



ESTIMULACIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER U OTRAS DEMENCIAS

Domingo Jesús Quintana Hernández¹ y María Teresa Miró Barrachina²

¹Asociación Canaria para el Desarrollo de la Salud a través de la Atención. ²Universidad de La Laguna

Los tratamientos psicológicos son una práctica habitual en el contexto sociosanitario de atención a personas mayores dependientes. En los últimos años se está introduciendo la práctica de mindfulness para personas mayores. Sin embargo, estas prácticas presentan dificultades para su aplicación en residencias y centros de día por el deterioro cognitivo que presentan los usuarios de estos servicios. En este artículo se muestra cómo se desarrolla un programa de estimulación basado en mindfulness en el entrenamiento de las actividades de vida diaria (AVD). Esta intervención se fundamenta en el entrenamiento del personal auxiliar y/o cuidador de forma simultánea con los usuarios de los servicios para, posteriormente en la rutina del centro, realizar un entrenamiento de la presencia consciente en la acción durante las AVD. El objetivo final de esta intervención es potenciar la coherencia funcional y la integración personal mediante prácticas de mindfulness en acción en actividades básicas, instrumentales o avanzadas.

Palabras clave: Mindfulness, Actividades de la vida diaria, Centro sociosanitario, Deterioro cognitivo, Tratamientos no farmacológicos.

Psychological treatments are a common practice in health care centres for elderly dependent people. Recently, mindfulness practice is being introduced in these settings. However, it is difficult to carry out mindfulness practice in residential or daily care centres due to the cognitive impairment of the elderly users. This paper shows how a mindfulness based stimulation program for daily life activities (DLA) has been developed. This intervention aims to train assistants to the elderly along with the elderly themselves so that afterwards, within the routine at the centre, daily life activities can be done with conscious presence. The ultimate purpose of this intervention is to strengthen functional coherence and personal integration through the practice of mindfulness in action with basic, instrumental or advanced activities.

Key words: Mindfulness, Activities of daily living, nursing home care, Cognitive impairment, Non-pharmacological treatments.

La Organización Mundial de la Salud (2002) definió a la persona mayor saludable en términos de funcionalidad, no en términos de déficit, y es en este marco de potenciación de las capacidades en el que proponemos un envejecimiento en activo basado en mindfulness en la acción. Es muy relevante enfatizar la funcionalidad como guía de los modelos de intervención geriátrica con personas dependientes, especialmente en la demencia, pues este enfoque está permitiendo la emergencia de una nueva forma de entender la planificación sociosanitaria poniendo el acento en la atención centrada en la persona (Vikström et al., 2015; Martínez, 2014). Desde este enfoque se puede dotar de contenido preciso al concepto de dignidad que permitió la fundación de la geriatría como especialidad médica en el Reino Unido (Warren, 1946).

La geriatría como disciplina médica generó un nuevo paradigma cimentado en la evaluación geriátrica integral. Este acercamiento abrió las puertas hacia un nuevo plan-

teamiento centrado en los cuidados, permitiendo el desarrollo de los equipos interdisciplinarios existentes en la actualidad. Sin embargo, uno de los grandes problemas en la planificación de los cuidados de larga estancia está en cómo organizarlos, pues los modelos mecanicistas clásicos centrados en el curar no son una buena guía para la intervención indefinida en el área de la dependencia, siendo necesarios modelos integrales que abarquen todos los aspectos de la vida hasta el final de la misma como propone Watson (2010). Es en este contexto donde la intervención basada en mindfulness en la acción, que pone especial acento en los aspectos circunstanciales de las vivencias cotidianas, se muestra como una posibilidad alternativa para intervenir desde las rutinas diarias de los servicios sociosanitarios. La práctica de mindfulness permite redirigir la atención sobre la acción en las actividades de la vida diaria (AVD), por tanto se puede afirmar que se trata de un modelo que centra los cuidados en la coherencia funcional, eje básico de intervención para favorecer un envejecimiento saludable.

En este documento se muestra cómo implementar mindfulness durante la acción de las AVD. Para ello, se abordan los siguientes puntos: 1º) qué es mindfulness, 2º) beneficios que produce mindfulness en la estructura y

Correspondencia: Domingo Jesús Quintana Hernández. Asociación Canaria para el Desarrollo de la Salud a través de la Atención. C/ Luis Doreste Silva 44, 5º pta. 3. 35004. Las Palmas de Gran Canaria. España. E-mail: domingoj.quintana@gmail.com



función cerebral, 3^o) el papel del paradigma de la atención conjunta en el entrenamiento con personas con deterioro cognitivo y 4^o) una propuesta de intervención para el entorno sociosanitario.

MINDFULNESS: CONCEPTO E IMPLICACIONES EN LA INTERVENCIÓN GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

El concepto mindfulness ha sido definido con diferentes matices en función del campo de aplicación clínica. No obstante, mindfulness es cuestión de práctica como afirma tajantemente Gunaratana (1996). Vallejo (2006; p. 92) lo definió "como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual". Esta definición está en consonancia con el intento de establecer un consenso sobre el concepto que llevó a Bishop et al. (2004) a definir esta capacidad metacognitiva como la autorregulación de la atención sostenida en la experiencia inmediata, permitiendo un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente, adoptando una actitud particular hacia esa experiencia, caracterizada por curiosidad, apertura, aceptación y afecto.

