



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

INTERVENCIÓN DE MINDFULNESS
PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD
DE ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES: ATENCIÓN
PLENA EN PAREJA

Trabajo Final de Máster Oficial Interuniversitario en Psicogerontología

Facultad de Psicología

Curso 2020- 2021

Fecha de entrega: 21 de septiembre de 2021

Alumna: Clara Inés Pérez Ros

Tutor: Josep Fabà Ribera

Mindfulness ayuda a volver a casa hasta el presente. Y cada vez que vaya allí y reconozca un estado de felicidad que usted tiene, la felicidad viene.

Thích Nhất Hạnh

Resumen

La población mundial de personas mayores de 65 años representa el segmento poblacional de más rápido crecimiento y las proyecciones estiman que seguirá en aumento. La edad es un factor de riesgo para padecer la enfermedad de Alzheimer y la prevalencia es mayor a partir de los 65 años.

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia neurodegenerativa que actualmente padecen en el mundo millones de personas, se caracteriza por el *síndrome* afasia-apraxia-agnósica de curso progresivo, que influirá en la necesidad de cuidados de larga duración que mayormente serán proporcionados en el domicilio por el cuidador informal.

El cuidado impactará de maneras diferentes en la vida de las personas afectadas y sus cuidadores. Puede generar consecuencias negativas como: sobrecarga, estrés, aislamiento social, ansiedad y depresión en los cuidadores, pero los aspectos positivos por el hecho de cuidar se han de tener en cuenta en las intervenciones, dado que pueden ser una fuente de bienestar.

El interés de este trabajo es diseñar una intervención basada en mindfulness, con un enfoque que no se centre únicamente en el cuidador. Se incluirá la díada cuidadores informales y personas con enfermedad de Alzheimer con el objetivo de mejorar el bienestar de ambos.

Las técnicas aprendidas durante las ocho sesiones semanales con una duración de 90 minutos cada una, pretenden que la pareja pueda utilizarlas conjuntamente en sus vidas cotidianas, fomentando una perspectiva más positiva de la prestación de los cuidados.

Palabras clave: Mindfulness, sobrecarga del cuidador, enfermedad de Alzheimer, aspectos positivos.

Abstract

The global population of people over 65 years of age constitutes the fastest growing segment of the population and projections estimate that it will continue to increase. Age is a risk factor for Alzheimer's disease and the prevalence is higher after the age of 65.

Alzheimer's disease is a type of neurodegenerative dementia that is currently suffered by millions of people worldwide, characterized by aphasic-apractic-agnosic syndrome of progressive course, which will influence the need for long-term care that will mostly be provided at home by the informal caregiver.

Caregiving will impact the lives of affected individuals and their caregivers in different ways. It can have negative consequences such as burden, stress, social isolation, anxiety and depression in caregivers, but the positive aspects of caregiving should be taken into account in interventions, as they can be a source of well-being.

The interest of this paper is to design an intervention based on mindfulness, with an approach that does not focus solely on the caregiver. The dyad of informal caregivers and individuals with Alzheimer's disease will be included with the aim of improving the well-being of both groups.

The techniques learned during the eight weekly sessions, each lasting 90 minutes, are intended to be used jointly by the dyad in their daily lives, fostering a more positive outlook on caregiving.

Keywords: Mindfulness, caregiver burden, Alzheimer's disease, positive aspects.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Cambios demográficos del envejecimiento y la dependencia.....	6
1.2. Demencia	8
1.3. Cuidadores informales	15
1.4. Intervenciones para cuidadores informales.....	23
2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	30
2.1. Destinatarios.....	30
2.2. Objetivos generales y específicos.....	31
2.3. Tipología y orientación de la intervención	31
2.4. Sesiones y duración	36
2.5. Desarrollo del programa	39
2.6. Evaluación pre y post intervención	63
2.7. Recursos	67
3. DISCUSIÓN	69
4. REFERENCIAS.....	76
5. ANEXOS	95

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Evolución de la población mayor en España, 1998-2020</i>	6
<i>Tabla 2 Criterios clínicos centrales NIA-AA (2011) de la EA probable</i>	13
<i>Tabla 3 Resultados de intervenciones para cuidadores informales.....</i>	24
<i>Tabla 4 Presupuesto de la intervención.....</i>	68

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 Esperanza de vida al nacer y a los 60 años en algunos países del mundo, 2015-2020.....</i>	7
<i>Figura 2 Modelo de los aspectos positivos del cuidado.....</i>	22
<i>Figura 3 Publicaciones con Mindfulness AND Caregivers, 2003-2020.....</i>	29
<i>Figura 4 Cronograma de la intervención.....</i>	38

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Cambios demográficos del envejecimiento y la dependencia

La transformación demográfica respecto al envejecimiento ha aumentado considerablemente y se estima que la población mundial de 65 años y más, aumentará pasando de 727.606 a 1.548.852 millones de habitantes entre los años 2020 y 2050 (United Nation, 2019). En nuestro contexto los datos van en la misma línea, actualmente en España el total de la población asciende a 47.450.795, y la evolución de las personas mayores de 65 años y más, ha incrementado en un 3.1% entre el 1998 y el 2020, según los datos estadísticos del Padrón Continuo del INE (ver Tabla 1). Las proyecciones indican que entre el año 2020 y el 2050 se incrementará la población mayor pasando de un 19.6% al 31.4% (INE, 2020). Sin embargo, el aumento poblacional de personas mayores no es homogéneo, y el grupo que representa el crecimiento más rápido es el de mayores de 80 años, y las proyecciones para este segmento de la población se multiplicará casi por tres entre el 2019 y 2050, pasando de 143 millones a 426 millones en el mundo (United Nation, 2020). En España representaban el 3.6% de la población en el año 1998 pasando al 5.9%, en el año 2020 (INE, 2021).

Tabla 1

Evolución de la población mayor en España, 1998-2020

Años	Población total	Población de 65 años y más	Porcentaje población de 65 años y más
1998	39.852.651	6.501.443	16.3%
2003	42.717.064	7.276.620	17%
2008	46.157.822	7.632.925	16.5%
2013	47.129.783	8.335.861	17.7%
2018	46.722.980	8.908.151	19%
2019	47.026.208	9.057.193	19.3%
2020	47.450.795	9.218.381	19.4%

Nota: INE (2021). Población por edad (grupos quinquenales), Españoles/Extranjeros, Sexo y Año.

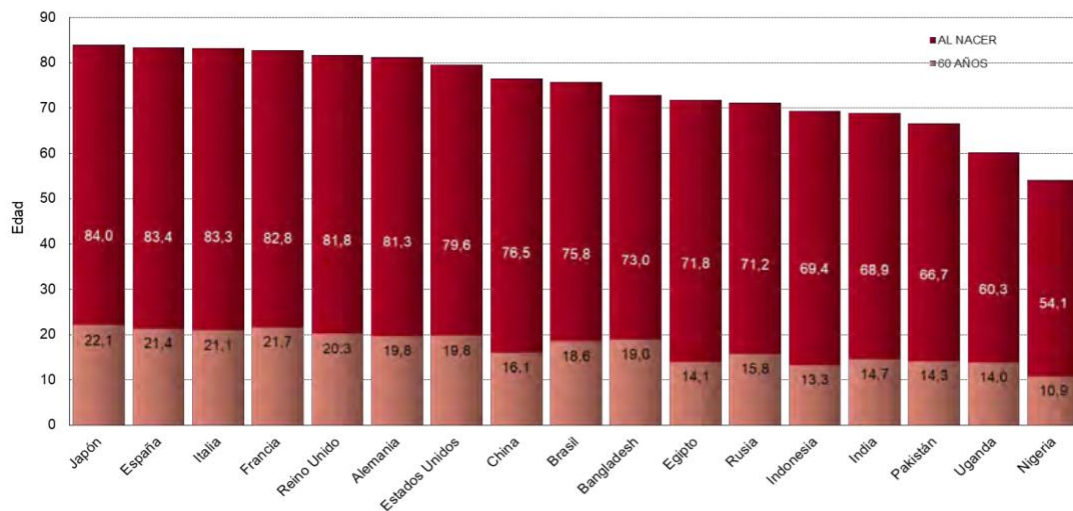
[Data set]

<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=01002.px&L=0>

En la actualidad hay una alta tasa de personas mayores en la población debido a diversos factores: el envejecimiento de la generación del *baby boom*, el descenso de la natalidad con respecto a los años en los que se produjo el fenómeno indicado, y el incremento de la esperanza de vida (IMSERSO, 2008). En concreto, la esperanza de vida al nacer (promedio de años que se espera que viva una persona desde el nacimiento hasta su muerte), entre el año 2015 y 2020, en España era de 83.4 años, siendo uno de los países más longevos (ver Figura 1).

Figura 1

Esperanza de vida al nacer y a los 60 años en algunos países del mundo, 2015-2020



Nota: Adaptada de “Aspectos sociodemográficos de la población mayor”, de M. J. Vidal Domínguez, 2021, *Informe 2018. Las Personas Mayores en España*, p. 111. IMSERSO.

(https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informe_ppm_m_2018.pdf)

El aumento de la esperanza de vida es un logro como sociedad, que también plantea importantes retos si tenemos en cuenta los posibles problemas de salud que pueden influir en la calidad de vida de la población de estas edades. Aunque, el porcentaje de tiempo vivido con buena salud a partir de los 65 años, en el caso de los hombres, es del 59%, y en las mujeres del 48.1% (Pérez Díaz et al., 2020), el incremento de años vividos no siempre está libre de enfermedades crónicas (enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.), que puede provocar dependencia (IMSERSO, 2005a). La dependencia es entendida como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen

necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria” (Consejo de Europa, 1998, p. 13).

A consecuencia del aumento del segmento poblacional mayor de 65 años la dependencia también ha aumentado (Bustillo et al., 2018; Navarro Ramos, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2015). En el año 2017 la tasa de personas mayores de 65 años en situación de dependencia era de un 29.6% y las proyecciones para el 2037 serán del 45.5% (Vidal Domínguez, 2021). Las demencias son una de las principales causas que constituyen las tasas más altas de dependencia en las personas de más de 65 años (Amador-Marín y Guerra-Martín, 2017; Esandi Larramendi y Canga-Armayor, 2011; Villarejo Galende et al., 2021). Según una encuesta realizada en población española, la enfermedad de Alzheimer (EA) se percibe como el principal problema de salud en personas mayores (Fundación Pascual Maragall, 2020).

De los datos indicados anteriormente se desprende que posiblemente estamos frente a una de las transformaciones sociales del siglo XXI más importantes, que conlleva un impacto en los gastos de la salud pública y en los servicios de atención a las personas mayores de 65 años que puedan vivir en situación de dependencia. Por tanto, es de interés en las próximas líneas el concepto de demencia teniendo en cuenta su relación con las altas tasas de dependencia.

1.2. Demencia

La demencia es un síndrome (conjunto de síntomas y signos) multietiológico caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas que puede cursar con síntomas conductuales y psicológicos, interfiriendo en diversas esferas de la vida de las personas afectadas (Boada y Tárraga, 2014). En el año 2015 se estimó que el número de personas que vivían con demencia en el mundo era de 46.8 millones, y las proyecciones para el 2050 indican que aumentará hasta 131.5 millones (Alzheimer’s Disease International, 2015). La edad de aparición más frecuente es a partir de los 65 años, y la prevalencia se dobla cada cinco años alcanzando hasta un 43% en la población mayor de 90 años (Marín-Carmona y Formiga, 2015). Cada año se estima que hay 9.9 millones de casos nuevos de demencia, lo que representa un nuevo diagnóstico cada 3 segundos (González Ingelmo et al., 2019).

De los más de cien tipos de demencia, no todas se presentan en la misma frecuencia, la EA representaría entre el 50 y el 70% de los casos, la demencia por cuerpos de Lewy entre el 10-30%, la demencia vascular entre el 10-26%, la demencia frontotemporal 8%, y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson el 0.5% (Balea Fernández y Alonso Ramírez, 2020). A continuación se detallará la EA, por ser el tipo de demencia que con mayor prevalencia a nivel mundial.

Enfermedad de Alzheimer

Sintomatología

La EA es una demencia neurodegenerativa que cursa de manera progresiva e inicio insidioso. La edad de aparición de la enfermedad puede variar: la EA de inicio precoz, que aparece antes de los 65 años y representa entre el 5 y 6% de todos los casos. Y de inicio tardío, después de los 65 años que representa el mayor número de casos (Méndez, 2019).

