

``TREBALL DE FINAL DE MÀSTER/TRABAJO DE FINAL DE MÁSTER

PROGRAMA DE MINDFULNESS PARA ADULTOS MAYORES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Nuria Menéndez Álvarez

Autor: Nuria Menéndez Álvarez

Tutor: Daniel Pinzano

Fecha de lectura:



RESUMEN

A través del presente trabajo se describe un programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) para adultos mayores usuarios de un centro de día privado del Principado de Asturias con síntomas depresivos y que cursan con deterioro cognitivo leve o sin deterioro cognitivo. El programa tendrá una duración de 8 semanas en las que se pretende que los participantes reduzcan sus síntomas depresivos y mantengan sus capacidades funcionales.

PALABRAS CLAVE

Mindfulness, Terapia Cognitiva basada en la atención plena, depresión, adultos mayores.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	10
OBJETIVOS	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y POBLACIÓN DIANA	11
METODOLOGÍA	12
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	19
TEMPORALIZACIÓN	19
EVALUACIÓN	20
ANÁLISIS DE RESULTADOS	21
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos, suele cursar como enfermedad crónica o recurrente teniendo consecuencias devastadoras en el adulto mayor (Aguilar, Ávila-Funes, 2006). Según la encuesta Nacional de Salud y Bienestar realizada en España en el año 2017, un 19% de la población española mayor de 18 años presenta problemas de salud mental. Resulta significativa la prevalencia de la enfermedad en mayores de 65 años, estando presente en un 18% de los españoles encuestados.

Si se analiza individualmente la prevalencia de los diferentes diagnósticos de salud mental, el diagnóstico de depresión resulta alarmante. En nuestro país un total de 2.408.700 personas sufrieron depresión en el año 2015 lo que corresponde a un 5,2% de la población total, siendo el cuarto país según la lista de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La depresión es la primera causa de consulta psiquiátrica para los mayores de 60 años, afectando a un 7% de la población anciana en general y representa un 5,7% de los años vividos con discapacidad de las personas a partir de 60 años de edad. La prevalencia de la depresión en el adulto mayor varía en función del entorno en el que éstos se encuentren. De esta manera, las personas que aún siguen viviendo en comunidad presentan depresión en un 10% mientras que la prevalencia de la enfermedad en las personas que viven en una residencia de ancianos se sitúa entre el 14% y el 70%.

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. Si analizamos esta definición con el proceso de envejecimiento, podemos ver una cierta aproximación ya que, el envejecimiento engloba un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que desencadenan en una pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas (Salado, 2013). Esta pérdida de capacidades genera limitaciones para participar en las actividades, lo que puede llevar al anciano a experimentar sentimientos de apatía, frustración, aislamiento y tristeza que, si no son tratados de la forma adecuada pueden desencadenar en una depresión.

La adaptación a la situación de vejez depende tanto de los factores intrínsecos citados (cambios morfológicos, funcionales y pérdida de capacidades físicas) como de factores extrínsecos.

Si se analizan los factores extrínsecos, se observa que en el entorno social del anciano se producen cambios importantes que afectan a las relaciones conyugales, relaciones padre-hijo y a las relaciones sociales en general. Las dificultades de adaptación a estos cambios, provocan abatimiento psicológico y pueden originar una enfermedad depresiva. Además, la cercanía con la muerte también tiene importantes connotaciones psicológicas (Calvo, 1989). Otro factor importante, es que la sensación de inseguridad aumenta en la vejez de manera exponencial, alimentada por factores tan diversos como la jubilación, la pérdida de capacidades, el cambio de roles (de ser quien proporciona cuidados a recibirlos) o el estado de fragilidad entre otros.

A la hora de hablar de depresión en el adulto mayor debe tenerse en cuenta el estado de fragilidad anteriormente mencionado. El estado de fragilidad, con una prevalencia del 12% en adultos mayores de 65 años, se define como un síndrome clínico- biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos y la desregulación de múltiples sistemas (Ramos, Llibre, 2004). Los ancianos frágiles tienen un 80% más probabilidades para el desarrollo de síntomas depresivos. La presencia de síntomas depresivos puede considerarse como un factor de riesgo para padecer el síndrome de fragilidad pero, al mismo tiempo, estos síntomas también pueden representar la manifestación precoz de fragilidad, causando depresión como consecuencia del síndrome (Sousa, Dos Santos, 2014).

La depresión es una de las patologías que mayor impacto negativo genera sobre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad funcional. En el caso del adulto mayor, la depresión se asocia a pérdida de peso (siendo también una característica propia del síndrome de fragilidad), cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala autopercepción de la salud.

Debe tenerse en cuenta, que la actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT disminuye con el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión.

La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. La depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión.

Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Además, estudios realizados en los años noventa en Londres y Leganés demostraron la relación entre el deterioro cognitivo y los síntomas depresivos, siendo la depresión un factor pronóstico de deterioro cognitivo.

Todos estos datos, así como su alta prevalencia han llevado a considerar la depresión como un importante problema de salud pública. A pesar de la existencia de criterios diagnósticos claros y un consenso sobre su manejo, el diagnóstico de depresión en adultos mayores no es fácil, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste.

Hay evidencias de que la depresión no tratada tiene graves complicaciones que empeoran el pronóstico y duplican el riesgo de fallecimiento. La prevención y detección primaria de estos casos resulta insuficiente, por lo que se propone una actuación fuera del ámbito clínico. En este caso, se propone un programa de mindfulness para adultos mayores con deterioro cognitivo leve y síntomas depresivos, usuarios de un centro de día privado para personas mayores situado en el Principado de Asturias.

¿Por qué un programa de Mindfulness? El Mindfulness es un estilo de afrontamiento que impulsa las fortalezas de cada persona y ayuda en la adaptación al mundo en el que vivimos. A través de la práctica de ésta técnica y más concretamente de la aplicación de la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) las personas son capaces de mejorar su autoconocimiento, reduciendo el estrés y previniendo las recaídas en la depresión.

2. JUSTIFICACIÓN

En España la prevalencia al año de depresión se encuentra en un rango entre el 9,6% y el 20,20%. Como se ha visto anteriormente, la depresión posee una alta comorbilidad cursando con otros problemas tanto físicos como psicológicos, lo que genera un gran gasto económico y sanitario. Se estima que en nuestro país el gasto anual por depresión es de 5.005 millones de euros, lo que representa un coste medio por paciente deprimido de 3.042,45 euros al año, un coste bastante alto, pues casi duplica el gasto medio sanitario por habitante en España (unos 1.713,5 euros) (Cano, Martín, Mae, Dongil, Latorre, 2012).

Para atajar esta situación es necesario realizar una prevención primaria que incida sobre nuestros hábitos y nuestra cultura (Urbina, Flores, García, Torres, Torrubias, 2006). Por ello, a través del presente trabajo se propone un programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness con el objetivo de reducir los síntomas depresivos en los participantes.