Esta definición supone un acto voluntario e intencional y plantea el problema básico de cómo desarrollar estas prácticas en personas con deterioro cognitivo, pues es esperable que simplemente se olviden de practicar. Para evitar esto se hace necesario el entrenamiento conjunto entre el personal cuidador y el enfermo como propone Quintana et al. (2014) basándose en el paradigma de la atención conjunta (Werner y Kaplan, 1963) como después se expone.

La aplicación de las prácticas de mindfulness en el contexto geriátrico residencial no requiere ningún aspecto específico de aplicación en relación a su práctica en comparación con cualquier otra población clínica. La única diferencia en el contexto geriátrico es la reducción en el tiempo de cada sesión, entre 30 y 50 minutos, y la práctica continuada diariamente como propone McBee (2008). La práctica de mindfulness tiene un beneficio directo en la acción del momento presente, en comparación a otras técnicas de estimulación cognitiva clásicas, porque supone potenciar las capacidades y recursos internos. En este sentido es un cambio en la orientación de la intervención de un colectivo al que frecuentemente las prácticas clásicas de estimulación le recuerdan su pérdida cognitiva y discapacidad.

EFFECTOS DEL MINDFULNESS EN LA FUNCIÓN CEREBRAL Y LA CAPACIDAD COGNITIVA

Diferentes estudios que han utilizado tratamientos basados en mindfulness o diferentes formas de meditación orientadas hacia la práctica concentrativa han demostrado que durante su práctica se incrementa la irrigación cerebral en áreas corticales y subcorticales (Khalsa, Amen, Hanks, Money y Newberg, 2009; Deepeshwar, Vinchurkar, Visweswaraiyah, y Nagendra, 2014), a la vez aumenta la conectividad entre diferentes estructuras cerebrales y la densidad neuronal (Lazar et al., 2005; Hölzel et al., 2011; Malinowski, 2013). A pesar de ello, se debe ser prudentes con estas evidencias porque la neurociencia del mindfulness y sus correlatos neuroanatómicos están en una fase inicial de estudio como recogen las últimas revisiones de Tang, Hölzel y Postner (2015) o Fox et al. (2014).

La aplicación de mindfulness en enfermedades neurodegenerativas en estadios leves sugieren un efecto positivo en las capacidades cognitivas como atención, memoria, fluidez verbal, capacidad de abstracción, praxias, cálculo, etc. (Newberg, Wintering, Khalsa, Roggenkamp, y Waldman 2010; Wells et al., 2013; Quintana y Quintana, 2014). Por tanto, la práctica de mindfulness se está mostrando útil para paliar la sintomatología en la demencia en general, siendo este aspecto muy relevante en los centros sociosanitarios por su alta prevalencia, superior al 60 % (López, López, Castrodeza, Tamames y León, 2009).

Actualmente el programa basado en mindfulness que cuenta con mayor evidencia científica en la aplicación a la población geriátrica es la adaptación del "programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR)" (Kabat-Zinn, 2013). Lantz, Buchalter y McBee (1997) aplicaron MBSR a un contexto residencial con enfermos con deterioro cognitivo avanzado con el objetivo de disminuir los trastornos de conducta y los síntomas psicopatológicos asociados a la demencia. La eficacia de estas intervenciones basadas en MBSR se ha venido repitiendo en diferentes investigaciones desde entonces (McBee, Westreich y Likourezos, 2004; Wells et al., 2013; Quintana et al., 2014).

Un segundo grupo de tratamientos asociados a técnicas de meditación concentrativa, como la práctica del ejercicio "Kirtan-Kriya" o prácticas derivadas del Zen (mantras, ejercicios respiratorios en posiciones de meditación sentada, visualizaciones, etc.), también están mos-



trando su utilidad en la mejora de la cognición y la disminución de la psicopatología en personas mayores con EA leve (Pagnoni y Cekic, 2007; Hu, Chang, Prakash y Chaudhury, 2011; Moss et al., 2012).

Estas prácticas parecen producir diferentes beneficios para la salud en el envejecimiento que potencialmente son beneficiosas para el manejo de personas mayores institucionalizadas en servicios sociosanitarios. Xiong y Doraiswamy (2009) exponían los siguientes aspectos para indicar la utilización de estas técnicas en esta población: 1º) la reducción de la secreción de cortisol inducido por el estrés, lo que podría tener efectos neuroprotectores incrementando los niveles del factor neurotrófico cerebral, 2º) la disminución lipídica y del estrés oxidativo, los cuales podrían reducir el riesgo de enfermedad cerebrovascular y de neurodegeneración derivada de la misma y 3º) debería fortalecer los circuitos neuronales y mantener la reserva cognitiva. En la misma línea Larouche, Hudon y Goulet (2015) indican que la práctica de mindfulness podría frenar el deterioro cognitivo minimizando los efectos de la sintomatología asociada a la demencia favoreciendo el manejo del estrés, reduciendo los efectos de los trastornos del estado de ánimo y reduciendo los procesos inflamatorios asociados a la muerte neuronal. No obstante, a pesar de todas estas evidencias que parecen avalar la utilización de estas prácticas, los mecanismos que sustentan el funcionamiento de mindfulness permanecen en fase de investigación (Tang et al, 2015) y animan a seguir profundizando en la investigación de estas prácticas.