La EA se caracteriza por cambios cognitivos, síntomas psicológicos, alteraciones del comportamiento y dificultades en las actividades de la vida diaria.

En cuanto a los cambios cognitivos como la alteración de la memoria, de los más frecuentes, también suelen presentarse en las primeras etapas de la enfermedad desorientación en la esfera temporal, seguida de la espacial y personal. El déficit en el lenguaje en primeras etapas suele ser la dificultad en la denominación de objetos, que irá progresando en afasia sensorial transcortical, y en última fase, afasia global. Las praxis, capacidades visoespaciales y ejecutivas también se verán comprometidas en los diferentes estadios de la enfermedad (Peña-Casanova, 2007), que irán evolucionando de forma progresiva, de entre 3 a 11 años, siempre teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas que el paciente presente a la hora del diagnóstico (Barragán Martínez et al., 2019).

Los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) que pueden presentar las personas con EA a lo largo de la enfermedad, incluso antes del diagnóstico y en primeras etapas (Van Dam et al., 2016), aparecen con una frecuencia de entre el 60 y 90% (Azón Belarre et al., 2016).

De los diferentes SPCD descritos por Pérez Romero y González Garrido (2018), se encuentran:

- Psicológicos: delirios, alucinaciones visuales y auditivas, identificaciones erróneas, depresión, apatía y ansiedad.
- Conductuales: deambulación errática, agitación, agresión verbal y física, resistencia a los cuidados, desinhibición.

Los SPCD más frecuentes y sus prevalencias descritas en Deardorff y Grossberg (2019) son:

- Apatía, del 19 al 88%: con pérdida de motivación, menor participación en actividades sociales
- Depresión, del 19 al 78%: estado de ánimo triste, disminución de placer en actividades habituales, aislamiento, sentimientos de inutilidad, alteración del sueño o del apetito, agitación psicomotriz, fatiga, irritabilidad.
- Agitación y agresión, del 11 al 68%: autolesión y heteroagresión, conducta repetitiva, inquietud, lenguaje grosero, gritos.
- Delirios, del 9 al 59%: delirio de Capgras (creencia de que el cuidador es un impostor), creencia de estar en peligro o ser abandonado.
- Alucinaciones, del 6 al 41%: ver objetos o personas que no están presentes, oler cosas que no están.
- Alteraciones del sueño, del 14 al 69%: tardar más tiempo en dormirse, despertares frecuentes por la noche y por la mañana y dormir frecuentemente durante el día.

Estadios

Aunque existe heterogeneidad en la evolución de la enfermedad y cada persona presentará diferentes manifestaciones clínicas, con una progresión que puede ser más lenta o rápida, se diferencian tres etapas con los cambios característicos que suelen producirse en el curso de la enfermedad (World Health Organization, 2012, p. 7):

Estadio I (leve), en el primer o segundo año:

- Déficits en la memoria episódica
- Anomia: fenómeno de la punta de la lengua
- Déficits en la orientación espacial y temporal
- Dificultad en la toma de decisiones
- Dificultad para las actividades instrumentales de la vida diaria
- Apatía
- Depresión y/o ansiedad

Estadio II (moderado), del segundo año al quinto:

- Olvidos frecuentes de hechos recientes y nombres de personas
- Dificultades en la comprensión de la esfera espacial y temporal
- Dificultades de comunicación: comprensión y expresión
- Dificultad para las actividades de la vida diaria
- Otros síntomas: deambulación errática, vocalizaciones repetidas, insomnio, alucinaciones visuales y auditivas, desinhibición, agresividad

Estadio III (severo), del quinto año en adelante:

- Pérdida de memoria global
- Desorientación espacial y temporal
- Agnosia, apraxia y afasia grave
- Disfagia
- Trastornos de la conducta
- Pérdida de autonomía en actividades básicas de la vida diaria
- Incontinencia doble

Consecuencias

Ante el diagnóstico de la EA no todas las personas reaccionan igual, no obstante, pueden aparecer sentimientos de miedo, en el entorno familiar y en la persona con EA, angustia, desconcierto e incertidumbre sobre los próximos pasos a seguir (Robles et al., 2011), y a medida que la enfermedad avance y se vayan evidenciando los diferentes síntomas cognitivos y psicoconductuales la autonomía de las personas con EA irá progresivamente disminuyendo.

La afectación cognitiva influirá progresivamente afectando a las actividades de su vida laboral, actividades de ocio (organización doméstica, de viajes, de comidas, y otros tipos de actividades; Timón Sánchez et al., 2013), gestión de finanzas del hogar (pagos de facturas, contabilidad del hogar), conducir, preparar las comidas, y en fases más avanzadas, las actividades básicas de la vida diaria: higiene personal, comer, vestirse, control de esfínteres, entre otros (Agüera Ortiz y Sánchez Ayala, 2005).

La pérdida de autonomía influirá en el cuidado, precisando más atención y dedicación por parte del entorno familiar (Brescané Bellver y Tomé Carruesco, 2014).

Los cambios psicológicos y del comportamiento también pueden influir negativamente en las personas con EA: en su relaciones sociales y familiares, disminución de su autonomía en las actividades de la vida diaria, empeoramiento de la progresión de la enfermedad a estadios más graves, y un aumento de hospitalización debido a un mayor riesgo de posibles caídas que pueden provocar lesiones o fracturas (Deví, 2012; Tible et al., 2017).

Además de los cambios cognitivos y los SPCD otras afecciones médicas pueden influir en la progresión de la enfermedad a estados más graves, y aumentar los cuidados que puedan necesitar las personas con EA en sus actividades de la vida diaria. Entre las afecciones más frecuentes se encuentran: hipertensión, artrosis, depresión, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular (Wang et al., 2018), fracturas y lesiones, neumonía, anemia, insuficiencia cardíaca y renal (Bauer et al., 2014), y mayor frecuencia de caídas en comparación con personas sin demencia (Dev et al., 2021).

Criterios diagnósticos

En cuanto a los criterios diagnósticos de la EA, debido al aumento del conocimiento que se tiene de la enfermedad, en el año 2011 el National Institute of Aging y la Alzheimer's association (NIA-AA), realizaron una nueva propuesta que incluye: la demencia de Alzheimer posible, demencia de Alzheimer probable (ver tabla 2), y la demencia de Alzheimer probada. Además incluyen criterios diagnósticos para el deterioro cognitivo leve, presentaciones no amnésicas, y demencia de Alzheimer preclínica (Moreno-Martínez y Moratilla Pérez, 2014).

Tabla 2

Criterios clínicos centrales NIA-AA (2011) de la EA probable

La demencia debida a EA probable es diagnosticada cuando el paciente cumple criterios los criterios de demencia y, además, presenta las siguientes características:

1. Inicio insidioso. Los síntomas tienen un comienzo gradual de meses o años, no súbito de horas o días.
2. Una historia de empeoramiento de la función cognitiva por informe u observación.
3. Los déficits cognitivos se corresponden a una de las categorías siguientes:
 - a) Presentación amnésica: es la manifestación más común de la demencia debida a EA. Los déficits deben incluir deterioro en el aprendizaje y en el recuerdo de la información aprendida recientemente, pero también debe existir evidencia de disfunción cognitiva en al menos otro dominio cognitivo.
 - b) Presentaciones no amnésicas, que requieren de la existencia de déficits en otros dominios cognitivos:
 - Presentación en el lenguaje: los déficits más destacados se producen en la búsqueda de palabras.
 - Presentación visoespacial: los déficits más destacados se hallan en la cognición espacial, incluyendo la agnosia, el reconocimiento de caras (prosopagnosia), la simultanagnosia y alexia.
 - Disfunción ejecutiva: los déficits más llamativos son el menoscabo del razonamiento, del juicio y de la resolución de problemas.

Nota: Adaptado de "Introducción", de F. J. Moreno-Martínez, y I. Moratilla Pérez, 2014, *Demencia. Qué es y cómo puede tratarse*, p. 27. Síntesis.

Prevalencia, factores de riesgo y factores protectores

La prevalencia de la EA puede variar según estudios y zonas geográficas en las que se han realizado. En una revisión sistemática que realizaron Takizawa et al. (2015), los resultados muestran una prevalencia que oscila entre el 3% y el 7% en Europa y Estados Unidos.

La prevalencia y la edad están en estrecha relación, la edad es un factor que aumenta el riesgo de padecer una demencia de tipo Alzheimer (Solomon et al., 2014), y la prevalencia aumenta con la edad, pasando del 0.9% en población de 65-74 años, al 7.6% entre los 75 y 84 años y 22.5% para mayores o igual a 85 años (Niu et al., 2017). Esta relación edad y aumento de prevalencia puede ser debida a que a más edad, los genes se pueden expresar, los factores ambientales de riesgo pueden influir, y haya menos capacidad para el mantenimiento celular neuronal (Cervilla et al., 1997; citado en Bulbena y Cervilla, 2015).

A parte de la edad existen diferentes factores de riesgo que pueden propiciar la EA: factores genéticos (APOE ϵ 4), enfermedades cerebrovasculares (hipertensión, tabaquismo, etc.), enfermedades neuropsiquiátricas, enfermedad de Parkinson, síndrome de Down, y traumatismos craneoencefálicos importantes (Bulbena y Cevilla, 2015). Los factores protectores también han sido objeto de estudio con el fin de proporcionar evidencia en la prevención de la EA. De entre los diferentes factores protectores se encuentran la genética (APOE ϵ 2), nivel alto de escolarización, trabajos que impliquen un alto nivel de complejidad, una buena red social, el estilo de vida (actividad física y consumo moderado de alcohol), la dieta y algunos fármacos como los antihipertensivos (Solomon et al., 2014).

La prevalencia de la EA aumenta con la edad, y el curso clínico de la sintomatología cognitiva y no cognitiva evolucionará de manera progresiva influyendo en la persona con EA y su familia. La pérdida de autonomía se hará más evidente en la progresión de la enfermedad, y los cuidados para realizar las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria serán más necesarios, surgiendo la figura del cuidador, al que se dedicará el próximo apartado.

1.3. Cuidadores informales

Cuidados de larga duración

Como se ha indicado la EA es el tipo de demencia más prevalente y con mayor tasa de dependencia que requiere de cuidados que pueden prolongarse durante largos periodos de tiempo, pasando a ser cuidados de larga duración cuando la prestación continuada dura más de tres meses (Gallardo Fernández, 2016). El concepto de cuidados de larga duración se define como “el conjunto de actividades emprendidas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y de otro tipo), para asegurar que una persona que no esté plenamente capacitada para su autoasistencia pueda disfrutar de la máxima calidad posible de vida según sus preferencias y del mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (Organización Mundial de la Salud y MMF, 2000, p. 6). En España la atención de las situaciones de dependencia sería lo que define la OMS como cuidados de larga duración (Gallardo Fernández, 2016) proporcionados por cuidadores formales y/o informales. Los cuidadores formales tienen cualificación profesional y perciben una remuneración económica a diferencia de los cuidadores informales que son personas del entorno familiar (Roger García, 2009). Teniendo en cuenta que los cuidados de personas con demencia en más del 80% de los casos suelen proporcionarse en el ámbito familiar (Conde-Sala, 2006), a continuación se detallarán los aspectos referentes al cuidador informal.

Cuidador informal: perfil y tareas del cuidado

La responsabilidad de velar por el bienestar de la persona con EA recae mayormente en una persona que asumirá el rol de cuidador principal, definido como la figura que “asume tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente” (Fernández de Larrinoa Palacios et al., 2011, p. 388).

El perfil de la figura del cuidador principal suele ser en el 83% de los casos, el de una mujer, de 54 años de media, que suelen ser mayormente hijas (50%), cónyuges (12%) y nueras (9%), dedicadas a las labores del hogar, y con estudios primarios, (Alonso Babarro et al., 2004; IMSERSO, 2005b). En España el 72.1% de los cuidadores

principales suelen dedicar más de 8 horas al día al cuidado, y el 39.6% más de 20 horas (Badia Llach et al., 2004), quedando poco tiempo para atender su propias necesidades personales, sociales y/o laborales.