Estudios han demostrado que pacientes tratados con terapia cognitiva, a largo plazo, presentaron menos recaídas que aquellos que únicamente siguieron tratamiento farmacológico (Teasdale, 2000; MA 2004; Kuyken et al, 2015). De estos datos surge la importancia de desarrollar una terapia de mantenimiento, la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness). Esta terapia nace de las características específicas de la depresión y se plantea como propuesta para tratar el problema de la recurrencia en este trastorno (Korman, Garay, 2012).

Se escoge la técnica del mindfulness, ya que es una técnica que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicios de valor (Liétor, Fortis, Moraleda, 2013). El mindfulness es un procedimiento terapéutico que busca que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal, sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos (Vallejo, 2006).

La técnica del mindfulness está formada por dos componentes principales. El componente básico, como ya se ha adelantado, consiste en mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente. El segundo componente es la actitud con la que se aborda el ejercicio del primer componente, es decir, cómo se viven esas

experiencias del momento presente. Siegel (2007) define cuatro actitudes correctas: Curiosidad, apertura, aceptación y amor.

A través de la práctica del Mindfulness, se presta una atención especial y detallada a la información entrante a través de los diferentes receptores sensoriales, favoreciendo la llegada de más riqueza informativa a las instancias prefrontales cerebrales. (Simón, 2007)

Además, el Mindfulness contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional y favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de aproximación frente a las de evitación. (Segal, Williams, Teasdal, 2002; Simón, 2002)

Existen diferentes programas de práctica de Mindfulness, en el caso que nos ocupa se ha elegido la terapia cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT) ya que combina la meditación con la adquisición de habilidades prácticas que conllevan a la detección de patrones de pensamiento que conducen a estados depresivos. Estudios realizados por Williams et al. en el año 2000 mostraron que el entrenamiento en MBCT era eficaz para reducir la tendencia a la sobregeneralización de los recuerdos en pacientes con depresión. Este hecho, resulta especialmente relevante dado que la sobregeneralización se considera uno de los rasgos más sobresalientes del pensamiento depresivo rumiador. Por otro lado, Teasdale et al. (2002) observaron que las personas participantes en el programa de MBCT mostraban un incremento de la capacidad metacognitiva con respecto a los sentimientos y emociones negativos, siendo más capaces de “desintificarse” de los pensamientos a medida que ocurrían.

La MBCT es uno de los tratamientos de elección recomendados por el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE Guidelines) del Reino Unido para la prevención de recaídas en personas con diagnóstico de depresión. La terapia cognitiva se aprovecha de los beneficios del Mindfulness y lo aplica en situaciones cotidianas que pueden ser generadoras de estrés y ansiedad. De esta manera, a través de la práctica de la MBCT mejoramos la autoregulación, ayuda a centrarse en el aquí y el ahora, mejora la concentración, disminuye la rumiación de pensamiento y aumenta la autocompasión y afecto hacia uno mismo. (Liétor, Fortis, Moraleda, 2013)

A través del programa que se expone en el presente trabajo, se utilizará el Mindfulness para aliviar el sufrimiento asociado a trastornos físicos, psicosomáticos y

psiquiátricos. Desarrollando, a través de la MBCT, una mayor conciencia de la experiencia momento a momento de los procesos mentales perceptibles. Los cambios asociados a la edad, derivan en una pérdida de funcionalidad que generan cambios en la vida cotidiana de las personas, a través del programa los participantes trabajarán su capacidad de aceptación y afrontamiento. Además, dado que el programa va dirigido a personas mayores, se adaptaran las diferentes sesiones a las capacidades preservadas de los participantes.

El modelo de MBCT es el que cuenta con mayor evidencia científica en cuanto a su efectividad (Miró et al., 2009). Este modelo se muestra eficaz a la hora de prevenir las recaídas en depresión, aunque también cuenta con cierta evidencia favorable en el entrenamiento de síntomas afectivos residuales. Si bien es cierto que estos estudios no se han llevado a cabo en pacientes con un primer episodio de depresión mayor, por tanto, no se conoce las repercusiones que pueda tener en esta población (Miró, 2007).

Además, dentro de los diferentes programas de MBCT llevados a cabo, los estudios abalan que existe una moderada asociación entre los pacientes que realizan ejercicios del programa en sus casas y los que no, obteniendo un mayor entrenamiento mental y mejores beneficios en los que sí lo llevaron a cabo (Tang, Holzel, Posner, 2015). Aspecto que se ha tenido en cuenta a la hora de programar el presente trabajo, ya que se pretende generar cambios en la vida cotidiana de los participantes. Los estudios llevados a cabo hasta el momento no clarifican el grado en el que los participantes completan los ejercicios en casa (Parsons, Crane, Parsons, Overby, Kuyken, 2017) por lo que se considera necesario realizar una metodología más exhaustiva que permita recoger la información pertinente sobre cómo las personas participantes realizan los ejercicios en casa para poder extraer conclusiones. Por ello, el programa que se plantea incluye un seguimiento de las actividades propuestas para realizar en casa así como tutorías para comprobar la evolución y seguimiento de las mismas.

Por otro lado, a pesar de los diferentes estudios realizados, hacen falta más estudios aleatorizados y con grupos de control adecuados que permitan establecer con claridad la eficacia de este tipo de terapias, subrayando los efectos que el MBCT tiene en el funcionamiento físico y en el bienestar emocional (Gu, Strauss, Bond, Cavanagh, 2015), lo que hace necesario seguir investigando en esta área para conocer verdaderamente su alcance e implantarlo en los diferentes centros sociosanitarios.

Si se revisa las investigaciones realizadas hasta el momento sobre la aplicación de la MBCT los resultados generales son positivos pero en muchas ocasiones los resultados no permiten una generalización. Tal es el caso, en estudios como el de Kigston (2007) ensayo controlado no aleatorizado en el que se aplicaba el programa de MBCT para tratar síntomas residuales pero la muestra era demasiado pequeña para extraer conclusiones o el ensayo no aleatorizado y sin grupo control de Keengy y Williams (2006) en el que obtuvieron una reducción clínicamente significativa de las puntuaciones del BDI pero, el hecho de no tener grupo control no permite corroborar que la mejoría fue exclusivamente por la aplicación del programa.

Por ello, se considera oportuno comenzar con el programa de MBCT propuesto en el presente trabajo a través de un estudio controlado en el que, de las 20 personas que cumplen los criterios de inclusión, 10 participarán en el programa y las otras 10 seguirán con las terapias habituales. A ambos grupos se les realizaría las mismas valoraciones. Si bien es cierto, que la muestra del estudio resultaría pequeña aportaría información relevante para plantear nuevas formas de intervención que aportasen una mayor calidad en las terapias ofrecidas desde el centro.

Además, en el caso que, tal y como se espera, los resultados de la aplicación del programa fuesen positivos sería interesante implementar el programa de MBCT para adultos mayores con síntomas depresivos en los otros dos centros de día que la empresa tiene en el Principado de Asturias.