LA ATENCIÓN CONJUNTA COMO PARADIGMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS EN CONTEXTOS SOCIOSANITARIOS

El entrenamiento basado en mindfulness con personas mayores institucionalizadas se basa en el entrenamiento conjunto de las habilidades cognitivas asociadas a las prácticas de atención orientadas a las AVD. La atención conjunta es la situación de interacción primordial sobre la que se construye la comunicación y el desarrollo cognitivo (Werner y Kaplan, 1963). La experiencia perceptiva cambia cuando se atiende a un objeto en solitario versus cuando se atiende de modo conjunto con otra persona. En éste último caso, además del objeto, la existencia de la otra persona atendiendo conjuntamente se convierte en un elemento constitutivo de la experiencia. Así, la atención conjunta no consiste

únicamente en ver el mismo objeto que el otro ve, sino en ver el objeto como algo de lo que el otro es también consciente. Esta conciencia de compartir el foco atencional sucede de manera natural en el acto de hacer referencia, al intercambiar, ver, o tocar cosas con el otro y, con frecuencia, supone compartir actitudes hacia el objeto o evento. En un clásico trabajo sobre la emergencia de la atención conjunta, Werner y Kaplan (1963; p.44) afirmaron que la atención conjunta triádica (persona-persona-objeto) marca “un cambio de percibir los objetos como puramente “cosas sobre las que actuar” a percibirlos como “objetos de contemplación”. En este contexto, la actitud contemplativa no debe ser entendida como actitud pasiva o ausencia de actividad, sino como una actividad cuyo objetivo primordial es la adquisición de conocimiento sobre el mundo que nos rodea en el momento presente. El acto de contemplar lo definían como la atención a un objeto de un modo particular: con vistas a hacerse consciente de cómo es el objeto, en lugar de manipularlo u obtener algo de él. En el marco del desarrollo infantil, la emergencia de esta capacidad para contemplar o atender conjuntamente a un objeto o suceso, que Trevarthen (1993) denominaba intersubjetividad secundaria, supone un nuevo nivel en la interacción intersubjetiva que da acceso a un mundo compartido. Este paso también ha sido identificado como el acceso a la perspectiva de tercera persona, expresado como seguimiento de la atención, que completaría la perspectiva de la segunda persona, expresada como contacto con la atención.

En esta concepción de la Atención Conjunta se destacan dos componentes principales: a) el seguimiento de la atención, cuando un sujeto atiende al mismo objeto de atención que otro sujeto en respuesta a la atención de este último, y b) el contacto con la atención, cuando cada sujeto atiende de manera mutua a la atención del otro. Cada componente puede aparecer por separado o puede ser combinado en lo que se denomina comunicación referencial, en la que se llama la atención del otro sobre un objeto. En síntesis, esta concepción de la Atención Conjunta no sólo nos permite comprender los elementos implicados en el acceso a un mundo compartido en el marco del desarrollo infantil, sino que también nos permite comprender los elementos que deben ser tenidos en cuenta para ayudar a las personas a permanecer en un mundo compartido cuando presentan deterioro cognitivo.



Esta visión de la atención conjunta ofrece un marco conceptual del que se derivan consecuencias prácticas para construir un programa de entrenamiento en mindfulness en la acción en personas con Enfermedad de Alzheimer como han desarrollado Quintana et al. (2014) con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo, funcional y la psicopatología. La principal consecuencia práctica consiste en que el entrenamiento tiene que realizarse tanto con el enfermo como con el auxiliar o cuidador principal, de modo que la práctica se incorpore en las AVD. De esta manera, el cuidador indica hacia que dirigir la atención con una actitud de presencia consciente, atenta y empática, así como con curiosidad y afecto por lo que se está compartiendo. Este aspecto es la principal aportación de esta propuesta, pues se pone el énfasis en seguir potenciando las capacidades en las actividades cotidianas, apostando por el desarrollo de actividades significativas que pueda seguir haciendo el enfermo, sin introducir tareas que no tienen nada que ver con el desarrollo del ciclo vital y su historia personal.

APLICACIÓN DE MINDFULNESS EN SERVICIOS SOCIO SANITARIOS

Aunque los beneficios potenciales de la práctica de mindfulness podrían ser fáciles de ver, no está claro cómo implementarlo en el contexto sociosanitario para que se produzca una práctica significativa. Dado el papel clave que la pérdida de la memoria inmediata desempeña en el curso del deterioro cognitivo, se puede esperar que los enfermos simplemente se olviden de practicar los ejercicios. Para superar este obstáculo, el programa de entrenamiento se debe construir en torno a tres pilares básicos: a) los cuidadores, b) las AVD (básicas, instrumentales y/o avanzadas) y c) la conciencia del momento presente de forma compartida, siendo el cuidador en primer lugar el que hace la sugerencia sobre a qué elemento de la experiencia se le empieza a prestar atención. La idea básica en la intervención es instruir a los cuidadores para practicar la presencia consciente y abierta con curiosidad hacia el momento presente con el enfermo en las diferentes AVD. En este contexto es la significación de la tarea compartida el hilo conductor para que no se realicen actividades carentes de relevancia personal. Por tanto, es una intervención que requiere un enfoque altamente individualizado.