Las tareas que realiza el cuidador y el grado de implicación suelen variar según el estadio en el que se encuentre la persona con EA, aunque el tipo de tareas en las que pueden requerir ayuda pueden ser (Alzheimer's Association, 2021, p. 350):

- Las actividades instrumentales de la vida diaria (comprar, hacer la comida, organización de temas médicos, transporte, etc.).
- Las actividades básicas de la vida diaria (aseo, alimentación, vestirse, transferencias de la cama a la silla, ir al baño, ayudar a caminar, etc.).
- Ayudar o controlar la toma de medicación correctamente.
- Manejo de los síntomas conductuales de la enfermedad, como comportamiento agresivo, deambulación errática, estado de ánimo depresivo, agitación y ansiedad, acciones recurrentes y alteraciones nocturnas.
- Administración financiera y asuntos legales.
- Apoyo emocional: ofrecer sensación de seguridad, gestión con la familia sobre planes de cuidado, gestión de otras condiciones de salud.

Proceso de adaptación del cuidador

La experiencia de cuidar varía en cada persona, dependiendo de los diversos recursos de los que el cuidador disponga (físicos, personales, sociales, materiales, ambientales y técnicas de resolución de problemas) que pueden repercutir en el estilo de afrontamiento que el cuidador utilice (García Laborda y Rodríguez Rodríguez, 2005). Desde que aparecen las primeras sospechas acerca de la enfermedad, la experiencia de cuidar puede pasar por diferentes etapas para adaptarse a los cambios asociados a la enfermedad (Prorok et al., 2013).

La noticia del diagnóstico puede provocar dudas, los familiares pueden desconfiar y buscar segundas opiniones que retrasen el inicio del tratamiento, aumentando la preocupación y la incertidumbre. Cuando empieza a hacerse notable el empeoramiento

del familiar con EA, las necesidades de cuidado pueden ser más exigentes. En ese caso el cuidador se adaptará a las diferentes situaciones y es cuándo empezará a planificar cómo satisfacer las necesidades en el cuidado. Debido a la falta de conocimientos de cómo hacer frente a las necesidades de la persona con EA, en algunos casos, el cuidador optará por el cese del cuidado (Sánchez-Valladares Jaramillo, 2011), o pasará a una situación de normalidad, dependiendo de los recursos disponibles y los estilos de afrontamiento del cuidador (Moral-Fernández et al., 2018).

Consecuencias negativas de la prestación de cuidados

La EA va unida a un tipo de cuidado más estresante en comparación con el cuidado de personas mayores con dependencia física (Schulz y Martire, 2004) y el cuidador puede experimentar lo que se conoce como carga objetiva y subjetiva: la carga objetiva hace referencia a las diferentes demandas y necesidades que el cuidador debe atender, y la carga subjetiva, a los pensamientos y sentimientos negativos (Montgomery et al., 1985). El cúmulo de responsabilidades puede conllevar a la sobrecarga definida como “el conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que pueden ser experimentados por una persona que realiza tareas de cuidado” (George y Gwyther, 1986, p. 253).

La prestación de cuidados a personas con EA puede tener un impacto negativo en diferentes dimensiones de la vida de los cuidadores. Se ha observado en un estudio de nuestro contexto, que los cuidadores principales suelen tener peor calidad de vida que la población general: limitaciones para realizar actividades de la vida diaria debido a la salud física y emocional, dolor corporal, falta de vitalidad, salud general y mental, que disminuyen de manera significativa a medida que los cuidados se prolongan (Garzón-Maldonado et al., 2017). En Fernández de Larrinoa Palacios et al. (2011), observaron que los cuidadores tenían una peor percepción de su salud mental que física. No obstante, los posibles problemas de salud física más frecuentes que suelen presentar los cuidadores son: cefalea, astenia, fatiga, alteraciones del sueño-vigilia, insomnio, problemas osteoarticulares, aumento del riesgo cardiovascular y de desarrollar infecciones (Sánchez Gil y Fontalba Navas, 2017).

En cuanto a su salud mental, los cuidadores pueden tener estrés crónico (Allen et al., 2017; Bertrand et al., 2006; Kovaleva et al., 2018; Schulz y Sherwood, 2008), estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, sentimiento de culpa y frustración (Rogero-García, 2010), ansiedad y depresión (Casal Rodríguez et al., 2019; Mahoney et al., 2005; Schoenmakers et al., 2010).

En un metaanálisis informaron que la prevalencia de la depresión (33,9%) y de los trastornos de ansiedad (43,6%) en cuidadores de personas con EA es mayor que en cuidadores de personas con otras enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, o accidentes cerebrovasculares y, población en general (Sallim et al., 2015).

También se han observado que pueden tener malos hábitos de vida que influyen en la salud como el consumo excesivo de alcohol, fumar, y una mala alimentación (Bailey et al., 2019).

Dedicar muchas horas al cuidado puede repercutir en el autocuidado y la vida social del cuidador, afectando al tiempo que dedica al ocio: ir de vacaciones, quedar con amigos, establecer nuevas relaciones, entre otras (Peña-Longobardo y Oliva-Moreno, 2015). Cuando el perfil de cuidador corresponde al de hijas de las personas con EA, y tienden a tener sentimientos de culpa su participación en actividades de ocio disminuye más que con otros perfiles de cuidadores y está asociado a un aumento de la sintomatología depresiva (Romero-Moreno et al., 2014).

En cuanto a la dimensión económica la demencia suele representar un mayor coste para las familias que otras enfermedades como la artritis, artrosis, cáncer, enfermedades mentales, esclerosis múltiple o accidente cerebrovascular (Oliva-Moreno et al., 2017), con un impacto en la economía familiar. Los costes que la familia suele asumir pueden dividirse en directos e indirectos. Los costes directos tienen que ver, entre otros, con los servicios socio-sanitarios de los que los familiares se hacen cargo. Los costes indirectos como las horas de cuidado que realiza el cuidador informal sin retribución económica pueden representar de entre 14.782,5€/año, en fases iniciales de la EA, hasta 21.900€ en fases graves (Confederación Española de Alzheimer y Fundación Sanitas, 2016). Además, si los cuidadores compaginan el trabajo con el cuidado pueden tener niveles más altos de estrés, asociados a sus múltiples tareas y en muchas ocasiones han de reducirse la jornada laboral o dejar el empleo (Longacre et al., 2017; Sadavoy et al.,

2021), con la repercusión que puede implicar la reducción de los ingresos para asumir los costes familiares y los derivados de las necesidades que tienen las personas con EA. En nuestro contexto un 19.1% de cuidadores renunció al empleo, el 37.2% no podía trabajar fuera de casa, el 13.1% se redujo la jornada laboral, el 14% tenía interferencias para desempeñar correctamente su función en el puesto de trabajo, el 13.4% para cumplir con el horario laboral, y el 21% tenía dificultades económicas (Peña-Longobardo y Oliva-Moreno, 2015).

De las consecuencias indicadas algunas pueden verse incrementadas a causa de la aparición del coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). El confinamiento de la población ha provocado en algunos cuidadores aislamiento social, contribuyendo al aumento de los niveles de depresión, ansiedad, carga, así como cambios conductuales y psicológicos en las personas con EA (Altieri y Santangelo, 2021; Azevedo et al., 2021; Borelli, et al., 2021; Carcavilla et al., 2021; Zucca et al., 2021).

Predictores de la sobrecarga

En la literatura el fenómeno de la carga del cuidador es muy extenso, se han estudiado los posibles factores que predicen la sobrecarga del cuidador:

- Disminución de la autonomía en las AVD (baño y alimentación) de la persona con EA (Kawaharada et al., 2019).
- Peor salud mental del cuidador (Fernández de Larrinoa Palacios et al., 2011; Viñas-Díez et al., 2019).
- Mayor número de años y horas dedicadas semanalmente al cuidado (Kamalzadeh et al., 2020).
- Mayor duración de la enfermedad, convivir con el paciente, bajos ingresos mensuales, género femenino, bajo nivel educativo (Chiao et al., 2015).
- Menor apoyo social, y el uso de estrategias de afrontamiento como: “huida-avoidance” de los cuidadores (Artaso et al., 2003).
- Presencia de sintomatología psicológica y conductual en personas con EA (Canevelli et al., 2016; Cipriani et al., 2011; Connors et al., 2020; Thomas et al., 2006; Tsai et al., 2021; van der Lee et al., 2017).

Consecuencias positivas de la prestación de los cuidados

El cuidado también puede tener aspectos positivos y el cuidador experimentar ciertas recompensas como disfrutar del tiempo juntos en diversas actividades cotidianas, aprecio mutuo, sentirse más cercanos, devolver los cuidados (Habermann et al., 2013), fortalecer lazos familiares, crecimiento personal, satisfacción personal y, beneficio material en algunos casos (Pope et al., 2018). Los aspectos positivos también son fuente de bienestar, se asocian con menor carga, satisfacción con la vida, menos síntomas depresivos y mayor autoeficacia del cuidador (Fauziana et al., 2018; Quinn y Toms, 2019; Semiatin y O' Connor, 2012; Xue et al., 2018). Según Cohen et al. (2002), los sentimientos positivos en el cuidado: compañerismo, satisfacción, disfrute, proporcionar calidad de vida, están asociados con menores niveles de depresión, carga y percepción de su salud en los cuidadores.

Respecto a los aspectos positivos por el hecho de cuidar que pueden actuar como protectores de la sobrecarga se ha indicado que la autocompasión (ser amable con uno mismo cuando las cosas van mal) está asociada a estilos de afrontamiento más adaptativos (centrados en las emociones) y niveles más bajos de carga (Lloyd et al., 2018). En cuanto a las características de la persona cuidada, los resultados obtenidos en el estudio de Kawano et al. (2019), indican que el afecto positivo de las personas con demencia también ha de tenerse en cuenta pues está relacionado con niveles más bajos de la carga del cuidador.

Marco teórico: modelo del proceso del estrés y de los aspectos positivos del cuidado

La experiencia de cuidar según el modelo del proceso del estrés (Pearlin et al., 1990), está influenciada por las relaciones que se dan entre múltiples variables y que explicarían la carga del cuidador.

El bienestar o el estrés del cuidador estarán determinados según los siguientes factores:

- Antecedentes y contexto

Se refiere a las características sociodemográficas del cuidador (edad, género, etnia, situación laboral, nivel educativo, ingresos económicos) el historial del cuidador que incluye el tipo de relación familiar y vínculo que tiene con la persona con EA, la duración del cuidado, la red de apoyo de la que disponga y, el acceso a recursos. El

acceso a los programas ofrecidos no siempre se ajusta a las necesidades de todos los cuidadores. Diferentes factores externos pueden limitar su participación, como la zona geográfica de residencia con dificultad de desplazamiento y el horario en el que se impartiera el programa, serían algunos ejemplos.

- Estresores del cuidado

- Primarios objetivos y subjetivos

Los objetivos tienen que ver con las alteraciones cognitivas y conductuales y el esfuerzo por satisfacer las necesidades básicas e instrumentales, más cuando las personas con EA no se muestren colaboradoras. Los subjetivos se basan en la sobrecarga de los cuidadores y los cambios que se produzcan en las actividades que compartían y la forma de relacionarse entre ambos.

- Secundarios tensión del rol e intrapsíquicos

La tensión del rol del cuidador implica la disposición de tiempo que tenga para sí mismo, problemas en la esfera familiar y laboral y, el coste económico que representa asumir las necesidades del familiar a cuidar. Las intrapsíquicas responden a una percepción de pérdida de su identidad, de autoestima, falta de competencia, sentirse atrapado en el rol de cuidador, sentimiento de control, y ganancia personal.

- Mediadores

El afrontamiento y el apoyo social pueden explicar una parte de las diferencias individuales en el proceso del estrés. Los mediadores pueden intervenir en el aumento y disminución de los estresores.