En cuanto a la aplicación de la terapia cognitiva basada en Mindfulness en población geriátrica Foulk, Ingersoll-Dayton, Kavana, Robinson y Kales realizaron un estudio en el año 2014 en el que analizaron cinco grupos de adultos mayores con depresión y/o ansiedad que participaron en un programa de 8 semanas de MBCT, los datos obtenidos revelan mejoras significativas en los síntomas de ansiedad, rumiaciones, mejora de los problemas de sueño y reducción de los síntomas depresivos.

Por otro lado, Smith, Graham y Senthinathan realizaron en 2007 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 unipolar o con comorbilidad con dolor físico y enfermedad y con trastornos de ansiedad. El programa tuvo una duración de 8 sesiones semanales durante 2 horas. Se realizó una evaluación cuantitativa y

cualitativa antes y después del programa y con 1 año de seguimiento y los resultados obtenidos mostraron que la MBCT fue efectiva, observándose un descenso en las puntuaciones de depresión y testimonios que indicaban la adquisición de herramientas que impedían la rumiación y la identificación con los propios pensamientos que les ayudarían a sobrellevar eficazmente la experiencia depresiva y ansiosa.

Por otro lado, Splevins, Smith y Simpson en el 2009 llevaron a cabo un estudio no controlado con 22 personas de entre 49 y 79 años (únicamente cuatro de ellos eran menores de 65 años), en el que administraron un programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) para investigar los cambios en el bienestar emocional (depresión, ansiedad y niveles de estrés), en la capacidad de Atención Plena y en la relación entre ambos conceptos. Los resultados obtenidos mostraron que la depresión, la ansiedad, el estrés y los cuatro factores de la Atención Plena disminuyeron notablemente después de la intervención MBCT. Por ello, se considera que existe una alta probabilidad de que el programa que se expone en el presente trabajo genere resultados positivos en cuanto al control del estrés y los síntomas depresivos de las personas participantes.

En conclusión, la práctica del Mindfulness permite trabajar la regulación y gestión de emociones difíciles mediante la aceptación y la importancia del aquí y ahora. De ahí la importancia de su aplicación en el adulto mayor, ya que, la etapa de la tercera edad suele estar marcada por la pérdida (fallecimiento de seres queridos, pérdida de capacidades físicas y cognitivas, disminución de participación en actividades, pérdida de intereses, etc.). Todas estas pérdidas requieren desarrollar una buena capacidad de afrontamiento para no caer en sentimientos de ansiedad, tristeza, estrés y soledad que impidan a la persona envejecer de manera digna y con una buena calidad de vida.

¿Por qué un Terapeuta Ocupacional desarrollando un programa de Mindfulness para adultos mayores? La Terapia Ocupacional es definida por la WFOT como “Profesión sanitaria centrada en el cliente interesada en promover la salud y bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la Terapia Ocupacional es permitir a la gente participar en actividades de la vida cotidiana. La Terapia Ocupacional logra este resultado mediante el trabajo con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que lo

haga, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar su mejor participación en el trabajo”.

Dentro del ámbito de actuación de la Terapia Ocupacional, se sitúa como base fundamental las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Las AVD son la forma de manejarse en el momento presente, para vivir en un mundo social que permiten la supervivencia y el bienestar, por tanto las AVD en general son la forma básica de relacionarnos con el medio, siendo la enseñanza central de las prácticas de Mindfulness. Las AVD evolucionan continuamente a lo largo de nuestra vida, permitiendo la adquisición de nuevos hábitos y roles de desempeño que son englobados e integrados en nuestras AVD.

Teniendo en cuenta las bases de las disciplinas de Mindfulness y Terapia Ocupacional, resulta de vital importancia la integración de ambos conceptos para realizar un abordaje integral.

A través de las diferentes intervenciones de Terapia Ocupacional se pretende siempre posibilitar, capacitar, facilitar, guiar, entrenar, educar, etc. A la persona para que ésta adquiera un correcto desempeño ocupacional en los diferentes entornos y contextos. Esta clase de intervenciones están estrechamente relacionadas con el Mindfulness, pues uno de los aspectos fundamentales está relacionado con la orientación hacia la motivación de la práctica atencional orientada hacia las AVD con el fin de que la persona acepte su situación y reorganice su experiencia partiendo desde el momento presente.

La manifestación de la ocupación viene condicionada por sus ideas previas de anticipación, expectativas de logro e impacto en el entorno más inmediato. La práctica de Mindfulness permite la aceptación de las situaciones generadoras de estrés ante las diferentes ocupaciones que impiden el desarrollo funcional.

La práctica del Mindfulness en la formación de los estudiantes de Terapia Ocupacional es actualmente una realidad en Canadá. Reid y Naseer (2012) adelantan que el Mindfulness es aplicable a múltiples áreas de rehabilitación funcional donde la Terapia Ocupacional juega un papel destacado.

En este sentido, podría concluirse que Mindfulness y Terapia Ocupacional son las “dos caras de la misma moneda”, pues ambos conceptos se fusionan en la práctica

clínica con el fin de promover el desarrollo ocupacional, que siempre se produce en acciones en el momento presente.

Por todo ello, es evidente la necesidad de incluir la práctica del Mindfulness dentro de las terapias ofrecidas en la cartera de servicios de los centros sociosanitarios dirigidos a personas mayores. A través del presente trabajo, se expone un programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness con el objetivo de reducir los síntomas depresivos de los participantes y mejorar y/o mantener el desempeño ocupacional de los mismos.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa que se describe en el presente trabajo está destinado a personas mayores de 65 años con sintomatología depresiva que acuden a un centro de día de carácter privado del Principado de Asturias y que cursan sin deterioro cognitivo o con deterioro leve.

Todos los usuarios tienen un factor en común, los roles ocupacionales que mantuvieron a lo largo de su vida se han visto alterados y, en la actualidad, han pasado de tener un papel activo (empresarios, altos directivos, patriarcas de familia...) a adoptar un papel más pasivo. Podría decirse que estas personas han pasado de cuidar, a ser quienes reciben los cuidados.

Por ello, se propone un taller de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness que les ayude a comprender su momento presente, dándoles pautas para aceptar su realidad actual.

El programa se desarrollará en el mismo centro de día al que acuden, se dividirá en dos partes: Una fase inicial y una segunda fase de continuidad.

La primera fase tendrá una duración de 8 semanas, en las que se llevaran a cabo dos sesiones semanales de 45 minutos de duración.

La segunda fase o fase de continuidad se realizará al finalizar las primeras 8 semanas y tendrá una duración ilimitada en el tiempo. Se realizarán evaluaciones del programa de forma trimestral.

Cabe destacar, que a pesar que el diseño original de la MBCT de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale (2006) describe sesiones de dos horas de duración, en esta ocasión se ha reducido el tiempo de las sesiones a 45 minutos para facilitar un óptimo seguimiento de las mismas en los participantes.

4. OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto será realizar una propuesta de programa de terapia cognitiva basada en Mindfulness en formato grupal para los usuarios de un centro de día privado del Principado de Asturias cuya finalidad será reducir los síntomas depresivos asociados a la vejez.

Objetivos específicos

- Reducir las puntuaciones en el test Yesavage por debajo de 4.
- Mantener estable la puntuación en el GDS.
- Reducir síntomas ansiosos.
- Potenciar las capacidades funcionales para mantener el nivel de dependencia.
- Potenciar las capacidades atencionales de los participantes.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y POBLACIÓN DIANA

Se propone un programa de Mindfulness para personas mayores usuarias de un centro de día privado situado en el Principado de Asturias.

Los criterios de inclusión son tener más de 65 años, presentar una puntuación de 5 o más en el test Yesavage (versión de 15 puntos) y un GDS situado entre 1 y 3.

Se tendrá en cuenta la dependencia de los usuarios para la realización de las actividades de la vida diaria, por lo que los participantes deberán tener una puntuación entre A y C en el índice de Katz.

De las 42 personas usuarias del centro de día, 20 cumplen todos los criterios de inclusión dando cobertura al 47,61% de la población total del centro.

6. METODOLOGÍA

El formato del presente programa será grupal, no sobrepasando nunca de 10 usuarios. Sería deseable que el nivel cognitivo de los usuarios participantes sea similar para que todos sean capaces de avanzar al mismo ritmo y seguir las pautas, por ello se realizarán dos grupos en función del GDS de los usuarios.

La metodología a seguir será similar a la utilizada en el modelo de MBCT desarrollado por Segal, Williams y Teasdale en el 2003 en el cual combinan el programa para la reducción del estrés de Jon Kabat Zinn (1990) con el marco clásico de la terapia cognitiva de la depresión (Cebolla, Miró, 2006).

El formato del MBCT original consta de sesiones grupales de dos horas de duración durante ocho semanas y cuatro sesiones más de seguimiento al año siguiente. Dado que el programa que se diseña en el presente trabajo va dirigido a personas mayores en los que, debido a los cambios fisiológicos de la tercera edad, su capacidad de aprendizaje y capacidades cognitivas han disminuido, pudiendo incluso cursar con deterioro cognitivo leve se ha decidido modificar el número y duración de las sesiones.

En este sentido, el programa que se presenta se dividirá en dos fases: Fase inicial y fase de continuidad. La fase inicial tendrá una duración de ocho semanas, durante las cuales se desarrollarán dos sesiones semanales de 60 minutos de duración. La fase de continuidad constará de una sesión mensual durante todo el tiempo en el que la persona se mantenga activo en el programa.

Tanto en la fase inicial como en la fase de continuidad se trabajarán las técnicas propias del MBCT tales como el escáner corporal, estiramientos de Mindfulness, ejercicios de yoga y ejercicios de respiración pero siempre adaptados a las capacidades de las personas participantes.

FASE INICIAL

Como se ha indicado anteriormente, la fase inicial constará de un total de dieciséis sesiones, repartidas en dos sesiones semanales de 60 minutos cada una.

Las sesiones se organizarán de forma que se dedicarán diez minutos a trabajar ejercicios respiratorios, treinta minutos a realizar las diferentes técnicas propias del MBCT las cuales se irán graduando de menor a mayor dificultad según avancen las sesiones y veinte minutos de feedback para intercambiar opiniones y experiencias.

1º semana

Durante las dos primeras sesiones se iniciará a los participantes en la práctica del Mindfulness realizando ejercicios respiratorios basados en la meditación centrada en la respiración de Kabat Zinn. Se enseñará a los usuarios participantes técnicas de respiración diafragmática a través de diferentes ejercicios. Se detallan a continuación ejemplos de ejercicios de respiración que se llevarán a cabo:

- ✓ Ejercicio 1: Sentados, con la columna pegada al respaldo de la silla, hombros relajados y ojos cerrados. Se fijará la atención en el estómago y se debe sentir como sube y se expande suavemente al inspirar, y desciende y se contrae al espirar. Los participantes deben mantenerse concentrados en la respiración “estando ahí” con cada inspiración y espiración completas, como si cabalgaran sobre las olas de su respiración.

Cada vez que la mente se aleje de la respiración, se toma nota de qué es lo que le apartó y se devuelve al estómago y a la sensación de cómo entra y sale de él.

- ✓ Ejercicios 2: Nuevamente, se pide a los participantes que sintonicen su respiración con el estómago y se les indica que presten atención a sus pensamientos, sin juzgarlos, simplemente observándolos.

2º semana

En las dos siguientes sesiones, se dedicarán diez minutos a continuar con la práctica de la respiración diafragmática y se comenzará con la técnica del escáner corporal.

Dado la complejidad del escaneo corporal durante la segunda semana sólo se dedicará 15 minutos por sesión para realizarla. Se debe tener en cuenta que, debido a las características de la población con la que se va a trabajar en la que es probable existan

limitaciones físicas y afectaciones corporales, los participantes podrán experimentar dolor, ardor, pinchazos, etcétera.

Además, la práctica del escáner corporal puede ir acompañado de enfado, frustración o miedo al futuro. El experimentar estos sentimientos es algo positivo, ya que se muestran sentimientos que estaban reprimidos. No obstante, con el objetivo de finalizar las sesiones de forma relajada, durante estas dos semanas se finalizarán nuevamente con técnicas de respiración.

- ✓ Ejemplo de ejercicio: Ligeramente reclinados en el sillón con las piernas ligeramente separadas y los brazos extendidos. Durante unos minutos se prestará atención al cuerpo en su conjunto (las sensaciones de la piel que recubren los órganos, el contacto de la piel con el sillón, etc.). Posteriormente, se comenzará a sentir cada parte del cuerpo de forma individual empezando por los dedos del pie izquierdo hasta finalizar en la cabeza. Se debe permitir cualquier tipo de sensación o ausencia de sensación, pudiendo dedicarle más tiempo a las zonas corporales en las que se experimenten sensaciones corporales diferentes.

3º semana

Durante la tercera semana se continuará con la técnica del escaneo corporal. Se espera que, la realización de ésta técnica ya no genere pensamientos negativos en sus participantes por lo que se extenderá la duración del escaneo a veinte minutos.

De esta forma, las sesiones quedarán divididas en diez minutos de respiración, veinte minutos de escaneo corporal y otros veinte minutos de feedback y psicoeducación.

Durante éstos últimos veinte minutos de la sesión se debatirá con los usuarios participantes cómo se han sentido, qué cambios han experimentado en su cuerpo, si sus dolores han disminuido o no y se les dará pequeñas estrategias con las que ir incorporando el escaneo corporal en su día a día.

Además, si las características de las personas usuarias lo permiten durante esta semana, en lugar de realizar los ejercicios en sillones de descanso se realizarán tumbados en esterillas o colchonetas.