Entrenamiento de mindfulness con los profesionales sociosanitarios

Organizar un servicio basado en mindfulness en la acción orientado hacia las AVD tiene que basarse fundamentalmente en el desarrollo de un programa de formación continuada con el personal técnico y cuidador. El entrenamiento propuesto tiene una doble directriz: en primer lugar se propone como una práctica formal en sesiones grupales semanales con los diferentes profesionales de cada servicio, prescribiéndose media hora diaria de práctica individual seis días a la semana para casa. En segundo lugar se fomenta como una práctica informal en el desarrollo de las AVD básicas (alimentación, aseo, traslados, etc.) e instrumentales (actividades terapéuticas en general o salidas con familiares) en el desarrollo de las tareas de trabajo en el centro.

La práctica formal de mindfulness constituye períodos establecidos para la meditación guiada con sesiones basadas en las prácticas del programa de estimulación para enfermos de Alzheimer basada en mindfulness (MBAS "Mindfulness-Based Alzheimer` Stimulación") de Quintana et al., (2014). También se proponen ejercicios de hatha yoga en silla diarios según las recomendaciones de Armendia (2009). La práctica informal incluye que todas las AVD que se desarrollan cotidianamente como: comer, dormir, trabajar, jugar, etc. se realicen de forma conjunta con el cuidador. Todo se puede hacer con presencia plena. Hay actividades que se pueden practicar de modo formal e informal, como estar de pie de cierto modo. La versión formal es un ejercicio de yoga, sin embargo esta posición es fácil hacerla de forma cotidiana de manera informal, por ejemplo en la ducha, en la cola del supermercado, o en cualquier otra circunstancia que requiera esta posición.

Las prácticas formales e informales fortalecen esta capacidad metacognitiva. La práctica formal proporciona apoyo y conocimiento, mientras que la práctica informal aporta la manera de integrar mindfulness en la vida cotidiana y favorece un cambio en los hábitos de vida. A medida que se profundiza en la práctica, estas divisiones tienden a desaparecer como manifiesta McBee (2008). Por esta razón se plantea un entrenamiento cotidiano para conseguir consolidar la práctica de la atención plena en las AVD básicas, pues estas son las tareas principales en la organización de los servicios sociosanitarios.



Las actividades formales realizadas en cada una de las sesiones tienen la siguiente organización general:

- 1) Se organizan grupos pequeños de 8 enfermos como máximo.
- 2) Se entrena a los enfermos simultáneamente con los cuidadores en sesiones formales de 1 hora de duración una vez a la semana.
- 3) Se prescribe un trabajo para la práctica en las AVD básicas e instrumentales como se muestra en la Tabla 1.
- 4) Se prescriben diariamente los ejercicios de Kirtan Kriya propuestos por Newberg et al. (2010) (figura 1) y los ejercicios de estimulación sensorial que pueden observarse en la tabla 2.
- 5) Se utilizan técnicas de validación (Feil, 1984) y orientación en la realidad (Spector, Davies, Woods y Orrell, 2000) con los auxiliares usando mindfulness en la acción como forma de orientarse al momento presente en cada una de las AVD.

Sesiones informales en el desarrollo de las AVD: las auxiliares como agentes facilitadoras de mindfulness en acción

Es importante destacar que la implementación de programas de mindfulness eficaces debe estar supervisado por personal especializado y entrenado en estas técnicas. Además, la organización en servicios sosiosanitarios debe ser inclusiva para los cuidadores profesionales y los familiares, pues de esta forma pueden ser llevados a cabo en una amplia variedad de contextos y distintos ambientes. Así se consigue que la práctica de mindfulness se desarrolle de forma implícita y sea parte de la nueva rutina diaria en la organización funcional de actividades cotidianas del personal auxiliar y las personas mayores.

El principal beneficio con esta organización es que se consigue una intervención precoz e intensa (de 10 a 20 horas semanales) en el periodo que dura el ingreso de la persona en el centro sosiosanitario. Es importante destacar que se produce un efecto acumulativo con pequeñas prácticas de 2 a 3 minutos en el desarrollo de las AVD básicas diariamente. De esta forma conseguimos un mínimo de práctica diaria de unos 90 minutos. Para conseguir este propósito es fundamental que las familias estén implicadas activamente, el personal debe estar altamente especializado para lo que debe recibir una formación continuada específica. La intervención tiene que contar con una programación individualizada, una evaluación continua del progreso, niveles de apoyo personal, tem-

poral y físico intenso y por último, la generalización de los aprendizajes debe estar convenientemente planificada. En las tablas 1 y 2 se exponen las diferentes prácticas desarrolladas en las diferentes AVD. Es importante destacar que se utiliza el índice de Barthel (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997) para facilitar la comunicación con todos los profesionales, pues se trata de una escala de amplia divulgación en el campo geriátrico (Flores, Cruz, González, López y Abizanda, 2014).