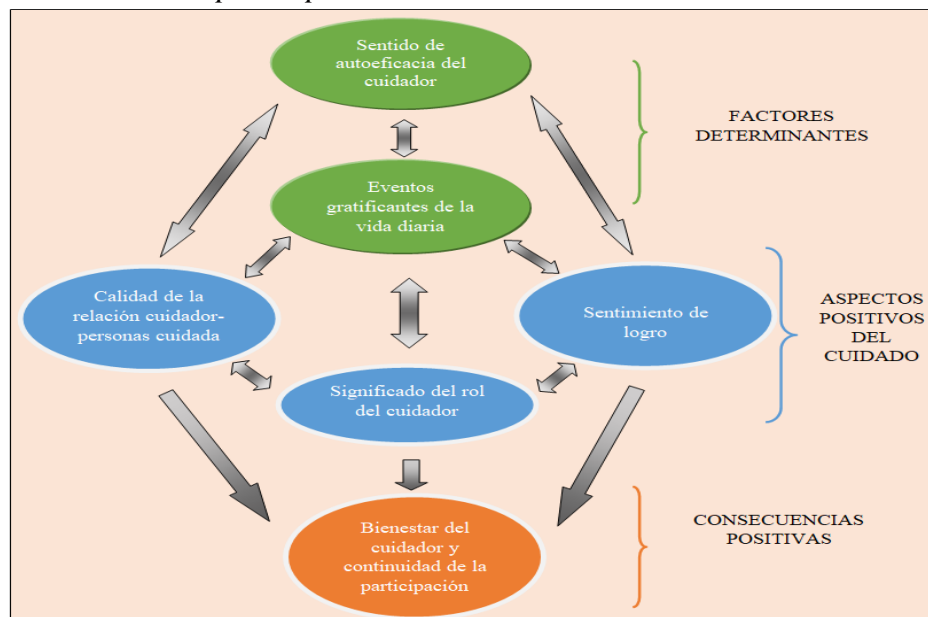
- Consecuencias

Las variables descritas en el modelo pueden tener consecuencias negativas como ansiedad, depresión, irascibilidad, problemas cognitivos, salud física, y claudicación del rol de cuidador.

En el modelo de Carbonneau et al. (2010), los aspectos positivos del cuidado (ver Figura 2), propone que el bienestar del cuidador y la decisión de continuar participando en los cuidados son el resultado de la relación entre diferentes aspectos positivos del cuidado y sus factores determinantes. Sí el cuidador se percibe a si mismo eficaz en el rol de cuidar, tenderá a sentir en su día a día más eventos gratificantes, influyendo en la calidad de la relación cuidador-persona cuidada, el significado atribuido al rol del cuidador y el sentimiento de logro son los aspectos principales del modelo. Los diferentes componentes del modelo están interrelacionados y por tanto, el aumento de los aspectos positivos del cuidado también alimentan el sentido de autoeficacia y por consiguiente los eventos gratificantes de la vida diaria contribuirán en las consecuencias positivas del cuidado (Carbonneau, et al., 2010).

Figura 2

Modelo de los aspectos positivos del cuidado



Nota: Adaptado de “Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia”, de H. Carbonneau, C. Caron, y J. Desrosiers, 2010, *Dementia* 9(3), p. 330.

(<https://doi.org/10.1177/1471301210375316>).

El hecho de cuidar puede generar diferentes consecuencias negativas y positivas en los cuidadores, dependiendo de múltiples variables. Las intervenciones que apoyen a los cuidadores se hacen muy necesarias para mejorar su bienestar, y ofrecerles recursos para el cuidado de sus familiares.

1.4. Intervenciones para cuidadores informales

Con los resultados indicados se refleja la importancia de prestar atención a las necesidades que los cuidadores y las personas con EA puedan tener. La progresión de la enfermedad implica diferentes cambios físicos, cognitivos y del comportamiento en las personas con EA, impactando en varias esferas de la vida del cuidador, por lo que pueden llegar a requerir apoyo en diversas situaciones (Fernández de Trocóniz, et al., 2001).

Las diferentes intervenciones realizadas que podemos encontrar con evidencia científica son (Amador-Marín y Guerra-Martín, 2017; Crespo López y López Martínez, 2007; Sörensen et al., 2002; Whitlatch y Orsulic-Jeras, 2017):

- Psicoeducación
- Multicomponentes
- Psicoterapia
- Servicios de respiro
- Grupos de apoyo
- Terapias alternativas

A continuación se revisará la efectividad de las intervenciones mencionadas excepto las terapias alternativas, que se analizarán aparte, por llevar menor tiempo en el campo de la intervención en cuanto a la cantidad de estudios realizados.

Efectividad de las intervenciones convencionales

En recientes metaanálisis y revisiones sistemáticas realizadas se ha aportado información sobre cuáles podrían ser las intervenciones que muestran mayor eficacia, dependiendo de los resultados que se pretendan obtener. A continuación se muestran algunos de los resultados obtenidos de las intervenciones psicoeducativas, multicomponentes, psicoterapia, servicios de respiro y grupos de apoyo (ver Tabla 3).

Tabla 3

Resultados intervenciones para cuidadores informales

Intervención	Resultados	Autor
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> Si incluyen a los participantes activamente: efectivas en la carga del cuidador, depresión, capacitación y conocimiento sobre la demencia. 	Walter y Pinquart (2020)
	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de síntomas depresivos y mejora en la calidad de vida. 	Cheng y Zhang (2020)
	<ul style="list-style-type: none"> Efectos pequeños en la disminución de los síntomas depresivos. 	Lee et al. (2020)
Multicomponentes	<ul style="list-style-type: none"> Efectos pequeños en la mejora de la carga del cuidador y depresión. <p>Efectos moderados en capacitación y conocimiento.</p>	Walter y Pinquart (2020)
	<ul style="list-style-type: none"> Efectos pequeños en la disminución de la carga del cuidador. 	William et al. (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de síntomas depresivos. 	Cheng y Zhang (2020)
	<ul style="list-style-type: none"> No hubieron efectos significativos en la disminución de síntomas depresivos. 	Lee et al. (2020)
Psicoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de síntomas depresivos. 	Cheng y Zhang (2020)
	<ul style="list-style-type: none"> Terapia cognitivo-conductual: efecto grande en la disminución de síntomas depresivos. 	Lee et al. (2020)
Servicios de respiro	<ul style="list-style-type: none"> Efectos pequeños en la disminución de ansiedad. 	Walter y Pinquart (2020)
Grupos de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Efecto moderado en mejorar la capacitación y conocimientos del cuidado. 	Walter y Pinquart (2020)

La terapia cognitivo-conductual es la que obtiene efectos grandes en la disminución de síntomas depresivos. La psicoeducación (si se incluye a los participantes activamente) y las multicomponentes obtuvieron efectos moderados en la mejora de la carga del cuidador, depresión, capacitación y conocimiento sobre la demencia. Los grupos de apoyo obtuvieron efectos moderados en capacitación y conocimientos del cuidado, y los servicios de respiro, un efecto pequeño en la disminución de la ansiedad. Las diferencias de contenido, duración y objetivos que se dan en las diferentes intervenciones las hace ser muy heterogéneas y que los resultados en cuanto a su eficacia varíen (López y Crespo, 2007).

Coincidiendo con los resultados anteriores, en la revisión de Bustillo et al. (2018), las intervenciones con mayor eficacia son las cognitivo-conductuales y les siguen las psicoeducativas. Las variables que destacan como las más evaluadas son la depresión, la ansiedad, el estrés y la carga del cuidador y, no se tienen tanto en cuenta los aspectos positivos del cuidado en las intervenciones.

Efectividad de las intervenciones de las terapias alternativas

Dentro de las terapias alternativas encontramos el mindfulness. Debido a la multitud de técnicas en meditación existentes, se indican algunos de los efectos del programa conocido como MBSR (por sus siglas en inglés, Mindfulness-based stress reduction), y traducido al español como “Reducción del estrés basada en la atención plena” (REBAP), que consiste en una intervención de ocho sesiones en las que se instruye a los participantes en diferentes técnicas (Kabat-Zinn, 2016). Los estudios seleccionados incluyen intervenciones con cuidadores y en pareja: cuidador y persona con EA.

- [Intervención para cuidadores:](#)

En nuestro contexto Franco et al. (2010), realizaron una intervención en MBSR con cuidadores principales que eran familiares de personas con EA (n=19), e incluyeron un grupo control (n=17). Los resultados obtenidos pretest-postest mostraron reducciones significativas en malestar psicológico y sobrecarga del cuidador.

Warren Brown et al. (2015), delimitaron la intervención a cuidadores de personas con EA que se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad. El estudio piloto estuvo compuesto por un grupo control (n=15) que participó en sesiones dirigidas acerca del cuidado, y un grupo experimental (n=19), a los que se instruyó en la técnica de MBSR. Los participantes en MBSR informaron de niveles de estrés percibido y en salud mental (ira y tensión) más bajos que el grupo control.

Un estudio realizado por Whitebird et al. (2013), contó con una muestra más grande que incluyó 78 participantes de cuidadores de personas con demencia. Asignados aleatoriamente a un grupo control activo (n=40) y un grupo experimental (n=38). Los resultados a corto plazo, en el grupo de intervención, mostraron mejoras en estrés percibido y los síntomas depresivos. Ambos grupos mostraron mejoras en la ansiedad después del programa y en el seguimiento a los seis meses. En el apoyo social y la carga del cuidador (carga objetiva, carga subjetiva, estrés subjetivo) no hubo diferencias entre grupos, mejorando ligeramente en ambas condiciones.

Las revisiones realizadas hasta aquí han centrado el foco de atención en los cuidadores. A continuación se revisarán algunas intervenciones realizadas para cuidadores y personas con EA, que pueden ser de ayuda mutua como se muestra en los resultados de las siguientes revisiones.

- [Intervención para cuidadores y personas con EA:](#)

En el estudio piloto de Leader et al. (2013) participaron doce personas con demencia y ocho cuidadores. El objetivo fue comprobar si era posible que personas con demencia en las primeras etapas, pudieran aprender mindfulness y si mejoraría la calidad de vida la práctica conjunta con sus cuidadores. Los autores enfatizan la idea de que la práctica de estar en el momento presente puede beneficiar a las personas con EA a reconocer su propia experiencia a la hora de lidiar con aspectos de la enfermedad, como las dificultades a las que se enfrentan a la hora de recordar hechos pasados o incluso confusión acerca del futuro. Las habilidades de afrontamiento que pueden aprender a través del mindfulness pueden ayudarles a responder a las diferentes experiencias que les provocan malestar. Por otro lado, la intervención en pareja aporta a los cuidadores

habilidades que les permitirá lidiar con sus sentimientos y pensamientos acerca de la persona con demencia de la que cuidan.

El estudio de métodos mixtos incluyó una entrevista semiestructurada que exploró diferentes aspectos del funcionamiento del programa (ver Anexo I), y en cuanto a los resultados cuantitativos obtenidos mostraron que las personas con demencia obtuvieron un ligero aumento en el bienestar con respecto a sus cuidadores.

Las personas con demencia fueron capaces de aprender la técnica de mindfulness y aumentar su bienestar. La realización de la práctica en pareja ayudó a las personas con demencia a seguir practicando debido al apoyo del cuidador, y se fue observando en las sesiones que la práctica mejoró las relaciones entre ambos.

La propuesta de Paller et al. (2015), incluyó familiares de personas con demencia y personas con diagnóstico en: demencia probable debido a EA (n=9); deterioro cognitivo leve (n=2); accidentes cerebrovasculares (n=2); demencia frontotemporal (n=1); y problemas de memoria sin diagnóstico (n=3). El total de personas que participaron fueron 37.

Los resultados mostraron mejoras en la calidad de vida y disminución en síntomas depresivos en ambos, no obstante los autores resaltan que se obtuvieron mejores resultados en las personas que inicialmente puntuaron más alto en depresión. Los cambios en la disminución de la ansiedad, en ambos grupos, no fueron significativos. En cuanto a la calidad del sueño, dos tercios de las personas que inicialmente tenían problemas de sueño mejoraron. En las actividades de la vida diaria hubieron cambios significativos, mostraron mejoras en la salud del cuidador en dos subescalas: problemas físicos y emocionales. Los resultados de los cuidadores mostraron que no hubo cambios en los comportamientos del grupo de personas con demencia aunque los cuidadores disminuyeron su malestar.

Más recientemente en la intervención realizada por Berk et al. (2019), participaron siete parejas, de las cuales había siete cuidadores, y cuatro personas con EA; dos personas con demencia vascular; y una persona con demencia frontotemporal. Los resultados indicaron que los participantes se beneficiaron del programa en pareja influyendo de manera positiva en su relación. La mayoría de los participantes explicaron que habían notado más relajación y calma, conciencia del momento presente, mayor autocuidado, nuevas formas de afrontamiento ante las dificultades, y les ayudó en la aceptación del

diagnóstico. En cuanto a los datos cuantitativos, los cuidadores mostraron un aumento en la capacidad de atención plena, calidad de vida y reducción en la preocupación. Las personas con demencia mostraron mejoras en la autocompasión y en la calidad de vida y salud mental.

