



INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

José Martínez Florindo a, M^a Dolores Escarabajal Arrieta b.

a Máster en Gerontología Social: Longevidad, Salud y Calidad

jomaflor@gmail.com

b Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología, Universidad de Jaén.

descara@ujaen.es

RESUMEN:

La Organización Mundial de la Salud conceptualiza al mayor sano como una persona cuyo estado de salud se considera, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de las capacidades funcionales, y es en este marco en el que se desarrolla el programa de intervención en mindfulness que se propone en este trabajo. La persona mayor, como parte de su proceso de envejecimiento normal, modifica una serie de parámetros psicofisiológicos, que no necesariamente dan lugar al desarrollo de enfermedad o dependencia. Si nuestros mayores y ancianos desarrollan, mantienen y/o potencian sus capacidades psicopsicosociobiológicas obtendrían una mejora de su salud y, por extensión, de su calidad de vida. En este marco, el objetivo de nuestro trabajo ha sido determinar la influencia del mindfulness en una serie de parámetros psicofisiológicos en personas mayores de 65 años. Los resultados indican una mejora significativa de las variables evaluadas, lo que podría indicar la eficacia de este tipo de intervención en personas mayores, repercutiendo positivamente en su salud biopsicosocial.

Agradecemos al Hogar de Jubilados y Pensionistas (Gerena, Sevilla) su apoyo para llevar a cabo este trabajo y a los participantes en el mismo su disposición, aprendizajes y enseñanzas.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones emocionales son frecuentes entre las personas mayores ya que son muchos los cambios físicos, psicológicos y sociales a los que se enfrentan en un momento de su vida en el que, además, su calidad de vida global puede no ser del todo satisfactoria.

En este sentido, y dado que entre el colectivo de personas mayores es cada vez más frecuente y elevado el consumo de fármacos para tratar enfermedades y diversas patologías, es fundamental que el objetivo en salud sea la prevención y la búsqueda de tratamientos alternativos a los farmacológicos, que sean además menos invasivos o sin los indeseables efectos secundarios de aquéllos.

Diversas ciencias de la salud, como la medicina o la psicología, como parte de sus tratamientos de intervención, utilizan técnicas de meditación, sobre todo las de origen en la tradición budista, se que se han denominado conceptualmente como mindfulness (atención o conciencia plenas).

Las terapias basadas en la meditación mindfulness surgen como una buena alternativa para el tratamiento de enfermedades crónicas, las que generan dependencia o las que alteran en algún sentido la calidad de vida de la persona afectada y de su entorno más inmediato.

Este tipo de terapias se han integrado en las denominadas "terapias de tercera generación" o "la tercera ola de terapias de conducta" (1-3) y a diferencia de las de primera y segunda generación, las llamadas de tercera generación no buscan eliminar el problema sino que se centran en el cambio del aspecto psicológico mediante modificaciones de los contextos verbales en los que determinados eventos cognitivos resultan problemáticos. Otro aspecto destacable es que son contextualistas por lo que se busca focalizarse en un evento de forma holística (4).

Existen numerosas investigaciones que analizan el impacto de este tipo de terapias en la población en general y a lo largo de un amplio espectro de edades (niños, adolescentes, adultos) y dolencias o alteraciones, como cáncer y enfermedad crónica (5-6). Su efecto sobre la influencia en la salud psicológica (7), el dolor crónico (8), el estrés (9-12), las adicciones (13) lesiones medulares (14), personalidad (15), y la atención (16), la tolerancia al dolor (17) entre otras.

Sin embargo, pese a lo expuesto anteriormente y que en ancianos también se han llevado a cabo estudios, ha sido en menor número (18-23), que cuando lo centramos en la población española de personas mayores es mínimo.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

En este sentido, el objetivo de nuestro trabajo ha sido llevar a cabo una intervención en un grupo de personas ancianas, para lograr aumentar los niveles de permeabilidad eléctrica corporal al paso de la corriente, antes y después de la intervención, ofreciendo así una mejor adaptación ante la presencia de cualquier tipo de alteración o patología mediante el entrenamiento en meditación mindfulness (MM).

Se espera conseguir que aquellos participantes entrenados en MM desarrollen un mayor aumento en los niveles de permeabilidad eléctrica corporal al paso de la corriente frente a aquellos otros participantes entrenados en relajación muscular progresiva (RMP).

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 28 personas mayores de 65 años, que fueron distribuidas en dos grupos (grupos experimental y control) con 14 participantes cada uno de ellos.

La distribución de los participantes, en los diferentes grupos de intervención, se realizó de forma aleatoria, siguiendo un método probabilístico aleatorizado, emparejado para garantizar la homogeneidad de los participantes, en variables de edad y sexo.

Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta que ninguno de los participantes hubiera practicado anteriormente alguna técnica de meditación y que no presentaran ningún impedimento físico ni psicológico que pudiera interferir en el desarrollo de las sesiones.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA GENERAL

El programa se divide en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento.

1. *Evaluación pretratamiento*: cuestionario biográfico; medidas de resistencia de la piel.
2. *Tratamiento*: sesiones de información, entrenamiento en técnicas de relajación muscular y en técnicas de respiración (RMP), entrenamiento en meditación mindfulness (MM).
3. *Evaluación postratamiento*: medidas de resistencia de la piel.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

MEDICIONES

Se ha evaluado la resistencia al paso de la corriente eléctrica, registrada mediante un óhmetro u ohmiómetro (dispositivo de medición que ayuda a localizar circuitos abiertos o cortocircuitos midiendo la resistencia del componente o circuito bajo prueba).

Mediante este instrumento se mide la resistencia, o simplemente continuidad, de un circuito o parte de él. La unidad de medida son los millohmios (Millohmios $m\Omega$). La base que rige su funcionamiento se basa en el voltímetro para medir resistencias y se configura habitualmente en circuitos tipo serie y/o derivación.

Debido a que la resistencia es la diferencia de potencial que existe en un conductor dividida por la intensidad de la corriente que pasa por el mismo, un ohmímetro evalúa desde dos posiciones de los electrodos (emisión y recepción de corriente), para ello dispone de su propio generador para producir corriente eléctrica, en este caso, la corriente utilizada es inferior a la generada por una pila doméstica.

Para la realización de la medición los participantes fueron citados de forma contrabalanceada por grupos, buscando mantener las mismas condiciones para todos los registros.

El protocolo de medición se ha llevado a cabo a la misma hora del día y con las mismas premisas ambientales (condiciones de la sala, luz, lectura y explicación de lo que se le va a realizar al participante, etc.). Para la recogida de datos se colocan unas pinzas con electrodos en la zona ventral de la muñeca, con la aplicación previa en el sensor eléctrico de gel facilitador de la conducción eléctrica, que ayuda a la optimización en la conductibilidad y toma de resultados de forma más eficiente.

PROCEDIMIENTO

El trabajo que se presenta es un ensayo clínico controlado aleatorizado (ECCA), con diseño paralelo, doble ciego (participantes y evaluador). Se ha llevado a cabo una asignación aleatoria simple para asegurar una evaluación no sesgada de los tratamientos, los grupos de estudio (experimental y control) han sido equivalentes en todo, excepto en el tipo de intervención recibido (24).

Los participantes fueron citados telefónicamente para la sesión informativa inicial (que se desarrolló en una sala acondicionada para la realización de este trabajo), donde se les explicaron los pormenores del estudio y se ofreció la posibilidad de formar parte de él.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

Aquellos que accedieron firmaron un consentimiento informado, y fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental (intervención en meditación mindfulness) y control (intervención en relajación muscular progresiva).

Las mediciones se tomaron antes y después de la intervención.

INTERVENCIONES

El programa de intervención que se implementó fue descrito a los participantes como un tratamiento para reducir el estrés.

El entrenamiento en meditación mindfulness (atención plena) fue llevado a cabo por un experto terapeuta clínico en la materia (con entrenamiento en meditación Vipassana), con más de 10 años de experiencia en meditación personal en el momento del estudio, y el entrenamiento en relajación muscular progresiva por un psicólogo clínico, también con dilatada experiencia en intervenciones para el control del estrés.

Las sesiones de intervención se desarrollaron en grupos pequeños (7 personas por grupo, 14 integrantes en el grupo experimental y 14 integrantes en el grupo control).

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON Y EN TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN (25, 26).

Dicho entrenamiento se desarrolló en cinco sesiones de dos horas de duración cada una y con periodicidad semanal, que debía ser completado con la práctica diaria en casa por parte de los participantes.

En las cuatro primeras sesiones se entrenó a los pacientes en la relajación de una serie de grupos musculares, por medio de ejercicios de tensión-relajación. En cada sesión se entrenaba uno de los siguientes grupos musculares: extremidades superiores; área facial, cuello y hombros; tórax y abdomen; extremidades inferiores, siguiéndose el orden expuesto. La quinta sesión se destinaba a una relajación completa en la que no se incluían ya ejercicios de tensión muscular.

