,00	2,00	7,00	5,83	15,00
DIENER	Satisfacción vital	2,00	6,00	4,00	9,50	36,00

DESCUENTO
DEL 5% A

SOCIOS DE:
AEPG, AEEN
AEC y SEEGG

7ª Convocatoria

Manejo de comportamientos difíciles en la enfermedad de Alzheimer

Modalidad A Distancia

Recomendado para:

* Estudiantes y Licenciados de:

- Psicología
- Terapia Ocupacional
- Enfermería
- Medicina
- Trabajo social
- Logopedia
- Sociosanitaria

* Gerocultores / as

* Personal SAD

* Cuidadores / Familiares de
Enfermos de Alzheimer

Matriculación

65 € / 40 horas

Material: Manual de trabajo,
Prueba de conocimientos y
Tarjeta de tutorización

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN



654 59 95 19



info@neurama.es

Fechas / Periodos de Inscripción

Edición	Inicio	Finalización
4ª Convocatoria	01/03/2019	01/06/2019
5ª Convocatoria	01/06/2019	01/09/2019
6ª Convocatoria	01/09/2019	01/12/2019
7ª Convocatoria	01/12/2019	01/03/2020

* Se entregará certificado de capacitación

Organiza



neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Recomendado por



Asociación Española
de Psicogerontología



Asociación Española de
Enfermería en Neurociencias

Avalado por



Avalado por



ASOCIACIÓN DE
ENFERMERÍA COMUNITARIA

Recomendado por



geriatricarea