Conclusión

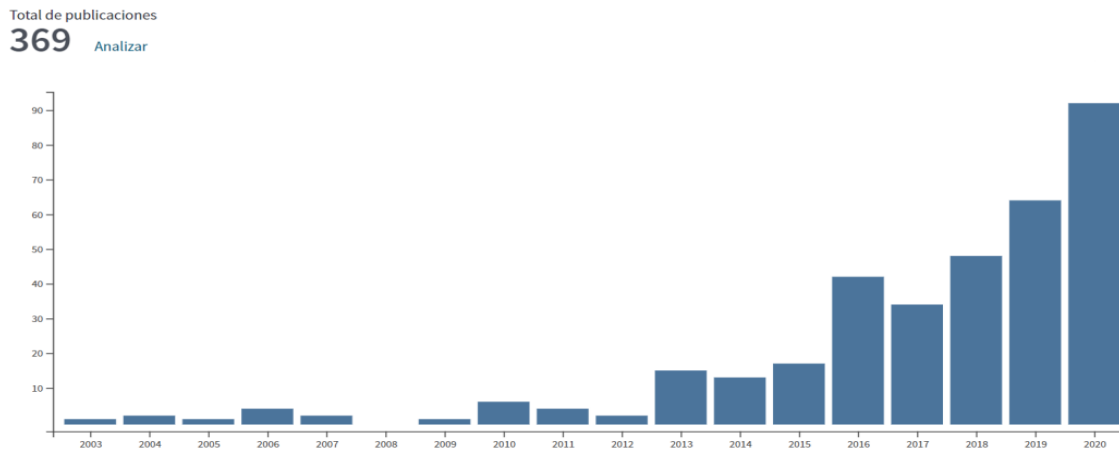
Las Intervenciones basadas en mindfulness proponen que la práctica de mindfulness puede ayudar al cuidador y a la persona con EA en los primeros estadios de la enfermedad, a desenvolverse y adaptarse a las diferentes situaciones que irán cambiando en el curso de la enfermedad. La progresión de los síntomas en la EA, cambiante y heterogénea entre personas, puede ser difícil de afrontar para las personas con EA y sus cuidadores. Con las intervenciones en mindfulness se trabaja desde la aceptación de las experiencias, centrándose en el momento presente. Las habilidades aprendidas con las diferentes técnicas permiten generalizar lo aprendido a diversas situaciones. Este tipo de intervención y su orientación transdiagnóstico puede ser adecuada para realizarse en pareja, cuidador-persona cuidada.

Objetivo del trabajo

Observando los resultados prometedores obtenidos en los estudios revisados y el aumento de las intervenciones para cuidadores que incluyen el componente de mindfulness (ver Figura 3), y teniendo en cuenta que la técnica es económica y ayuda a reducir costes en la atención sanitaria (Roth y Stanley, 2002), el objetivo del trabajo es diseñar una intervención en mindfulness para cuidadores informales y personas con EA conjuntamente.

Figura 3

Publicaciones con Mindfulness AND Caregivers, 2003-2020



Nota: Web of Science, consulta realizada a fecha 21.05.2021

2. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

2.1. Destinatarios

La intervención está dirigida a los cuidadores informales principales y a las personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer probable. Teniendo en cuenta que normalmente los cuidados son proporcionados en el domicilio, la intervención está dirigida principalmente a los cuidadores familiares informales, en cualquier grado de parentesco.

Los criterios para la selección de los participantes son los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Participantes con EA
 - Estar valorado con una puntuación entre 18 y 27 en el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC).
 - Estar valorado con un estadio 3 o 4 de la Global Deterioration Scale (GDS).
- Participantes cuidadores
 - Ser el cuidador principal durante un mínimo de tres meses.
 - Convivir en el mismo domicilio.
 - Puntuación superior o igual a 47 puntos en la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.
- Díada de participantes
 - Capacidad para comprender las instrucciones.

Criterios de exclusión:

- Alteraciones conductuales graves en personas con EA.
- Diagnóstico de psicopatologías graves en cuidadores.
- Participación en otras actividades, como mindfulness, yoga, y/o técnicas de meditación.

No obstante, otros familiares que no sean el cuidador principal o no convivan en el mismo domicilio pero colaboren de manera regular con el cuidador principal y deseen participar, podrán hacerlo siempre que el número del grupo no supere las 16 personas.

2.2. Objetivos generales y específicos

Objetivo general 1: Mejorar el bienestar psicológico de los cuidadores informales.

- **Objetivos específicos:**
 - Aumentar el mindfulness como rasgo.
 - Reducir el estrés percibido.
 - Aumentar la autocompasión.
 - Reducir la sobrecarga.
 - Mejorar la experiencia de los aspectos positivos del cuidado.

Objetivo general 2: Mejorar el bienestar psicológico de las personas con EA

- **Objetivos específicos:**
 - Aumentar el mindfulness como rasgo.
 - Aumentar la autocompasión.
 - Aumentar el afecto positivo.

2.3. Tipología y orientación de la intervención

La EA impacta de diferentes maneras en las vidas de las personas y en los cuidadores informales. Diferentes intervenciones han puesto a disposición de ambos estrategias para ayudarles y apoyarles en el curso de la enfermedad.

El diseño del programa propuesto está orientado en intervenciones basadas en mindfulness que corresponden a la corriente de las terapias de 3ª generación, y se combinará con un enfoque psicosocial del paradigma de la atención centrada en la persona con demencia.

Mindfulness: qué es, en qué consiste y sus características

El diseño de la intervención está basado en el mindfulness como elemento clave. El mindfulness, su significado, componentes y características articulan todas las sesiones, por ello una descripción de algunos elementos se hace necesaria para la introducción del procedimiento y los temas teóricos que se utilizan en las sesiones.

Aunque las IBM han aumentado en los últimos años para cuidadores y personas con EA, el mindfulness no es una técnica nueva y tiene su origen en la religión budista. La palabra mindfulness proviene del inglés y es la traducción de la palabra “sati” que deriva del pāli, y significa atención, recuerdo, memoria, vigilancia (Cornu, 2004), en español no tiene una traducción exacta, pero es más conocida como *atención plena*. Cuando hablamos de mindfulness, Kabat-Zinn lo define como “Mindfulness es consciencia, una consciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar el momento presente” (Kabat-Zinn, 2013, p. 8).

Mindfulness puede ser un rasgo estable de personalidad o un estado que pone el foco de atención al momento presente de forma intencionada (Hervas et al., 2016). Se trata de una capacidad que todos los seres humanos tenemos (Kabat-Zinn, 2003), y utilizando la consciencia *del ahora* a través de la práctica se puede aumentar el mindfulness como rasgo (Kiken et al., 2015).

Mindfulness tiene varias modalidades de práctica. La meditación formal que consiste en dedicar un tiempo de manera regular, eligiendo el objeto de atención y atendiendo a las sensaciones físicas o emocionales, y de manera consciente observar la experiencia que provocan con un enfoque de aceptación. La otra forma de practicar mindfulness es la práctica informal, diariamente se activa el estado de mindfulness aprendido, mientras se realiza cualquier actividad de la vida diaria (Siegel, et al., 2016).

Los principales componentes del mindfulness son (Vallejo, 2008):

- Centrarse en el momento presente: consiste en elegir el objeto o la actividad de atención y experimentar los pensamientos y sensaciones que surgen en ese justo momento.
- Apertura a la experiencia y los hechos: se trata de abrirse a sentir, pues los pensamientos y sensaciones subjetivos no constituyen la realidad e impiden abrirse a nuevas formas de ver las cosas.
- Aceptación radical: no hacer valoraciones de la experiencia como perfectas o imperfectas.
- Elección de las experiencias: la elección del objeto o actividad de atención la determinará siempre la persona.
- Control: la práctica del mindfulness implica no controlar, y dejar ser.

En mindfulness entran en juego siete actitudes básicas que la persona al empezar la práctica deberá tener en cuenta y que se aconsejan adoptar: tomar consciencia de los pensamientos y conductas que aparecen constantemente, sin juzgar; comprender y aceptar que las situaciones ocurren cuando deben ocurrir, teniendo paciencia incluso con nosotros mismos; adoptar una actitud abierta y curiosa al estar en el presente como cuando se contempla algo por primera vez, sin ninguna expectativa; tener confianza en uno mismo; no luchar con el flujo de pensamientos y emociones; reconocer la aparición de pensamientos, deseos y sentimientos dejándolos pasar; aceptar las cosas como son, tanto si nos gustan como si no (Palomas, 2015; Pérez y Botella, 2007).

Terapias de 3ª generación

El enfoque en las terapias de 3ª generación en psicología en los últimos años ha tenido mucho interés. Su atractivo no radica en conseguir el cambio de pensamiento y por consiguiente la modificación de la conducta, se centra en el modelo de aceptación de las experiencias subjetivas tal y como son, ayudando a mejorar el bienestar subjetivo del paciente (Hervas et al., 2016).

Dentro de las técnicas de 3ª generación se encuentran las intervenciones basadas en mindfulness (IBM), una de las más utilizadas en el contexto clínico y científico es el programa MBSR (Moñivas et al., 2012; Vázquez Resino, 2019), que además cuenta con

mayor evidencia científica en población de personas mayores (Quintana Hernández y Miró Barrachina, 2015).

El Dr. Jon Kabat-Zinn adaptó las técnicas de origen budista al contexto occidental, desprendiéndose de todos los elementos religiosos y creando el programa MBSR para pacientes con dolor crónico (Kabat-Zinn, 2003). Posteriormente este programa se ha aplicado a muchas otras condiciones (Baer, 2017; Didonna, 2011; Pérez y Botella, 2007 Schonert-Reichl y Roeser, 2016).

La práctica formal del programa sistemático de ocho semanas de Jon Kabat-Zinn incluye: mindfulness en la respiración, escáner corporal, meditación sedente, yoga, paseo meditativo y retiro de un día dedicado a la atención plena (Kabat-Zinn, 2016).

La estructura del programa ha incorporado las prácticas formales del programa MBSR, realizando adaptaciones que se consideran apropiadas para ajustarse a las necesidades de los participantes.

Cebolla y Demarzo (2014), indican que hay posibles prejuicios al relacionar mindfulness con sus orígenes religiosos budistas que pueden actuar como barrera para su práctica. Para evitar que los participantes relacionen el programa con una práctica religiosa o mística y facilitar la comprensión del concepto, la palabra mindfulness se sustituirá por la de *atención plena*.

La sesión de un día de retiro del programa original no se realizará en este diseño para evitar que al incluir un día entero de retiro, pueda limitar la decisión de participar o no asistir a la sesión por falta de tiempo.

La sesión de Hatha Yoga se ha adaptado con posturas más fáciles y ligeras de Palomas (2015) incorporando el yoga en silla de Joy Devi (2006).

Se han incorporado al programa otras técnicas de mindfulness que contienen atención plena en la comunicación de Gillis Chapman (2018), la autocompasión del programa Mindful Self-Compassion (MSC; Neff y Germer, 2013), técnicas de Thích Nhất Hạnh (2007; 2012), y meditaciones de Palomas (2015) y Simón y Germer (2011).

También se han incluido a lo largo de las ocho sesiones: metáforas, fábulas, poesía y cuentos cortos extraídos de Baer (2017) y Lozano (2017), con el objetivo de favorecer la comprensión de la parte teórica. El uso de la metáfora está centrado en fomentar la

reflexión de los participantes acerca de los pensamientos, emociones y sentimientos que puedan tener, y dirigirlos al momento presente, además de propiciar la puesta en común en grupo.

La metáfora además de cumplir con la función de facilitar la comprensión y la comunicación de experiencias subjetivas, puede ayudar a ensanchar las perspectivas, provocar emociones y atraer la atención (Costa y López, 2008).

Enfoque psicosocial: atención centrada en la persona con demencia

La intervención tendrá un enfoque del modelo VIPS de Brooker (2013), del paradigma atención centrada en la persona con demencia con el objetivo de mantener la condición de persona en los participantes con EA.

El modelo VIPS propone cuatro áreas importantes para que el cuidado esté centrado en las personas con demencia. En relación con cada área del modelo, la intervención pretende:

- Valorar a las personas con demencia y a quienes las cuidan:

La intervención hace accesible la posibilidad de aprender técnicas del mindfulness al cuidador y a la persona con EA y ofrecer recursos de apoyo, además de que las actividades puedan realizarlas conjuntamente y, algunas técnicas están adaptadas por si se necesita ayuda adicional debido a la movilidad reducida.

- Tratar a las personas como Individuos:

La intervención está diseñada para personas con EA en fases leves y moderadas, aunque existe variabilidad entre las personas y las manifestaciones clínicas del Alzheimer. Las técnicas de las prácticas se han intentado ajustar a estos estadios, incluyendo temas relacionados con la prestación y recepción de cuidados que puedan surgir en estas fases. La práctica informal de la intervención ha intentado ofrecer diferentes ejemplos de aplicación y que los participantes puedan elegir los que más se ajusten a sus preferencias, motivándoles a aplicarlos cuando lo deseen en otras actividades.