Estos participantes fueron también entrenados en técnicas de respiración como un apoyo a la relajación muscular. La técnica de respiración utilizada se basó especialmente en la práctica de la respiración abdominal.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

ENTRENAMIENTO EN MEDITACIÓN MINDFULNESS

La intervención siguió el modelo propuesto por el trabajo de Kabat-Zinn (27). Una MM con actividades cotidianas, como respiración, sentado, acostado y caminando, y a través de la atención dirigida a sensaciones, pensamientos y emociones.

Los grupos fueron entrenados dos horas a la semana, durante ocho semanas.

Las técnicas utilizadas fueron (A) la exploración del cuerpo, en la que el participante es guiado a poner su atención, sin juzgar, en cada zona del cuerpo, desde los dedos hasta la parte superior de la cabeza, (B) la práctica centrada en la atención en la respiración mientras se está sentado en una silla o en un cojín de meditación en el suelo, y (C) la meditación caminando, que es entrenamiento en caminar lento y atento con la atención centrada en la sensación y/o respiración.

El protocolo incluyó ejercicios diarios para que cada participante practicara en su casa diariamente durante unos 15 minutos.

Cabe destacar que en ambos tipos de intervención (MM y RMP) se ha incidido por parte de los terapeutas en que eran técnicas que, para desarrollar su efectividad, se debían practicar diariamente en casa. Además, a todos los participantes se les proporcionó un CD de práctica realizar ese entrenamiento y fueron animados a entrenar cada día.



© Jose Martinez Florindo

Grupo de participantes durante una sesión de meditación mindfulness

RESULTADOS

No se encontraron diferencias significativas entre las muestras evaluadas en relación con la edad, el sexo y las restantes condiciones demográficas recogidas.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

El análisis de los datos que se obtuvieron para el registro de la resistencia de la piel indicó que los grupos no eran distintos en relación con los resultados pretratamiento, sin embargo, tras la aplicación de la intervención en MM y RMP, los datos indicaron diferencias para los grupos postintervención, registrándose valores mayores de permeabilidad para los participantes del grupo MM frente a los del grupo RMP.

La información aportada por los participantes en relación con la práctica diaria llevada a cabo de modo particular en sus casas, no arrojó diferencias entre los grupos experimental y control.

CONCLUSIONES

Es indudable la efectividad de la terapia basada en mindfulness en diversas patologías y en distintos rangos de edad, incluidas las personas mayores y ancianas.

En un momento vital en el que encontrarle un sentido a su existencia y se plantean el sentido de la vida, consideramos que la MM puede ayudar a las personas mayores y ancianas a vivir el resto de sus vidas cómoda y dignamente (28), y facilitar a su entorno más inmediato su cuidado (29).

En el trabajo presentado nos planteamos utilizar la medida de la resistencia de la piel al paso de la corriente como una variable que indicaría, indirectamente, el estado de salud del paciente. En relación con esto, varios estudios han puesto de manifiesto la relación entre un aumento en la conductancia de la piel al paso de la corriente eléctrica y la presencia de niveles de ansiedad elevados (30, 31) o como el resultado de la vivencia de una situación estresante (32), estado que se ha vinculado repetidamente con la predisposición a la enfermedad o al desarrollo de ésta (33, 34), aportando con esta medida una nueva forma novedosa y completamente atraumática de determinar el estado de salud del paciente.

Por otra parte, los datos de consumo de fármacos en personas mayores de 65 años son alarmantes, desde el Ministerio de Sanidad (2011) se indica, a nivel nacional, un aumento progresivo en el consumo de medicamentos, a modo de ejemplo, el número de recetas prescritas en 2010 fue de 83.296.068, mientras que en 2011 fue de 86.317.086. Y lo mismo obtenemos en la mayor parte de las comunidades, por ejemplo, en Andalucía en 2010 fue de 16.068.619, mientras que en 2011 fue de 16.779.006, lo que supone un claro aumento en el tratamiento farmacológico a que se somete al paciente. En relación con esto, consideramos que la utilización de nuevos tipos de

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

terapia¹ son fundamentales para la prevención y tratamiento de diversas alteraciones y patologías, y es en este contexto en el que la MM tiene un gran futuro.

¹ Véase (35) para una revisión sobre el tema.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

REFERENCIAS

(1) Hayes SC. Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En Hayes SC, Follette VM, MM Linehan, editors. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition. New York: The Guilford Press, 2004a. p. 1-29.

(2) Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther.* 2004b;35:639-665.

(3) Mañas I. Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gac Psicol.* 2007;40:26-34.

(4) Hayes SC. Goals and varieties of scientific contextualism. En Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW, Sarbin TR, editores. *The varieties of scientific contextualism.* Reno, NV: Context Press; 1993. p. 11-27.

(5) Dobkin PL, Zhao Q. Increased mindfulness. The active component of the mindfulness-based stress reduction program? *Compl Ther Clin Pract.* 2011;17:22-7.