4º y 5º semanas

Durante la cuarta semana, llegados ya al ecuador de la fase inicial comenzarán se comenzará a trabajar a través de técnicas de mayor complejidad como los estiramientos típicos del Mindfulness. Este tipo de práctica engloba la actividad mental y la actividad física por lo que el tipo de movimientos solicitados a los usuarios participantes deberá ir acorde con sus capacidades, respetando en todo momento su estado musculoesquelético y no forzando a realizar movimientos o posiciones que puedan generar un daño.

A través de los estiramientos se intenta concienciar de la relación entre el cuerpo y la mente, identificando los alcances y limitaciones de los mismos. Esta técnica guarda relación con el escáner corporal y por ello se realizan los estiramientos una vez asimilado la técnica del escáner. Durante el escáner corporal sentimos las diferentes partes de nuestro cuerpo en reposo, a través de los estiramientos experimentamos cómo cambian esas sensaciones cuando el cuerpo está en movimiento haciendo a las personas que lo practican partícipes de sus limitaciones desde el entendimiento.

De ésta manera, las sesiones de la cuarta semana quedarán divididas de manera que se dedique diez minutos a la respiración, quince minutos al escáner corporal, quince minutos de estiramientos y veinte minutos de feedback final.

Durante las sesiones de la quinta semana se reducirá a diez minutos el escáner corporal y se ampliará a veinte minutos de estiramientos.

Como se ha mencionado anteriormente, a la hora de elegir los estiramientos a incluir en el presente trabajo se ha tenido en cuenta las características de la población geriátrica por lo que, se han escogido estiramientos en los que los movimientos que se requieren son similares a los que se realizan en la mayoría de las tablas de gerontogimnasia que realizan a diario las personas mayores en los centros sociosanitarios.

Otro aspecto que se ha considerado importante a la hora de seleccionar los estiramientos es que los movimientos implicados estén relacionados con movimientos también implicados en las actividades de la vida diaria. Las limitaciones de movilidad

en las personas mayores generan dependencia para las actividades cotidianas. De esta manera, el enfrentarse a ciertos movimientos a través de la aceptación les hará aún más consciente de sus capacidades y limitaciones de manera que, posteriormente puedan llegar a afrontar ciertas actividades sin que les genere sentimientos de ansiedad y frustración.

Sirva como ejemplo el estiramiento número dos, en el que el movimiento implicado se realiza en el día a día en una actividad tan cotidiana y significativa como puede ser el peinarse. Otro ejemplo podría ser el ejemplo número tres que indica realizar un movimiento implicado en numerosas actividades como el vestido o la higiene íntima.

- ✓ Ejemplo de estiramiento 1: Sentados con la espalda apoyada en el respaldo y los hombros relajados (también podría hacerse tumbados en el suelo), se elevan los brazos cogiendo las manos por encima de la cabeza y se tira hacia arriba durante treinta segundos.
- ✓ Ejemplo de estiramiento 2: Sentados con la espalda apoyada en el respaldo, se eleva el brazo derecho como si se estuviera abrazando la cabeza y se ejerce presión hacia la derecha durante treinta segundos.
- ✓ Ejemplo de estiramiento 3: De pie, con las piernas ligeramente separadas, se cogen las manos por detrás de la espalda y se estiran los brazos hacia arriba.

6º y 7º semana

Durante la semana sexta y séptima del programa se incluye una técnica de mayor complejidad relacionada con los estiramientos, ejercicios de yoga.

Para la elección de los ejercicios o posturas de yoga se han seguido las mismas pautas que para la elección de los ejercicios de estiramiento, siempre centrándose en las capacidades y características de la población a la que se dirige el programa.

Las sesiones durante estas dos semanas se dividen de forma que en la sexta semana se dedican cinco minutos a la respiración, diez minutos al escáner corporal, diez minutos de estiramientos, diez minutos de ejercicios de yoga y los veinte minutos finales de feedback e intercambio.

Durante las dos sesiones de la séptima semana se dedicarán diez minutos a respiración, diez minutos de estiramientos, 15 minutos para realizar ejercicios de yoga y los veinte últimos minutos de feedback como en el resto de las sesiones.

Las posturas o asanas elegidas para realizar en las sesiones son: La montaña, la cobra (sólo para los usuarios participantes que puedan tumbarse), el triángulo y bharaduajasana.

- ✓ La montaña: De pie, con las piernas juntas observando que el tercer dedo de cada pie esté mirando al frente, con tobillos, talones y muslos juntos, se eleva el abdomen, se abre el pecho y el esternón va hacia el cielo. Los brazos y los dedos se estiran a los lados del cuerpo sin tocarlo y la barbilla se queda paralela al suelo.
- ✓ La cobra: Acostado boca abajo, se estiran las piernas hacia atrás manteniendo los muslos juntos, se llevan las manos a los lados del pecho y con los codos pegados al cuerpo se estiran los brazos, se abre el pecho y se eleva la parte superior del cuerpo formando un arco en la columna. Lo importante es dejar el hueso del pubis pegado al suelo y hacer que la columna se estire.
- ✓ El triángulo: De pie con las piernas separadas 1.10 metros, los brazos se extienden hacia los lados con las palmas mirando hacia el piso y sin doblar los codos se inclina el tronco de forma lateral a la derecha hasta colocar la mano en un bloque al lado del tobillo derecho. La mano izquierda apunta al techo, ambas piernas permanecen estiradas y se desvía la mirada hacia el cielo. Después se hace del lado izquierdo.
- ✓ Bharaduajasana: Sentado sobre una silla de yoga, con los pies y las rodillas juntos se gira el tronco hacia la derecha usando los brazos como palanca, ayudados por el respaldo de la silla para abrir más el pecho; la cadera no se mueve de su lugar. Después se cambia de lado.

8º semana

Durante la última semana se recordarán todas las técnicas realizadas a lo largo de las diferentes sesiones y se darán indicaciones sobre cómo llevar a cabo lo aprendido en el día a día.

De esta forma, durante la primera sesión de ésta última semana se dedicarán cinco minutos a la respiración, cinco minutos de escáner corporal, diez minutos de estiramientos, diez minutos de yoga y, en esta ocasión, se dedicarán veinte minutos al feedback para que todos los participantes tengan el tiempo suficiente para manifestarse y abordar las cuestiones que les inquieten de cara a la finalización de la primera fase del programa.

La última sesión será dedicada íntegramente al intercambio de opiniones a dar pautas para aplicar lo aprendido en el día a día. Las pautas que se den durante esta sesión serán generales, ya que en la fase de continuidad se profundizará más en éste aspecto.