- Mirar el mundo desde la **Perspectiva** de la persona con demencia:

La comunicación con personas con EA debe considerar sus opiniones, preferencias y consentimientos. La intervención pretende fomentar una comunicación desde el respeto y la aceptación de diferentes opiniones.

- Un entorno **Social** positivo en el que la persona con demencia pueda experimentar un relativo bienestar:

La práctica en pareja fomenta que los cuidadores ayuden al familiar con EA a utilizar sus capacidades y aptitudes en las técnicas del mindfulness, y el entorno grupal, fomenta la participación de interacciones sociales para sentirse parte del grupo.

Intervención grupal

La intervención se realizará en un grupo cerrado, se establecerá al principio el número de personas que participarán durante el programa, con un número de sesiones fijadas (Vinogradow y Yalom, 1996). Desde el enfoque grupal se podrán realizar actividades como la puesta en común entre participantes, que de manera individual no sería posible. La intervención se realizará con un grupo de entre 12 y 16 participantes, formado por parejas de cuidadores y personas cuidadas.

2.4. Sesiones y duración

El programa se presentará en fundaciones y asociaciones de familiares de personas con EA del Baix Llobregat y Barcelona con la intención de promoverlo a posibles participantes.

Con la recepción de las solicitudes de las personas interesadas, se programará en los centros de captación una primera sesión informativa y grupal, acerca del programa, de manera que puedan tener la información necesaria para valorar sus beneficios, participación y compromiso, puesto que es uno de los aspectos claves de la intervención.

Con los participantes que finalmente estén interesados se acordará una próxima sesión individual, en los mismos centros de captación para administrar la escala de sobrecarga del cuidador. Conjuntamente con el resto de criterios de selección se formará el grupo final.

Se acordará con los participantes seleccionados una sesión individual por parejas antes de las sesiones en grupo, en la sala destinada a la intervención. La sesión irá dirigida a solucionar dudas que les hayan surgido después del primer encuentro y se realizará la evaluación pre-test, excepto la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit que se administró en la sesión anterior para la selección de participantes. El resultado obtenido se utilizará conjuntamente con el resto de instrumentos pre-test para la comparación con los datos post-test que se obtengan.

La intervención en grupo consta de ocho sesiones siguiendo el programa de MBSR. Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos una vez por semana, excepto la primera sesión que durará 105 minutos para establecer la primera toma de contacto grupal y resolver dudas iniciales.

Con respecto a la duración de las tareas en casa, la práctica formal e informal tendrá una duración de entre 25 y 30 minutos diarios.

A la semana siguiente de finalizar el programa se realizará en la sala en la que se ha llevado a cabo la intervención, individualmente por parejas la evaluación post-test, con los instrumentos que se utilizaron en la evaluación pre-test para comprobar la efectividad del programa.

A los tres meses de finalizar la intervención se contactará con los participantes para concretar un día en que puedan asistir a la sala en la que se desarrolló el programa, o si lo prefieren en su domicilio, para realizar el seguimiento con los mismos instrumentos administrados en la evaluación pretest-postest. Con los datos obtenidos se comprobará si los efectos conseguidos se han mantenido en el tiempo.

A continuación se detalla el cronograma de la intervención (ver Figura 4).

Figura 4

Cronograma de la intervención

Fases	Año 2022-2023													
	Septiembre					Octubre				Noviembre				Febrero
	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	23
Selección de participantes														
Evaluación pre-test														
Sesiones en grupo														
Evaluación post-test														
Seguimiento														

2.5. Desarrollo del programa

A continuación se detallarán los objetivos, estructura, técnicas y la dinámica de las actividades de cada una de las ocho sesiones incluidas en el programa de intervención propuesto.

Sesión 1 Presentación en grupo e introducción a la atención plena

Objetivos

- Conocer los principios de la atención plena
- Conocer los pilares de la práctica de atención plena
- Aprender a dirigir la atención a la respiración conscientemente

Estructura

- Dinámica grupal para conocerse y exploración de expectativas (30 minutos)
- Introducción a la atención plena (35 minutos)
 - Qué es la atención plena, mitos del mindfulness y beneficios generales
 - Propósito de la práctica en la atención plena
 - Modo hacer y modo ser
 - Postura correcta física y mental
- Ejercicio respiración (25 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa y despedida (15 minutos)

Técnicas

- Reflexión guiada
- Cuento corto
- Metáfora
- Atención plena en la respiración

Actividad

La primera sesión es la primera toma de contacto grupal entre los participantes y el psicogerontólogo/a especializado en atención plena. Se dará la bienvenida y se invitará a los participantes a sentarse donde se sientan más cómodos por pareja, o en familia en el caso de participar dos cuidadores por persona con EA.

Una vez todos los participantes hayan tomado asiento, el psicogerontólogo/a se presentará y facilitará un cronograma con los temas que se trabajarán durante la intervención.

La sesión se abrirá con una dinámica grupal para conocerse, los participantes presentarán a su pareja al resto del grupo, indicando datos básicos y alguna señal de identidad, si así lo desean. Seguidamente se animará a realizar una sencilla reflexión interna individual guiada, en la que durante dos minutos, en silencio y, si lo desean con los ojos cerrados, se les guiará en cuestiones como: ¿Qué te ha motivado a participar en el programa? ¿Cuál es tu intención? ¿Qué quieres realmente? Una vez finalizada pueden comentar en pareja su reflexión, y se invitará a los que deseen participar a comentarlo en el grupo grande. Se agradecerá la participación y se valorarán todas las aportaciones siempre con una devolución positiva.

Se explicará qué es la atención plena, en qué consiste y se revisarán los mitos habituales en un lenguaje sencillo y comprensible, se comentarán los beneficios generales de la atención plena, y posteriormente se introducirán los pilares que pretenden ayudarles en la práctica continuada durante las próximas sesiones.

Para sustentar la práctica se darán explicaciones sobre el propósito de la atención plena. El objetivo de la reflexión inicial es ayudar a los participantes a darse cuenta de que las expectativas pueden entorpecer la práctica, sintiéndose obligados a perseguir una u otra cosa, agotándose mental y físicamente, lo que puede llevar al abandono.

Despojarse de las expectativas iniciales es el propósito, y para ello se dará una breve charla sobre la importancia de no esperar nada, es decir, no tener expectativas concretas como uno de los aspectos más importantes. Con la atención plena se pretende descubrir la realidad tal y como es, no como quisiéramos que fuese. La atención plena es un proceso de observación participativa, las expectativas se irán modificando con la práctica, si de entrada se cree que la práctica realizada cumplirá con las expectativas iniciales, se estará distorsionando. Para reforzar la práctica se darán indicaciones de lo que puede suceder durante su realización. Un día la práctica formal puede estar rodeada de silencio, calma, sin que nada distraiga, y otro día llena de interrupciones y distracciones debido a múltiples factores, pero todo es normal y no debe frustrar ni desanimar. Es mejor empezar sabiendo que todo puede pasar y no pensar que no se

puede aprender la atención plena. Lo importante es intentarlo y el simple hecho de practicar es para sentirse complacido. Se leerá el cuento de “Las artes marciales”. El objetivo es hacer hincapié en que la atención plena consiste en estar abierto, con una mente curiosa e intentar no empezar la práctica con expectativas de cómo deberá transcurrir.

La actitud que se debe adoptar es el *modo ser* a diferencia del *modo hacer*. Se explicará que el *modo hacer* es con el que se suele comenzar, con el objetivo concreto de lo que proporcionará la atención plena. En cambio, el *modo ser* pretende experimentar las cosas como son, sin ponerle un significado personal. La motivación inicial deberá ser solamente practicar, estar en el momento presente, el resultado a buscar es simplemente éste, y establecer una práctica regular. Para facilitar la comprensión del *modo ser* se explicará la paradoja de la atención plena: para que la práctica sea beneficiosa en la salud física y mental, no se deben tener expectativas o buscar nada especial en cada práctica. Tener una expectativa concreta es lo que justamente aleja de estar en el momento presente, con curiosidad y apertura.

A continuación se realizará un ejercicio en el que se pedirá a los participantes que piensen en el curso como un viaje que siempre les hubiera gustado hacer, y que en ese viaje sean exploradores, con curiosidad y una mente abierta en la búsqueda y descubrimiento de nuevos sitios.

La primera técnica en la que se instruirá a los participantes es la técnica de la respiración, y se explicará los beneficios de una buena respiración, y cómo realizarla.

Antes de comenzar se darán pautas sobre la postura correcta física y mental, y el psicogerontólogo/a procederá a realizar el modelado de la postura física. Las pautas más importantes harán referencia a la posición de la columna. Se comentará para facilitar la comprensión, la metáfora de la flor: la postura es como la de una flor que crece y se levanta desde la tierra, firme, creciendo hacia arriba. Se aprovecharán las pautas de la postura física para reflexionar con los participantes sobre la importancia que la postura tiene para crear hábito, las posturas han de ser metódicas. El hábito es muy importante en la vida diaria y en los cuidados: a la hora de levantarse, cómo hacerlo, cómo vestirse, comer, asearse, como ayudar a levantarse o sentarse a personas con movilidad reducida etc., anticipar las posturas correctas en la interacción de estas actividades puede hacer la

convivencia más cómoda.

Con respecto a la postura mental se detallan más concretamente las actitudes básicas que guiarán todo el programa: no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esforzarse, aceptación y dejar ir. Estas actitudes aplicadas en las actividades diarias pueden minimizar situaciones de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva.

El primer paso será descubrir el patrón de respiración, durante tres minutos aproximadamente será suficiente. La concentración estará en el vientre y se apreciará si la respiración es lenta y natural, o la habitual que es más rápida, para ayudarse pondrán las manos sobre el vientre. Una vez hayan tomado una primera toma de contacto con su respiración se procederá a aprender a estabilizar la atención y conectar con la respiración.

Con la atención en la respiración observarán la entrada y salida de aire, sin intentar modificar el ritmo. Conectar con la respiración sintiendo como el vientre se expande al inhalar por la nariz y se contrae al exhalar por la nariz o boca, sin forzar con inhalaciones profundas. En cualquier momento vendrán a la mente pensamientos, el psicogerontólogo/a para ayudarles durante el ejercicio les irá guiando con las siguientes pautas: observar que los pensamientos y sentimientos fluyen y nos alejan de la atención en la respiración, es normal distraerse por lo que hay que centrarse de nuevo en el foco de atención “la respiración”, sin juzgar.

Al finalizar se analizará en grupo los efectos percibidos en la práctica y si se han tenido dificultades.

Se indicará cómo realizar la práctica formal en casa los próximos seis días, en pareja, con el objetivo de aprender a estabilizar la atención en la respiración. El tiempo estimado recomendado será de 15 minutos al día. Se pedirá que escojan el momento del día más apropiado para ellos, evitando fijar un horario rígido.

Las pautas para realizar la actividad serán las siguientes: posicionarse en pareja uno frente al otro, sentados o de pie con las palmas de las manos juntas; al inspirar se separan ligeramente, al espirar se vuelven a juntar, mientras se mantiene la concentración en la respiración. Se realizará durante 5 minutos tres veces al día, dándose las gracias por compartir el momento.

La práctica informal se centrará en cualquier actividad instrumental y básica de la vida diaria. Esta primera sesión consiste en aprender a estabilizar la atención en la respiración, por tanto, en cualquier actividad se podrá practicar. También pueden utilizarla cuando surjan pensamientos y sentimientos que aceleren la respiración en situaciones de cuidado y ser cuidados. Algunas situaciones que podrían crear malestar, y donde la práctica de la respiración podría ayudar son:

- Incomodidad por sentir invadida la intimidad cuando les ayudan en el aseo
- Malestar por no hacerse las cosas como están acostumbrados, cuando les ayudan en algo
- Cuando se busca algún objeto y no se encuentra
- Malestar por no poder dormir por la noche
- Desorientación en alguna salida a algún sitio nuevo
- Cuando no se encuentran las palabras adecuadas
- Falta de concentración al leer un libro o el periódico
- Malestar si se han de dejar de hacer actividades que habitualmente realizaban, como conducir
- Malestar de ambas partes por los posibles cambios ambientales necesarios en el domicilio

El objetivo es aprender a utilizar la técnica y adquirir una práctica regular. Durante el programa se les pedirá que la utilicen en las situaciones que deseen. Los cuidadores guiarán al familiar en el momento de iniciar la actividad.