(6) Hoffman C, Ersner S, Hopkinson J. Mindfulness-based stress reduction in breast cancer: A qualitative analysis. *Compl Ther Clin Pract.* 2012; 18:221-6.

(7) Shian-Ling Keng SL, Smoski M, Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clin Psychol Rev.* 2011;31: 1041-1056.

(8) Kozak A. Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations. *Tech Reg Anest Pain Manag.* 2008;12:115-8.

(9) Mañas I, Justo C, Martínez E. Reducción de los Niveles de Estrés Docente y los Días de Baja Laboral por Enfermedad en Profesores de Educación Secundaria Obligatoria a través de un Programa de Entrenamiento en Mindfulness. *Clinica y Salud.* 2011;22(2):121-137.

(10) Berghmans C, Godard R, Joly J, Tarquinio C, Cuny P. Effets de l'approche de réduction du stress Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) et le mode de coping chez des patients diabétiques: une étude pilote contrôlée et randomisée. *Ann Med-Psychol.* 2012;170:312-7.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

(11) Agee J, Danoff-Burg S, Grant C. Comparing brief stress management courses in a community sample: mindfulness skills and progressive muscle relaxation. *EXPLORE*. 2009;5(2):104-9.

(12) Partoa M, Besharatb M. Mindfulness, psychological well-being and psychological distress in adolescents: Assessing the mediating variables and mechanisms of autonomy and self-regulation. *Procedia-Soc Behav Sci*. 2011;30:578-82.

(13) Leigh J, Bowen S, Marlatt A. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addict Behav*. 2005;30:1335-41.

(14) Suriá R, Meroño, A. Discapacidad y TBCM: una técnica de mejora en calidad de vida. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com. *Interpsiquis* 2012.

(15) Thompson B, Waltz J. Everyday mindfulness and mindfulness meditation: overlapping constructs or not? *Person Indiv Diff*. 2007;43:1875-85.

(16) Walsh J, Balint M, Smolira D, Kamstrup L, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: the role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Person Indiv Diff*. 2009;46:94-9.

(17) Kingstona J, Chadwicka P, Meronc D, Skinner C. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *J Psychosom Res*. 2007;62:297-300.

(18) Roth B, Stanley TW. Mindfulness-based stress reduction and healthcare utilization in the inner city: preliminary findings. *Altern Ther Health Med*. 2002;8(1):60-6.

(19) Weiss M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychother Psychosom*. 2005;74:108-12.

(20) Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK. I felt like a new person. The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *J Pain*. 2008;9(9):841-8.

(21) Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*. 2008;134(3):310-9.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

(22) Splevins K, Smith A, Simpson J. Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging Ment Health*. 2009;13(3):328-35.

(23) Young LA, Baime MJ. Mindfulness Based Stress Reduction: Effect on Emotional Distress in Older Adults. *Compl Health Pract Rev*. 2010;15(2):59-64.

(24) Lazcano E, Salazar E, Gutiérrez P, Angeles A, Hernández A, Viramontes JL. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pub Mex*. 2004;46(6):559-84.

(25) Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: Chicago University Press; 1938.

(26) Berstein DA, Borkovec TD. *Progressive relaxation training: a manual for the helping profession*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1983.

(27) Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psych*. 1982; 4:33-47.

(28) Sauer S, Walach H, Schmidt S, Hinterberger T, Horan M, Kohls, N. Implicit and explicit emotional behavior and mindfulness. *Consc Cogn*. 2011;20:1558-69.

(29) McBee L. Cuidado de ancianos basado en mindfulness: comunicar el mindfulness a ancianos delicados y a sus cuidadores. En Didonna F. editor. *Manual Clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclée; 2009.

(30) Soriano J, Menéndez FJ. Medidas psicofisiológicas y niveles de ansiedad-rasgo: un estudio de la ansiedad en futbolistas. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 1997;2(1).

(31) Naveteur J, Buisine S, Gruzelier JH. The influence of anxiety on electrodermal responses to distracters. *Int J Psychophysiol*. 2005;56:261-9.

(32) Khalf S, Peretz I, Blondin JP, Manon R. Event-related skin conductance responses to musical emotions in humans. *Neurosc Lett*. 2002;328:145-9.

(33) Janszky I, Ahnve S, Lundberg I, Hemmingsson T. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56:31-7.

INTERVENCIÓN CON MINDFULNESS EN PERSONAS MAYORES Y ANCIANAS

(34) Roest AM, Martens EJ, De Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;56:38-46.

(35) Sanders K. Conciencia plena y psicoterapia En Weerasekera P. *Psicoterapia I.* APA: Washington D.C. 2010. P. 24-9.