Se recogen a continuación algunos ejemplos de las indicaciones que se darán en ésta última sesión:

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AVDS TENIENDO EN CUENTA LA MBCT			
Alimentación	Saborear la comida durante unos instantes, siendo consciente de su textura, olor y sabor		
Aseo personal	Cada mañana frente al espejo, darse cuenta de la presencia de uno mismo y sonreír.	Realizar escaneo corporal durante la ducha	Realizar escaneo durante la ducha
Vestido	Realizar escaneo corporal durante el vestido		
WC	Aprovechar el momento para, mientras se está sentado en el wc realizar ejercicios de respiraciones		
Deambulación	Realizar ejercicios de respiración	Realizar escaneo corporal	Realizar escaneo corporal
Al acostarse	Realizar estiramientos antes de acostarse	Realizar ejercicios de respiración	Realizar ejercicios de respiración

FASE DE CONTINUIDAD

Como se ha indicado anteriormente, la fase de continuidad tendrá una duración ilimitada en el tiempo y se compondrá por una sesión mensual y tutorías individualizadas con cada uno de los usuarios participantes.

La sesión mensual tendrá una estructura similar a las sesiones de la séptima semana de la fase inicial. Se dedicarán cinco minutos a la respiración, diez minutos al escáner corporal, diez minutos de estiramientos, diez minutos de yoga y los últimos diez minutos se dedicarán al intercambio de opiniones.

Las tutorías individualizadas se desarrollarán a lo largo del mes, entre sesión y sesión. En estas tutorías se pautarán ejercicios de práctica informar personalizados que los usuarios participantes deberán realizar en su domicilio para potenciar la práctica del Mindfulness en su día a día.

7. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Los recursos humanos que se requieren para poner en práctica el programa planteado son un terapeuta ocupacional y los usuarios participantes.

Los recursos materiales para la puesta en marcha del programa de Mindfulness planteado son: Una de las salas disponibles en el centro de día al que acuden los participantes, once sillas, proyector, ordenador, música, material de papelería (papel y bolígrafos) y once colchonetas o esterillas.

Todos los materiales están actualmente disponibles en el centro salvo las once esterillas por lo que la puesta en marcha del programa no supondría un gasto excesivo.

8. TEMPORALIZACIÓN

Como se ha indicado anteriormente, el proyecto se ha dividido en fase inicial de 8 semanas de duración y fase de continuidad de duración ilimitada, por lo que el programa no tiene una fecha de finalización concreta siendo motivado el fin del programa por el abandono de los usuarios participantes, la muerte de los mismos o causas internas de la organización del centro en el que se llevará a cabo.

Por otra parte, a la hora de temporalizar el programa ha de tenerse en cuenta el tiempo invertido con anterioridad al comienzo de las sesiones, dedicado a evaluar y determinar qué usuarios podrían estar incluidos en el programa.

A la hora de programar las sesiones dentro del horario general del centro se ha de tener en cuenta que éstas no interfieran con otras terapias y que, al mismo tiempo se desarrollen en momentos en los que no haya demasiada actividad en el centro para evitar ruidos u otros factores estresantes. Por ello, según el ritmo de actividad actual del centro se considera que los días más propicios para poner en marcha el programa son los martes y jueves en horario de tres a cuatro.

		SEMANA														
		1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	
Fase de evaluación de usuarios																
Fase inicial																
Fase de continuidad																

9. EVALUACIÓN

Para la realización del programa planteado se realizarán diferentes evaluaciones. Por un lado, se realizará una evaluación inicial de los usuarios para determinar si cumplen los criterios de inclusión en el programa, en esta evaluación inicial se administrarán a los usuarios las escalas estandarizadas: Test Yesavage, GDS, Mini Mental State Examination (MMSE), inventario de ansiedad de Beck, Índice de Katz (Anexo 1).

Una vez finalizada la fase inicial se volverá a evaluar a todos los participantes con las mismas escalas de evaluación y durante la fase de continuidad se realizarán evaluaciones trimestrales que incluirán las pruebas iniciales y un cuestionario de

elaboración propia (Anexo 2). Por otra parte, dado que la fase de continuidad incluye tutorías individualizadas con actividades prácticas para casa, tanto el usuario como el terapeuta encargado de realizar el programa realizan un registro de evolución y seguimiento de las actividades planteadas (Anexo 3).

En caso de que alguno de los usuarios participantes decida abandonar el programa se le administrará un cuestionario de elaboración propia para registrar y determinar las causas del abandono (Anexo 4).

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Aunque no se ha podido llevar a cabo el programa de Mindfulness para adultos mayores, se espera que la puesta en marcha del mismo genere resultados positivos en los participantes.

Se espera que a lo largo de las diferentes sesiones de las que se compone el programa descrito los usuarios reduzcan sus síntomas depresivos, mantengan estable su nivel de dependencia y maximicen su funcionalidad en el desempeño ocupacional en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Estudios abalan que a medida que aumenta la percepción negativa de la salud se produce un incremento de la dependencia (Gázquez, Rubio, Pérez, Lucas, 2008) por lo que se espera, que a través del programa propuesto y, especialmente, de la práctica del momento presente y el no juzgar, cambie dicha percepción interfiriendo positivamente en su nivel de dependencia. Dada la población a la que va dirigida el programa se debe tener en cuenta la figura del cuidador principal, cabe esperar, que si se alcanzan los objetivos planteados y la persona participante mantiene estable su nivel de dependencia y se maximiza su funcionalidad, se generará también un beneficio en la figura del cuidador. Al maximizar el desempeño ocupacional de la persona participante se espera que ésta mejore en la realización de las AVDs por lo que se reducirá situaciones de sobrecarga para el cuidador.

Por otro lado, el nivel de dependencia de los mayores está relacionada con las características del cuidador y los estereotipos que éstos poseen sobre la autonomía de los mayores (Lázaro, Rubio, Sánchez, García, 2007) por lo que sería interesante realizar

sesiones informativas a los cuidadores principales de las personas participantes en las que dar pautas para apoyar lo trabajado en las diferentes sesiones.

Para ello, tal y como se ha explicado en la fase de evaluación, se administrarán diferentes evaluaciones (Test Yesavage, GDS, inventario de ansiedad de Beck, índice de Katz, MMSE) antes del inicio del programa, al finalizar la fase inicial y, posteriormente de manera trimestral durante la fase de continuidad, donde la mayor carga de trabajo debe realizarla la persona usuaria en su casa, estimulando el seguimiento de los mismos en las tutorías mensuales que se llevarán a cabo.

Se espera que tras la realización de la fase inicial, los participantes disminuyan sus puntuaciones en el test Yesavage por debajo de cuatro. Además, se comparará si han variado las respuestas afirmativas y negativas en los diferentes ítems respecto a la primera valoración.

Así mismo, se compararán también los resultados obtenidos en el inventario de ansiedad de Beck. Se espera que, en la segunda evaluación los usuarios obtengan una puntuación entre cero y siete. Además, se prestará especial atención a los ítems referentes a la respiración (sensación de ahogo) y al estado de relajación (incapaz de relajarse) ya que ambos son aspectos que se han trabajado a lo largo de la fase inicial.