CONCLUSIONES

La atención en los servicios sosiosanitarios con programas basados en mindfulness es una perspectiva que permite el desarrollo práctico del modelo de atención centrada en la persona. Este entrenamiento ofrece la posibilidad de transformar las AVD para que la acción en el presente siga siendo el eje vertebrador de las vivencias personales.

La organización de las AVD a través de la atención conjunta permite incrementar la satisfacción personal en los cuidadores, a la vez que se dota de un significado terapéutico la vida cotidiana. Este aspecto es fundamental en la intervención geriátrica, pues la organización de los cuidados debe estar dirigida al mantenimiento de las capacidades funcionales que se producen en el momento presente y que son la base sobre la que se construye la vida.

Por último se destaca que esta propuesta de intervención en las AVD lleva desarrollándose en el Centro de Estancias Diurnas para Demencias del Centro Sosiosani-

FIGURA 1
EJERCICIO DE ATENCIÓN AL PRESENTE KIRTAN KRIYA

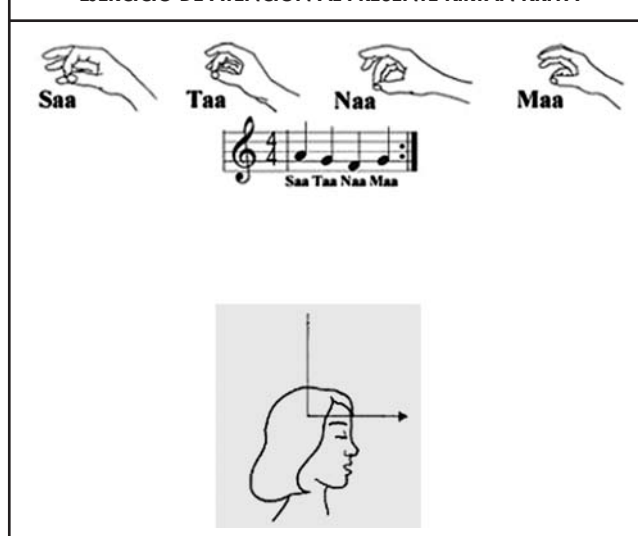


TABLA 1
EJERCICIOS DE ATENCIÓN AL PRESENTE EN LAS AVD BÁSICAS E INSTRUMENTALES

AVD básicas	Ejercicios de atención al presente mediante la atención compartida
Traslados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de entrar a la habitación tocar, después pedir permiso para pasar y hacer tres respiraciones mientras se desea que la persona cuidada tenga un buen día. 2. Pedirle a la persona que abra los ojos, darnos cuenta cómo se siente y con una sonrisa lo invitamos a respirar durante dos minutos, contando las respiraciones si el deterioro cognitivo es avanzado. 3. Antes de incorporarse, se le pide que verbalice que deseo tener un día en calma y que pida por el compañero de habitación y compañeros del centro en general. 4. Cuando está sentado en la cama se le pide que realice 10 respiraciones. 5. Cuando se pone de pié se le pide que realice 3 respiraciones.
Alimentación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de empezar a comer observar la comida, respirar tres veces y dar gracias por disfrutar de la oportunidad de una nueva comida. 2. Al degustar la primera cucharada saborear durante unos instantes la comida, siendo consciente de las texturas y del sabor. 3. Desear que el resto de personas disfruten de la comida y desear que estén en calma. 4. Antes de tomar el postre, preferiblemente una fruta, olerla antes de morderla, percibir la sensación que produce, después morderla, y volver a olerla y sentir nuevamente las sensaciones. 5. Al finalizar la comida, realizar un repaso de los alimentos ingeridos, dar nuevamente gracias por la alimentación, percibir las sensaciones que se tienen y despedirse con una sonrisa del momento de la comida.
Aseo personal y baño	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la mañana, frente al espejo, se indica que se dé cuenta de su imagen, que se sonría y que desee tener un día en armonía. 2. Cuando se enjuague con el agua se le indica que esté atento a la temperatura del agua, ajustándola sin hacer comentarios críticos, empezando desde la zona fría hasta llegar a la temperatura deseada. 3. Al acercarse las manos a la cara se establece un ligero masaje con las manos húmedas, primero con agua templada y finalmente con agua fría. Se realiza un suave masaje por toda la cara, la frente, las orejas, los ojos, los cachetes, la boca, la barbilla y el cuello. 4. Se realizan tres respiraciones y se toma consciencia del estado en el que se esté, sin juzgarlo. 5. Se toma el peine o el cepillo y se arregla el pelo de forma atenta, acompasando cada pasada con la respiración durante 2 minutos. Para ello se incorpora un reloj de arena en el cuarto de baño. 6. Con el cepillado de dientes se realiza la misma actuación. 