Habrará un espacio para dudas, o dificultades que se prevean para realizar los ejercicios.

Se dará una copia del cuento a cada pareja para que se lo lleven a casa y, leerlo siempre que quieran, y las instrucciones para realizar el ejercicio de la respiración.

Se facilitarán las lecturas de cada sesión al finalizarlas: el cuaderno final del programa, con todo el material recopilado se muestra en el Anexo VIII. Se agradecerá la atención y participación a todos los asistentes.

Sesión 2 Conectar con el cuerpo explorando las sensaciones

Objetivos

- Aprender a observar cada parte del cuerpo
- Fomentar la relajación física y mental

Estructura

- Bienvenida y puesta en común de las tareas realizadas en casa (15 minutos)
- Explicación de la técnica escaneo corporal y dificultades (10 minutos)
- Ejercicio escaneo corporal (40 minutos)
- Espacio de conversación, dudas, sugerencias (10 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa, y despedida (15 minutos)

Técnicas

- Escaneo corporal
- Atención plena en la respiración

Actividad

La sesión comenzará dando la bienvenida y agradeciendo la predisposición de continuidad en la práctica. Se informará brevemente en qué consistirá la sesión. Seguidamente se invitará a compartir, quien lo desee, cómo ha ido la práctica durante la semana anterior. El psicogerontólogo/a para facilitar la puesta en común les recordará la metáfora del explorador, y facilitará la participación preguntando por el uso de las actitudes básicas en la práctica, explorando qué dificultades han tenido y cómo se han sentido en la práctica formal e informal.

Para facilitar la comprensión de la técnica del escaneo corporal se explicará en qué consiste, indicando que aprenderán a conectar con el cuerpo explorando las sensaciones sin ejercer control sobre ellas.

Antes de comenzar se informará de los posibles obstáculos que pueden surgir durante el escaneo corporal guiado, con el objetivo de anticipar posibles situaciones que puedan generar frustración. En el caso de somnolencia, dispersión mental, picores, y diferentes estados emocionales que pueden surgir, se recordará que no significa que no se esté haciendo bien el ejercicio, no es ni bueno, ni malo, no deben preocuparse por si están

realizando el ejercicio correctamente, simplemente han de seguir las indicaciones lo mejor que puedan, permitiéndose sentir cualquier sensación. En el caso de sentir dolor, frío no es necesaria la aceptación, se informará que lo comuniquen para modificar las condiciones y que estén lo más cómodos posible: proporcionar una manta fina, cambio de la postura etc. Se facilitarán esterillas de yoga, para que quien desee realice el ejercicio tumbado boca arriba, se dará indicación de la postura correcta, así como el tiempo de duración.

Simultáneamente se realizará la técnica de escaneo corporal con el patrón de respiración aprendido en la sesión anterior. La técnica es guiada y consistirá en llevar la atención a las partes del cuerpo con la respiración, desde los dedos de los pies, la planta del pie, tobillos, pantorrillas, rodillas, muslos, caderas, abdomen, y así sucesivamente hasta llegar a la coronilla. En cada parte el psicogerontólogo/a se detendrá de diez a quince segundos para que conecten con las sensaciones de la parte a la que se está atendiendo, dirigiendo la respiración a la zona del cuerpo al inspirar, e imaginar que al espirar sueltan las sensaciones de fatiga, estrés, o dolor que se puedan sentir. Cuando la atención se disperse se volverá a la parte del cuerpo en cuestión sin realizar ningún juicio, observando con curiosidad y apertura.

Una vez finalizado el ejercicio habrá un par de minutos para incorporarse tranquilamente y se invitará a los participantes a compartir la experiencia. Se preguntará acerca de cómo se han sentido, si han surgido distracciones durante el recorrido: ¿qué ha hecho que me distraiga?, ¿las sensaciones son idénticas o diferentes en las distintas partes del cuerpo?

Se prestará atención a las diferencias que han notado durante la práctica en sus diferentes partes físicas, tomando consciencia de si han notado presión, dolor, rigidez etc., en alguna de ellas. Esta práctica puede ayudar a descubrir cómo responde su cuerpo y si se necesita una atención especial en alguna de las partes, fomentando su autocuidado.

Se darán instrucciones para realizar la práctica en pareja del escaneo corporal simultáneamente con la atención en la respiración. Deberán realizarla en casa cada día, durante 15 minutos.

La práctica informal propuesta consiste en aprovechar la hora de levantarse para

realizar un recorrido de las diferentes partes del cuerpo, e ir moviéndolas poco a poco y estirarse para tener *un buen despertar*. Se puede realizar de igual manera a la hora de acostarse. Es aconsejable realizarlo acostado.

Es fundamental realizar la práctica en pareja, puede hacerla primero el cuidador y posteriormente guiar en la práctica al familiar a la hora de despertar, y reducir el tiempo haciendo un recorrido más breve, incorporando las partes del cuerpo que deseen. Dar las gracias por un nuevo día. Se agradecerán mutuamente el aspecto que les haya resultado más agradable.

La práctica del escaneo corporal se puede generalizar a diferentes situaciones cotidianas. Se dará un ejemplo para practicar en casa, en pareja, mientras se asean, se ponen crema en el cuerpo, ven la tv etc. Con esta sencilla práctica se abren a dar y recibir. Con las partes físicas que se han detectado que necesitan especial atención pueden dedicar unos minutos extras.

Ejercicio de ejemplo: *Compartamos el masaje*.

El cuidador propone al familiar que atienda a las sensaciones del cuerpo que le producen el suave masaje en la parte del cuerpo que más guste o necesite: manos, cuero cabelludo, brazos, piernas etc. Al mismo tiempo el cuidador atiende a las sensaciones que el tacto provoca. Mientras se realiza el masaje se incluye la respiración consciente, es importante no olvidar este punto. La duración puede oscilar de 5 a 10 minutos, una vez finalizado el masaje, la pareja compartirá las sensaciones obtenidas, y si ha sido agradable recibir y dar el masaje. Cada uno deberá decirle a su pareja un aspecto positivo de la actividad y un aspecto que le haya provocado una emoción positiva dando o recibiendo el masaje, se darán las gracias por compartir el tiempo en esta actividad.

Se facilitarán las instrucciones del escaneo corporal (Anexo VIII). Para finalizar se recordará la importancia de la práctica y agradeceremos a todos su participación, nos despediremos en grupo hasta la próxima semana.

Sesión 3 Caminar consciente

Objetivos

- Aprender a estar dónde se está en cada momento, sin apresurarse
- Identificar y tomar consciencia de operar en *piloto automático*

Estructura

- Bienvenida y puesta en común de las tareas realizadas en casa (15 minutos)
- Explicación de *operar en piloto automático* (10 minutos)
- Diálogo sobre los quehaceres en los que se actúa en *piloto automático* (15 minutos)
- Ejercicio caminar consciente (25 minutos)
- Espacio de conversación, dudas, sugerencias (10 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa, y despedida (15 minutos)

Técnicas

- Fábula
- Técnica paseo meditativo
- Uso de *gathas*

Actividad

Se dará la bienvenida como en las sesiones anteriores y una explicación breve de los temas y actividades que se trabajarán. Se abrirá un espacio de diálogo para compartir cómo han ido las prácticas durante la semana y resolver dudas, se animará a dar sugerencias y explicar en qué situaciones los participantes han utilizado la práctica informal.

Habrà una charla acerca de lo que significa el *piloto automático*. Para facilitar el lenguaje el psicogerontólogo/a explicará el significado del concepto, refiriéndose a que en ocasiones se hacen las cosas habituales por inercia, hábito o costumbre sin pararse a reflexionar sobre las tareas diarias. Se leerá la fábula “Capturar el momento presente” del maestro Zen D.T. Suzuki, para ejemplificar y dar mayor comprensión.

A continuación se les pedirá a los participantes que durante dos o tres minutos pongan en común un ejemplo en el que piensen que actúan *en piloto automático* en la recepción y prestación de cuidados.

Como cuidador: ¿cuándo ayudo a mi familiar muestro paciencia, atención y cariño? o ¿por el contrario hago la acción a toda prisa para seguir con mis otras tareas?

Como persona cuidada: ¿me ayudan en mis cosas con amabilidad, tienen paciencia, y sí es así me doy cuenta? o por el contrario ¿tengo una actitud negativa y demuestro estar poco satisfecho?

En general: ¿utilizo expresiones automáticas que indiquen desagrado, falta de paciencia, nerviosismo etc.?

Posteriormente se animará a compartirlo con el grupo con el objetivo de comprobar que es un modo de proceder humano que todos tenemos en mayor o menor medida.

Se introducirá la técnica del paseo meditativo: aprender a dirigir la atención a la experiencia de caminar añadiendo la atención a la respiración.

Pediremos a los participantes que se levanten y se guiará el ejercicio. Se comenzará prestando atención a la respiración unos segundos, se tomará conciencia a los primeros pasos y comenzarán a caminar despacio, en pareja, unos detrás de otros alrededor de la sala. Se hablará sobre las sensaciones corporales al caminar. Lo importante es sentir la sensación del cuerpo manteniendo la atención en un aspecto concreto del caminar, sin cambiar el objeto de atención elegido. Se darán breves recordatorios de si perciben que han desviado la atención a otras cosas, amablemente, dirigirán la conciencia al caminar.

El objetivo es observar las sensaciones caminando y estar presentes donde estén. Para las personas con movilidad reducida que precisen de apoyo para la marcha, como una silla de ruedas, se les invitará a que su cuidador vaya con él haciéndose cargo del movimiento de la silla, y realizar el ejercicio centrando la respiración en las sensaciones que les provoca el movimiento en el desplazamiento, siendo conscientes del movimiento y estando presentes donde están. En el caso de que puedan desplazarse de manera autónoma con la silla de ruedas sin necesidad de ser acompañado por el cuidador, el cuidador puede situarse al lado o detrás de la persona con EA, se darán consignas de centrar la atención en las sensaciones de las manos y en los gestos que se realicen en el desplazamiento.

Una vez finalizado el paseo meditativo se pondrá en común la experiencia de la práctica.

La tarea para casa consistirá en la atención compartida en el paseo meditativo. Se planificará un paseo diario conjunto durante el tiempo que tengan disponible, se aconsejan 10 minutos. Si se dispone de espacio se puede realizar en el domicilio. En el paseo el cuidador ayudará al familiar a prestar atención a las sensaciones del caminar, acompañando con la respiración, indicando al familiar los pasos que dan y las sensaciones que produce el movimiento del cuerpo al andar.

Los participantes de movilidad reducida pueden realizar de igual forma el ejercicio, el cuidador podrá dar indicaciones de orientación sobre la ruta que se vaya a realizar: subir o bajar una rampa, que el pavimento tenga diferentes texturas que puedan provocar diversidad de sensaciones en el cuerpo, entre otras.

Muchas veces pueden aparecer situaciones en las que se tenga que caminar y no apetezca, en el caso de que el familiar camine sin rumbo o desorientación en algún sitio nuevo al que se haya ido: comidas fuera de casa en celebraciones, visitas al médico etc. pueden generalizar el paseo meditativo y aprovecharlo para indicar al familiar que camine al ritmo de la respiración y, realizar el ejercicio.

Para facilitar el recuerdo de realizar la práctica en casa se enseñará el recurso de los *gathas* de Thích Nhất Hanh. Los *gathas* son ejercicios de meditación en poesía, que pueden ser de creación propia. Se escriben en una tarjeta que posteriormente se coloca en alguna estancia del domicilio a modo de guía o señal, invitando a practicar la atención plena. Se facilitarán dos *gathas* de Thích Nhất Hanh: seguir la respiración y meditación andando. Se animará a escribir en pareja durante la próxima semana algún *gatha* que se ajuste a la situación que deseen.

Se recordará la continuidad en el escaneo corporal mínimo una vez al día durante 10 minutos, y la práctica de atención a la respiración en las actividades cotidianas. Se facilitará la fábula y el ejemplo de los *gathas* para que se lo puedan llevar a casa (Anexo VIII).

Agradeceremos a todos su participación, nos despediremos hasta la próxima semana.