Por otro lado, se medirá si se han cumplido los objetivos referentes al mantenimiento del nivel de GDS y la potenciar las capacidades atencionales a través de la propia escala de deterioro global (GDS) y del Mini Mental State Examination (MMSE). Se espera que los resultados en ambas pruebas se mantengan estables o haya mejoría. En cuanto al MMSE se hará especial hincapié en las pruebas directamente relacionadas con la atención como son la resta de tres en tres y el deletreo. En cuanto al GDS, ésta aportará información del estado cognitivo de la persona usuaria y sobre el nivel de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

Por último, el índice de Katz aportará la información necesaria para conocer el grado de dependencia que la persona participante tiene en la realización de las diferentes actividades básicas de la vida diaria. La información obtenida a través de este cuestionario aportará datos fiables sobre la funcionalidad de los usuarios y deberá ser tenida en cuenta por la persona encargada de dirigir el programa a la hora de establecer las actividades a realizar en casa durante la fase de continuidad. Se espera que los

usuarios obtengan en el índice de Katz una puntuación igual o superior a C (independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional).

La información obtenida en todos los cuestionarios mencionados hasta el momento se recogerán en una tabla de datos con el objetivo de conocer la evolución individual de cada uno de los participantes y la evolución global de todos los participantes con el fin de conocer en qué grado el programa ha sido efectivo.

11. CONCLUSIONES

Tal y como ha quedado patente a lo largo del presente trabajo, la depresión es una de las patologías con mayor prevalencia en la población geriátrica. Esta alta prevalencia genera un gran gasto económico y desborda los recursos sanitarios, siendo necesario llevar a cabo nuevas terapias que aborden el problema desde la prevención y la evitación de recaídas.

Una técnica que logra conseguir estos objetivos es el Mindfulness, concretamente la terapia cognitiva basada en Mindfulness ya que es la que cuenta con mayor evidencia científica. A través del programa que se describe se trabajará con el objetivo de reducir los síntomas ansiosos y depresivos que interfieren en el desempeño ocupacional de las personas participantes.

Además, las técnicas de Mindfulness nos ofrecen una oportunidad magnífica para obtener un mayor conocimiento de nuestros usuarios, ya que a través de esta técnica nuestros usuarios se enfrentan a los problemas desde otra perspectiva, ya que serán capaces de describir sin juzgar. Muchas veces, en nuestra práctica diaria nos es difícil acceder a cierta información debido a la interferencia de las emociones.

Por otro lado, la información obtenida resulta especialmente útil en el campo de la terapia ocupacional ya que, conocer y poder desgranar como los usuarios se enfrentan a las diferentes situaciones y actividades nos permitirá realizar un análisis de la actividad personalizado y detallado para cada usuario, pudiendo de ésta forma realizar las adaptaciones y compensaciones necesarias para mantener su desempeño ocupacional el mayor tiempo posible.

Si bien es cierto, que se ha avanzado mucho en investigación sobre el Mindfulness en los últimos años, considero que es un campo que aún ofrece infinitas opciones por explorar. El programa descrito en el presente trabajo, es un programa general, adaptado a las necesidades de la población geriátrica en general pero no a ninguna patología física en concreto, por lo que sería interesante realizar adaptaciones de los ejercicios a diferentes contextos. Por ejemplo, un interesantísimo campo de estudio sería la aplicación del Mindfulness en personas con hemiplejía. Son numerosos los estudios existentes y los avances obtenidos en esta patología, uno de los más novedosos es la terapia de espejo en la que a través de la realización de movimientos frente al espejo con el miembro no afecto se produce una mayor activación cerebral que ayuda a mejorar la movilidad del lado pléjico. Sería interesante, ahora que se comienza a estudiar la neurobiología del Mindfulness, estudiar qué beneficios puede tener la aplicación del Mindfulness en este tipo de patologías.

Por otra parte, la aplicación del programa planteado en personas mayores de 65 años conlleva ciertas limitaciones o dificultades. Uno de los principales hándicaps se encuentra en la fase de continuidad del programa, en el que se requiere que la persona participante realice ciertas actividades básicas de la vida diaria. Teniendo en cuenta las características de la población a la que va dirigida el programa, la mayoría de ellos vivirán acompañados bien por un familiar o bien por auxiliar domiciliario que interferirán en la realización de las actividades por lo que, sería conveniente la implicación y formación de los cuidadores principales para obtener mayores resultados y garantizar que la fase de continuidad se lleva a cabo de manera adecuada. Una opción sería, que aquellos usuarios que vivan acompañados acudan con sus cuidadores principales a las tutorías de seguimiento durante la fase de continuidad. De esta forma, el cuidador conocería al detalle qué ejercicios debe realizar la persona y cómo debe hacerlos, así como orientaciones para guiar a la persona en caso de que fuese necesario. También sería interesante realizar una reunión grupal con todos los cuidadores de las personas participantes antes del inicio del programa, tras la finalización de la fase inicial y de manera periódica durante la fase de continuidad.

La puesta en marcha del programa, requiere de una implicación del profesional que lo lleve a cabo, en este caso un terapeuta ocupacional, que no sólo se encargaría de llevar a cabo las diferentes sesiones sino también de realizar las diferentes evaluaciones, valoraciones y tutorías de seguimiento además de realizar el resto de funciones propias

de su profesión, lo que se traduce en largas jornadas de trabajo que no concuerdan con las jornadas que este tipo de profesionales tienen en la actualidad en los centros sociosanitarios. Por ello, para una implementación eficaz del programa propuesto sería necesario que el profesional encargado de llevarlo a cabo dispusiese al menos de dos horas para dedicar a la planificación y elaboración de las diferentes sesiones además de las horas dedicadas a ejecutar las sesiones y tutorías.

Por último, no debemos olvidar que como profesionales sanitarios, en nuestras intervenciones debemos tener siempre en cuenta los principios bioéticos. En este sentido, la aplicación del Mindfulness respeta al 100% los principios bioéticos. En primer lugar se respeta el principio de no maleficencia ya que en ningún momento supone un daño para la persona y, por otro lado, la aplicación del Mindfulness nos ayuda a tener una mayor justicia con nuestros usuarios, ya que, el tener un mayor conocimiento sobre ellos nos ayudará a dar a cada uno lo que más se ajusta a sus necesidades.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, S., y Ávila, J. (2006) *La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor*. Gac Méd Méx (143)(2) 141-148
- Calvo, J. (1989) “Depresión en la vejez” Dialnet
- Cano, A., Salguero, J., Mae, C., Dongil, E., y Latorre J. (2012) *La depresión en la atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento*. Papeles del psicólogo (33)(1) 2-11
- Foulk, MA., Ingersoll, B., Kavanagh, J., Robinson, E., y Kales, HC. (2014) *Cognitive therapy with older adults: an exploratory study*. J Gerontol Socwork (57)(5) 498-520
- Gázquez, J., Rubio, R. Pérez, M., Lucas, F. (2008) *Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores*. International journal of psychology and psychological therapy 8(1) 117-126
- González, M. (2001) *Depresión en ancianos: Un problema de todos*. Revista cubana de medicina integral (17)(4) 316-320
- Kabat-Zinn, J. (2004) *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad* (Trad. Díaz, F.T., y Pérez, P.) Barcelona: Kairós. (Trabajo original publicado en 1990)
- Korman, G. y Garay, C. (2012) El modelo de Terapia Cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness). Revista argentina de clínica psicológica. (21) 5-13.
- Kuyke, E et all. (2015). *Effectiveness and cost-effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (prevent): A randomized controlled trial*. The lancet 386. 63-73
- Lázaro, A., Rubio, E., Sánchez, A., García, J. (2007) *Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005*. Rev Esp Salud Pública 81(6) 625-636
- Liétor, N., Fortis, M., y Moraleda, S. (2013) *Mindfulness en medicina*. Med fam Andal (14) (2).