7. En la ducha se le sugiere al enfermo que utilice diferentes geles para cabeza y cuerpo con diferentes aromas que se irán cambiando mensualmente. Se le sugiere que antes de darse el jabón sea consciente del aroma durante 3-5 respiraciones. 8. Durante el baño se le sugiere que realice un escaneo corporal con la esponja, siendo consciente cuando se pasa por el cuello, brazos, pecho, abdomen, se le ayuda en la espalda, zona genital, piernas y pies donde se le vuelve a ayudar. 9. Antes de salir del baño nos sonreímos con los ojos cerrados durante 3-5 respiraciones, seguidamente abrimos los ojos y nos observamos de 3 -5 respiraciones sin juzgarnos.
Vestido	<ol style="list-style-type: none"> 1. En función del estado del enfermo se le deja que elija la ropa o se le proponen diferentes alternativas para que elija. Se le indica que realice la actividad pausadamente, siendo consciente de la respiración durante el proceso. Si se despista le volvemos a indicar que observe la respiración amablemente, con una sonrisa. 2. Cuando esté vestido, le indicamos que realice un escaneo corporal desde la cabeza hasta los pies. 3. Si el enfermo presenta un deterioro avanzado se aprovecha el momento del vestido para realizar un escaneo corporal mediante un masaje breve cuando se le introduce la ropa.
Uso del WC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le indica al enfermo que mientras esté sentado en la tasa que sea consciente de las respiraciones, sin preocuparse de las deposiciones o la micción. 2. Se acompaña de una música relajante, tipo Dan Gibson por ejemplo, y aromaterapia en los casos de estreñimiento.
Deambulación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al levantarse se indica que preste la atención en la tensión muscular en las piernas y la cintura. 2. Se le indica al paciente que preste atención a los cinco primeros pasos, contando del 1 al 5. 3. En cualquier momento del día se le indica al enfermo que nos acompañe caminando al ritmo de la respiración, un paso cuando se inspira y otro cuando se expira, durante 2 o 3 minutos. 4. Se planifican dos paseos diarios, uno en la mañana y otro en la tarde, en el que se camina al ritmo de la respiración contando el número de pasos mientras se inspira y el número de pasos mientras se expira. 5. Mientras se suben los escalones se dice paz cuando desplazas la pierna izquierda y calma cuando desplazas la derecha. 6. Subes los escalones al ritmo de cada inspiración y expiración, siendo consciente del estado corporal cuando finaliza el ascenso o el descenso. 7. Te desplazas a ritmo suave acompañado por una música relajada, por ejemplo "Air" de Johann Sebastian Bach o el "Longo" de Georg Friedrich Handel, o a una marcha más veloz al ritmo de los "Valses" de Johann Strauss. 8. Se realiza un paseo mientras se le presta atención a los sonidos continuos y cambiantes que se producen momento a momento (coches, voces, ladridos, música, etc.).
Acostarse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentados en la cama se propone que se realicen 10 respiraciones. 2. Se propone realiza un recorrido de las actividades desarrolladas a lo largo del día, siendo consciente de todos los momentos en los que se ha estado atento en la mañana, medio día y tarde. 3. Se realiza un escaneo corporal, de la cabeza a los pies durante 3-5 minutos permaneciendo acostado. 4. Se finaliza el día pidiendo tener una noche para descansar, estando en paz y armonía.

TABLA 2
EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL BASADOS EN MINDFULNESS

Estimulación Sensorial	Ejercicios acompañados de la atención a la respiración
Visual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilice pinturas de colores en las habitaciones de la casa. 2. Introduzca un emoticono en el espejo del baño. 3. Introduzca un reloj de arena en el baño y esté atento a la respiración mientras se cepilla los dientes. 4. Realice sesiones con luces brillantes procedentes de fuentes luminosas. 5. Utilice platos de colores para las diferentes comidas. 6. Haga que la persona mayor y el cuidador busquen objetos en un recipiente con arena, arroz, etc. 7. Póngase guantes de colores en las manos y muévalas. 8. Ponga un acuario con peces de colores y durante unos instantes indique que mire el pez azul, después cambie e indique el naranja, ... 9. Visualización de una película elegida por el enfermo en la que se le da la instrucción de que se fije como se siente cuando se identifica con el protagonista masculino o el femenino en función de la escena elegida. 10. Visualización de videos musicales con imágenes de la naturaleza.
Auditiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduzca cajas de música, campanas, cuencos tibetanos en la realización de ejercicios de movimiento y para iniciar y terminar las sesiones. 2. Ponga las manos del enfermo o familiar en la boca, garganta, pecho, nariz y balbucee, canturree o emita sonidos vocálicos y consonánticos. 3. Emita sonidos de animales mediante aplicaciones audiovisuales. 4. Utilice instrumentos de música, desde los sonidos más suaves hacia los más graves. 5. Ponga al enfermo y cuidador una pulsera de cascabeles en la muñeca o en los tobillos y realice ejercicios de meditación caminando, cada paso cuando no se escuche el sonido de los cascabeles. 6. Haga juegos de manos sencillos que impliquen acción tipos go/no go. 7. Cante canciones sencillas que se acompañen de movimiento. 8. Introduzca materiales que hagan ruido. Por ejemplo doblar o estrujar papel de celofán, papel de envolver, periódicos, etc. 9. Escuche distintos tipos de música. 10. Escuchen los sonidos de los electrodomésticos.
Táctil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de un escaneo corporal masajeando cada parte del cuerpo. 2. Automasaje de la mano al ritmo de la respiración. 3. Automasaje de la cara al ritmo de la respiración. 4. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar los diferentes elementos en la comida, cubiertos, vasos, platos, frutas, etc. 5. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar el agua fría, caliente y tibia en el aseo o el baño. 6. Fijarse en las sensaciones táctiles al cepillarse los dientes. 7. Fijarse en las sensaciones táctiles en la planta del pie al realizar los ejercicios de yoga en silla descalzos. 8. Fijarse en las sensaciones táctiles en la planta de los pies al caminar descalzos por diferentes superficies. 9. Fijarse en las sensaciones táctiles al tocar juegos con diferentes materiales, plastilina, arcilla, arena, macarrones, arroz, cereales, alubias, tejidos de distintas texturas, etc. 10. Fijarse en las sensaciones táctiles de todo el cuerpo mientras se permanece tumbado en la cama, arena o encima de la hierba.
Olfativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a la persona mayor y al cuidador a múltiples experiencias distintas utilizando objetos cotidianos como la colonia, desodorante, polvos de talco, pasta de dientes, etc. 2. Se proporcionan experiencias mediante la utilización de especias y hierbas aromáticas como la canela, menta, chocolate, ajo, orégano, tila, café, etc. 3. Se exponen olores de distintas frutas y verduras como limón, naranjas, manzana, plátano, guisantes, cebollas, coliflor, patatas, pepinillo, etc. 4. Se proporcionan experiencias para experimentar distintos aromas de flores como las rosas, claveles, lirios, etc. 5. Se proporcionan la oportunidad de oler distintos productos de limpieza como espíritu de sal, amoníaco, fregasuelos de pino, etc. 6. Se proporcionan experiencias en el domicilio que identifiquen los olores del hogar, la cocina, el dormitorio, la entrada, etc. 7. Se sugiere que se utilice distintos recipientes con mezclas de flores secas, ambientadores, inciensos para cada habitación de la casa. 8. Se sugiere que durante el baño se utilice gel y champú con aroma. 9. Se sugiere que se enciendan velas olorosas los fines de semana y fiestas especiales como cumpleaños, aniversarios, etc. 10. Asocie determinados olores a cada estación del año.
Gusto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se proporcionan experiencias con sabores dulces como azúcar, miel, manzana, fresa, golosinas, etc. 2. Se proporcionan experiencias con sabores agrios como el limón, pomelo, lima, nata líquida, yogurt, pepinillos, etc. 3. Se proporcionan experiencias con sabores ácidos como chocolate ácido, té, café, vinagre, canela, mostaza, etc. 4. Se proporcionan experiencias con sabores salados como sal, patatas fritas, anchoas, aceitunas, etc. 5. Se proporcionan experiencias con sabores variados como anís, menta, cerveza sin alcohol, guirlache, etc. 6. Mantenga al enfermo cerca mientras cocina, comparta los ingredientes a medida que los utiliza y favorezca que colabore en la elaboración de los platos. 7. Compre distintas pastas de dientes de sabores. 8. Experimente con distintas variedades de pan. 9. Experimente con distinto tipo de jugos de frutas y verduras. 10. Introduzca sabores de especias como la pimienta, curry, etc. Hágalo gradualmente en función del paladar del enfermo.

tario El Pino desde el año 2011. Durante este periodo se ha mostrado un beneficio en la estabilización clínica de las personas que acuden a este servicio (Pérez-Wehbe et al., 2014). El aval científico para organizar esta propuesta de intervención de mindfulness en acción se ha fundamentado en el primer ensayo clínico aleatorizado longitudinal sobre tratamientos no farmacológicos y enfermedad de Alzheimer que ha mostrado cómo la práctica de mindfulness presentaba un mantenimiento de las capacidades cognitivas, funcionales y psicopatológicas en al menos dos años (Quintana et al., 2014). Es importante seguir trabajando en esta línea, pues nuevos ensayos permitirán consolidar estos resultados.