- Lluís, G. y Llibre J. (2004) *Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento*. Rev Cubana Med Gen Integr. (20)(4). Ciudad de la Habana. Versión online ISSN 1561-3038
- Márquez, E., Soriano, S., García, A., y Falcón M. (2005) *Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados*. Aten primaria, (36)(3) 345-346
- Miró, M....[et al] (2009) *Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la atención plena en el tratamiento de la depresión y la ansiedad*. Canarias, España: Ministerio de ciencia e innovación.
- Miró, M^a. T. (2007) *La atención plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia*. Revista de psicoterapia. XVII (66-67) 31-76.
- Neff, K. (2012) *Se amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo*. Barcelona, España: Espasa Libros
- Parsons, C., Crane, C., Parsons, L., Overby, L., Kuyken, E. (2017) *Home practice in Mindfulness-based cognitive therapy and Mindfulness-based stress reduction: A systematic review and metaanalysis of participants' Mindfulness practice and its association with outcomes*. Behaviour research and therapy. 95. 29-41
- Pegorari, M. y Dos Santos, D. *Factores asociados al síndrome de fragilidad en ancianos residentes en área urbana*. Rev latino-Am. Enfermagem (22)(5): 874-82
- Quintana, D., y Miró, M. (2015) *Estimulación basada en Mindfulness para personas mayores con enfermedad de alzheimer u otras demencias*. Papeles del psicólogo (36)(3) 207-215
- Rodríguez P. y Quintana D. *Atención plena y terapia ocupacional. Propuesta de un nuevo marco de atención basado en el modelo canadiense del desempeño ocupacional desde mindfulness*. TOG (A Coruña) (12) (21)
- Salado, L. (2013) *La fragilidad en el anciano*. Escuela Universitaria de enfermería "La casa de salud Valdecilla". TFG.
- Segal, Z. Williams, M., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2006) *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Desclée de Brouwer.
- Siegel, D.J. (2007). *The Mindful Brain*. New York: Norton y company.
- Simón, M. (2007) *Mindfulness y neurobiología* Mindfulness y psicoterapia 5-30
- Simón, V. (2002). *La depresión como oportunidad*. Valencia: Fundación valenciana de estudios avanzados.
- Splevins, K., Smith, A., Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging Ment Health* 13(3). 328-35
- Tang, y., Holzel, B., Posner, M. (2015). *The neuroscience of Mindfulness meditation*. *Nat Rev Neurosci*. 16(4) 213-25
- Teasdale, J et all (2000). *Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-based cognitive therapy*. *Journal of consulting and clinical psychology* 68. 615-623
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 275
- Urbina, J., Flores, J., García, M., Torres, L., y Torrubias, R. (2007) *Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados*. *Gac Sanit*,(21)(1) 37-42
- Vallejo, M. (2006) *Mindfulness*. *Papeles del Psicólogo*. (27) (2) 92-99

ANEXOS

- ANEXO 1: ESCALAS DE EVALUACIÓN INICIAL

Nombre

Unidad/Centro

Fecha

No Historia

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupeendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se sientelleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Escala de deterioro global de Reisberg (GDS)		
GDS 1	Normal	MEC 30-35
GDS 2	Quejas subjetivas de déficit de memoria sin déficit objetivos	MEC 25-30
GDS 3	Deterioro cognitivo límite. Déficit sutil de actividades complejas	MEC 20-27
GDS 4	Demencia leve. Niega el deterioro. Alteraciones en actividades complejas	MEC 16-23
GDS 5	Demencia moderada. Ayuda en las AVD instrumentales	MEC 10-19
GDS 6	Demencia severa. Ayuda en las AVD básicas	MEC 0-12
GDS 7	Demencia severa. Síndrome afaso-apraxo-agnósico. Dependencia en las AVD básicas	MEC 0

INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE:
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.	
CLASIFICACIÓN	
A Independiente en todas las actividades	
B Independiente en todas las actividades, salvo una	
C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional	
D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional	
E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional	
F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional	
G Dependiente en las seis funciones	

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre _____

Edad _____

Nº	PREGUNTAS	NADA	LIGERO	MODERADO	GRAVE
1	Insensibilidad física	0	1	2	3
2	Acaloramiento	0	1	2	3
3	Debilidad en las piernas	0	1	2	3
4	Incapacidad para relajarme	0	1	2	3
5	Temor a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareas o vértigos	0	1	2	3
7	Aceleración del ritmo cardiaco	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad	0	1	2	3
9	Sensación de estar aterrizado	0	1	2	3
10	Nerviosismo	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo	0	1	2	3
12	Temblores en las manos	0	1	2	3
13	Temblores generalizados	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Estar asustado	0	1	2	3
18	Indigestión o malestar del abdomen	0	1	2	3
19	Sensación de desmayo	0	1	2	3
20	Ruborización facial	0	1	2	3
21	Sudorización (No al calor)	0	1	2	3

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE ARON BECK

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

- **ANEXO 2: CUESTIONARIO PROPIO PARA FASE DE CONTINUIDAD**

1. ¿Le ha resultado interesante la participación en la fase inicial del programa?

Poco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

2. Se mantiene su motivación a participar en la fase de continuidad

Poco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

3. Considera que la práctica del Mindfulness le ayudará en su día a día

Poco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

4. ¿Le ha resultado compleja la fase inicial?

Poco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

5. ¿Han disminuido sus sentimientos de ansiedad?

Poco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

6. Otras observaciones:

- **ANEXO 4: CUESTIONARIO EN CASO DE ABANDONO**

1. ¿El abandono del programa ha sido motivado por causas de salud?
2. ¿Le ha sido demasiado complejo el seguir las sesiones de la fase inicial?
3. ¿Le ha resultado demasiado complejo la fase de continuidad?
4. ¿Cree que con más seguimiento durante la fase de continuidad seguiría participando en el programa?
5. ¿Le ha repercutido la práctica del Mindfulness en su día a día?
6. Sugerencias