REFERENCIAS

- Armendia, J. L. (2009). *Yoga en la silla*. Donostia: Hiria.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Cid-Ruzafa, J. y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 127-137.
- Deepeshwar, S., Vinchurkar, S. A., Visweswaraiah, N. K., y Nagendra, H. R. (2014). Hemodynamic responses on prefrontal cortex related to meditation and attentional task. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, 252. <http://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00252>
- Feil, N. (1984). Communicating with the confused elderly patient. *Geriatrics*, 39(3), 131–132.
- Flores Ruano, T., Cruz Jentoft, A.J., González Montalvo, J.I., López Soto, A y Abizanda Soler, P. (2014). Herramientas de valoración geriátrica en Servicios de Geriátrica españoles. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 2014;49:235-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.05.002>
- Fox, K. C. R., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P. Sedlmeier, P. y Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 43, 48–73. <http://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2014.03.016>
- Gunaratana, B. H. (1996). *Mindfulness in plain English* (Revised & enlarged edition). Boston: Wisdom Publications.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., y Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36–43. doi:10.1016/j.psychresns.2010.08.006
- Hu, X., Chang, F., Prakash, R., y Chaudhury, S. (2011). A theoretical model of efficacy of concentrative meditation for cognitive rehabilitation of dementia. *Medical Hypotheses*, 77(2), 266–269. doi:10.1016/j.mehy.2011.04.031
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised Edition). New York: Bantam.
- Khalsa, D. S., Amen, D., Hanks, C., Money, N., y Newberg, A. (2009). Cerebral blood flow changes during chanting meditation. *Nuclear Medicine Communications*, 30(12), 956–961. <http://doi.org/10.1097/MNM.0b013e32832fa26c>
- Lantz, M. S., Buchalter, E. N., y McBee, L. (1997). The Wellness Group: a novel intervention for coping with disruptive behavior among [corrected] elderly nursing home residents. *The Gerontologist*, 37(4), 551–556.
- Larouche, E., Hudon, C., & Goulet, S. (2015). Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: an interdisciplinary perspective. *Behavioural Brain Research*, 276, 199–212. <http://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.05.058>
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gris, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., McCarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore, C.I. y Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893–1897.
- López Mongil, R., López Trigo, J. A., Castrodeza Sanz, F. J., Tamames Gómez, S., y León Colombo, T. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 44(1), 5–11. doi:10.1016/j.regg.2008.06.001
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 8. doi:10.3389/fnins.2013.00008
- Martínez, T. (2014). La atención personalizada en los



- servicios gerontológicos. En P. Rodríguez y T. Vilà (Eds.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad* (pp. 280-293). Madrid: Tecnos.
- McBee, L., Westreich, L. y Likourezos, A., (2004). A psychoeducational relaxation group for pain and stress management in the nursing home. *Journal of Social Work in Long Term Care*, 3(1) 15-28, 2004
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A care model for frail elders and their caregivers* (1st ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Moss, A. S., Wintering, N., Roggenkamp, H., Khalsa, D. S., Waldman, M. R., Monti, D., y Newberg, A. B. (2012). Effects of an 8-week meditation program on mood and anxiety in patients with memory loss. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(1), 48-53. doi:10.1089/acm.2011.0051
- Newberg, A. B., Wintering, N., Khalsa, D. S., Roggenkamp, H., y Waldman, M. R. (2010). Meditation effects on cognitive function and cerebral blood flow in subjects with memory loss: a preliminary study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20(2), 517-526. doi:10.3233/JAD-2010-1391
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Boletín Segunda Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid: OMS.
- Pagnoni, G., y Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*, 28(10), 1623-1627. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2007.06.008
- Pérez-Wehbe, A.I., Quintana Hernández, D.J., Aguilar Zerpa, N. Bello Ponce R.C., Espinosa Embestro C. y Trujillo, J. (2014). Programa de estimulación integral enriquecida para enfermos con demencia: El modelo ICOT. *Revista Española de Geriatria y Gerontología (Especial Congreso)*, 49, 73.
- Quintana Hernández, D. J., Miró Barrachina, M. T., Ibáñez Fernández, I., Del Pino, A. S., García Rodríguez, J. R. y Hernández, J. R. (2014). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(4), 165-172. doi:10.1016/j.regg.2014.03.002.
- Quintana Hernández, D.J. y Quintana Montesdeoca M.P. (2014). La eficacia de la estimulación para el Alzheimer basada en mindfulness (MBAS) en la progresión del deterioro cognitivo: un ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 101-112. doi:10.1989/ejihpe.v4i2.57
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., y Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 40(2), 206-212. <http://doi.org/10.1093/geront/40.2.206>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K., y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(4), 213-225. <http://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Trevarthen, C. (1993) The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Nieser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self knowledge*. New York: Cambridge University Press.
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Vikström, S., Sandman, P.-O., Stenwall, E., Boström, A.-M., Saarnio, L., Kindblom, K., Edwarsson, D. y Borrell, L. (2015). *A model for implementing guidelines for person-centered care in a nursing home setting*. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 49-59. <http://doi.org/10.1017/S1041610214001598>
- Warren, M. W. (1946). Care of the chronic aged sick. *Lancet*, 1(6406), 841-843.
- Watson, J. (2010). Caring science and the next decade of holistic healing: Transforming self and system from the inside out. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*, 30(2), 14-16
- Wells, R.E., Yeh, G.Y., Kerr, C.E., Wolkin, J., Davis, R.B., Tan, Y., Spaeth, R., Wall, R.B., Walsh, J., Kaptchuk, T.J., Pulse, D., Phillips, R.S. y Kong J. (2013). Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: a pilot study. *Neuroscience Letters*, 556, 15-19. <http://doi.org/10.1016/j.neulet.2013.10.001>
- Werner, H. y Kaplan, B. (1963). *Symbol formation: An organismic developmental approach to language and the expression of thought*. New York: Wiley.
- Xiong, G. L. y Doraiswamy, P. M. (2009). Does meditation enhance cognition and brain plasticity? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172, 63-69. <http://doi.org/10.1196/annals.1393.002>