Sesión 4 Conciencia plena en el movimiento

Objetivos

- Aumentar la concentración en la respiración con otro foco de control
- Aumentar la consciencia corporal, la flexibilidad, soltar tensiones

Estructura

- Bienvenida y puesta en común de las tareas realizadas en casa (15 minutos)
- Explicación del yoga y sus beneficios (10 minutos)
- Respiración contando (15 minutos)
- Yoga en el suelo y con una silla (25 minutos)
- Espacio de conversación, dudas, sugerencias (10 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa, y despedida (15 minutos)

Técnicas

- Respiración contando
- Yoga en el suelo y con una silla

Actividad

La sesión se iniciará dando la bienvenida y presentando al invitado/a que guiará parte de la sesión, un instructor/a de yoga. Se abrirá el espacio de dudas y puesta en común de la práctica realizada durante la semana.

A continuación el instructor/a de yoga les dará la bienvenida y dará una breve charla sobre los beneficios del yoga.

Antes de iniciar la práctica de yoga, el psicogerontólogo/a dará instrucciones guiadas en la respiración contando, así se propicia un estado de calma mental y atención plena que ayudará a iniciar la sesión de yoga, y se enseñará otra técnica de respiración.

En la primera sesión se instruyó en la técnica de la respiración, la atención era la respiración en sí misma, en cambio, la técnica *respiración contando* cambia el foco de atención.

La técnica se guiará de la siguiente manera: adoptar la postura cómoda sentados y con los ojos cerrados. Contar uno, inspirar y expirar. Contar dos, inspirar y expirar y así hasta 10. Contar hacia atrás hasta llegar a uno, de nuevo.

Siempre se pondrá especial atención por parte del profesional en guiar la práctica al foco de atención. En caso de desconexión se recordará de qué forma se vuelve a la respiración y se empezará por contar de nuevo. Daremos unos minutos al finalizar.

La sesión de yoga no se centrará tanto, como es habitual, en la postura sino en aumentar la consciencia del cuerpo y mente. El objetivo es aceptar el cuerpo sin sobresfuerzo, se aprenderán los límites del cuerpo en el momento presente, observando lo que el cuerpo puede hacer y hasta dónde puede llegar, no hay que sentir dolor. La sesión no se centrará en el logro de la asana, para que los participantes no piensen que no pueden practicar yoga, evitando la imagen que puedan tener sobre ellos mismos, posibilitando pasar de una visión rígida a una más flexible.

Las posturas seleccionadas son sencillas, lentas y adaptadas a las necesidades de los participantes. Pueden realizarse en el suelo, en silla o silla de ruedas. El diseño de la técnica mindfulness en movimiento *Yoga*, consistirá en los ejercicios siguientes:

- Movimientos del cuello
- Movimiento de brazos
- Rotación de los hombros, muñecas y tobillos
- Flexión lateral
- La cobra en el suelo y en silla
- Media langosta en el suelo y de pie con una silla para apoyarse
- Inclinación hacia delante en el suelo y en silla
- El sello en el suelo y en silla
- Saludo al sol de pie apoyado con una silla y sentado en silla

Las tareas para casa consistirán en la práctica de 5 a 10 minutos de la atención a la respiración contando en pareja. Se darán las siguientes instrucciones: situarse uno frente al otro/a y realizar el conteo conjunto incorporando las manos. Cuenta uno y se mueve ligeramente el dedo pulgar de la mano derecha, cuenta dos y el dedo pulgar se une con el dedo índice, así sucesivamente con todos los dedos hasta llegar al meñique, luego con la otra mano, hasta contar un total de diez, posteriormente se hará igual a la inversa: de diez hasta llegar a uno.

A continuación elegir los ejercicios de yoga que más gusten, siempre se harán los tres primeros, de los restantes elegir un mínimo de tres ejercicios, se practicarán 15 minutos

al día. Recordar el escaneo corporal durante 5 minutos, a la hora de levantarse o acostarse, de las partes del cuerpo que se prefieran, y el uso de los gathas.

Se facilitará la sesión de yoga (Anexo VIII). Se finalizará la sesión como las anteriores con un espacio para dudas, agradecimiento por la predisposición a la práctica, y despedida.

Sesión 5 Atención plena centrada en los sonidos

Objetivos

- Aprender la atención consciente a los sonidos

Estructura

- Bienvenida y puesta en común de las tareas realizadas en casa (15 minutos)
- Explicación del estímulo sonoro (10 minutos)
- Diálogo (15 minutos)
- Ejercicio meditación sentado (25 minutos)
- Espacio de conversación, dudas, sugerencias (10 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa, y despedida (15 minutos)

Técnicas

- Meditación sentado, *espejo sonoro*.
- Vídeo

Actividad

La sesión se iniciará como la anteriores, bienvenida, resumen de cómo se desarrollará la sesión, espacio compartido de las experiencias de la práctica en casa, dudas.

Esta sesión consistirá en que los participantes aprendan a prestar atención plena a los sonidos, y así aprovechar mejor la sesión 6.

Habrà una breve charla sobre los estímulos sonoros, que son sólo eso, los significados de los sonidos los etiqueta el ser humano. Para que sea más visual la explicación se pondrá el vídeo: *El viaje del sonido al cerebro*, de tres minutos, con el objetivo de que tengan una idea global de cómo un estímulo sonoro se convierte en sonido con un significado. Posteriormente se hará una breve reflexión guiada con preguntas de si suelen atender a los sonidos y observar sus características, y darse cuenta de que cada

persona le puede dar un significado.

En esta sesión se aprenderá a apreciar las características de los sonidos con atención plena, con la meditación sentado: *espejo sonoro*. Se apreciarán las percepciones del ambiente, dejando a un lado si son agradables o no, aceptándolas, observando que vienen y van, y dejándolas ir.

El psicogerontólogo/a dará indicaciones para que tomen una postura cómoda sentada, dedicando unos segundos a ser conscientes de la posición del cuerpo y de la respiración. Se hará una reflexión guiada en silencio de los diferentes sonidos cotidianos. Se les pedirá que piensen diferentes sonidos que se presentan en su día a día cuando cuidan o son cuidados, como por ejemplo palabras altas de tono o preguntas repetitivas, sonidos incómodos y, que piensen en sus características: si el sonido es más fuerte o débil, más grave o agudo. Cuando aparezcan pensamientos negativos respecto al sonido no se juzgará.

Una vez finalizado el ejercicio, como en sesiones anteriores se abrirá un espacio de puesta en común sobre si les han surgido dificultades durante el ejercicio y las dudas que tengan.

Se presentarán las tareas para casa para practicar la atención compartida al sonido, que consistirá en elegir de las diferentes propuestas las que se prefieran. Se recomendará explorarlas todas para observar con cuál se sienten más cómodos.

- Compartir un momento en el que escuchemos música que le guste al familiar o, a ambos, y atender conscientemente a la música, los instrumentos, el tempo etc., mientras hacen ver que las dirigen con las manos. Se recomienda escuchar dos piezas de música para realizar la práctica.
- Con instrumentos de fácil uso: campanas, cascabeles, pandereta, xilófono, etc., escucharán el estímulo sonoro y sus cualidades, incluyendo la atención a la respiración. En la inhalación tocará el instrumento uno de los dos, en la exhalación lo tocará el otro, con la atención plena al sonido y la respiración simultáneamente.
- En el paseo meditativo podrán cambiar el foco de atención del caminar a los sonidos: los pájaros, el viento, las personas hablando, siempre que sean conscientes del cambio del objeto de atención elegido, del caminar al estímulo sonoro.

- La práctica se puede incluir en las actividades cotidianas, como la hora del baño, el uso del WC, la hora de la comida etc. Introduciendo la práctica formal en las situaciones de la vida cotidiana que deseen. Pueden acompañar al ritmo de la respiración la actividad con una pieza de música o con sonidos inspirados en la naturaleza, lluvia, pájaros, etc., mientras realizan la actividad.

Se pedirá un compromiso en la práctica formal e informal, en el que diariamente se realicen: la formal con un CD facilitado a cada participante con sonidos ambientales, y la informal con las actividades propuestas, ambas durarán 25 minutos. Se agradecerá la asistencia y despedida hasta la próxima sesión.

Sesión 6 Comunicación consciente “Primero *nosotros*”

Objetivos

- Aprender a identificarse con la relación en pareja, en vez de pensar individualmente
- Aprender la atención plena en la comunicación

Estructura

- Bienvenida y puesta en común de las tareas realizadas en casa (15 minutos)
- Explicación atención plena en la comunicación (10 minutos)
- Diálogo (20 minutos)
- Observación del tipo de comunicación que mantienen (20 minutos)
- Espacio de conversación, dudas, sugerencias (10 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa, y despedida (15 minutos)

Técnicas

- Metáfora
- Técnica de visualización guiada

Actividad

Bienvenida, agradeciendo la predisposición de continuidad en la práctica, resumen de la sesión, puesta en común de la práctica en casa, y dudas.

Se empezará por establecer la motivación de la sesión con una breve explicación de la importancia de estar en el momento presente en la comunicación. Cuando la

comunicación es cerrada es posible sentir tristeza o impotencia. Sentir que no se está cerca de la otra persona. Este sentimiento es el que debe activar la motivación para querer investigarse a uno mismo, y ver qué tipo de comunicación existe entre la pareja, para mejorar este aspecto.

El psicogerontólogo/a explicará cómo prestando atención a los estilos de comunicación que mantengan el uno con el otro aprenderán que en ciertas ocasiones la imagen que se crea de la otra persona no es la real, sobre todo si se sienten enfadados, y por tanto, pueden distorsionar la imagen del otro.

Esta forma de centrarse permite abrir la mente y, cambiarse a uno mismo, abandonando una actitud defensiva. Se darán pautas básicas de la importancia que tiene en la comunicación la atención, la escucha activa, y las respuestas que se dan desde el momento presente.

Se emplearán ejemplos de situaciones que se produzcan en el cuidado, dónde el cuidador y el cuidado, piensen en silencio cómo se comunican entre ellos cuando:

- Escucho la misma cuestión varias veces al día
- El otro quiere decirme algo pero pierde el hilo de la conversación
- Cuando la otra persona no encuentra la palabra adecuada que quiere decir
- Cuando te piden varias veces seguidas que hagas lo mismo
- Cuando no te escuchan al pedir algo o en una conversación sientes que no se te tiene en cuenta
- Cuando te dicen que se va a hacer alguna actividad que no te apetece

Se abrirá un diálogo entre los participantes acerca de si creen que en sus comunicaciones influyen los pensamientos y sentimientos agradables y desagradables, que sienten al cuidar, y ser cuidados. Analizarán la importancia que le dan a la comunicación amable y, si creen que afecta al bienestar de ambos.

Se realizará una actividad que el psicogerontólogo/a explicará utilizando la metáfora: *Las luces del semáforo*, “Párate, Espera, Sigue Adelante,” para darse cuenta qué tipo de conversación mantienen. El objetivo es que se den cuenta de la capacidad que tienen de prestar atención, de empatizar y ser abiertos, sin cerrarse ni aislarse como protección cuando se activa la luz roja del semáforo, una comunicación cerrada con ellos mismos y el otro. Al centrar la atención en la forma de comunicación, sin juzgar, se es capaz de

sentirse seguro con las propias emociones y por tanto abrir el canal de comunicación plena.

Se guiará al grupo en un ejercicio de visualización “Dialogo contemplativo”: abriendo canales de comunicación, de la siguiente manera:

- Pensaremos en una conversación mantenida con nuestra pareja, y que durante el diálogo, no la estamos teniendo en cuenta, le restamos importancia.
- Posteriormente centraremos la atención en la sensación de tristeza que nos puede provocar si *nosotros* fuéramos el *otro*, hemos de tener en cuenta que esperamos ser escuchados, tratados bien y con respeto.
- Para finalizar intentaremos imaginar de nuevo la conversación mantenida, pero esta vez con un diálogo desde el respeto que incluya al otro.

En el caso de que surja algún conflicto al hablar de los sentimientos desagradables durante la actividad, el psicogerontólogo/a mantendrá una actitud serena y permitirá a la persona que se exprese sin confrontación durante un par de minutos, seguidamente se validarán sus sentimientos. Se le explicará que todas las personas en ciertos momentos se comunican de una forma que no gusta al otro, y reconocer que quizá hablan de determinada forma porque piensan que tienen sus razones para ello. Se reconducirá de nuevo a la actividad aprovechando la explicación para reflexionar en grupo cómo todos pueden sentirse incómodos en una comunicación cerrada. Si la situación persistiera y la díaada lo desea se parará la sesión para que puedan beber agua o salir un momento de la sala solos, o si lo prefieren acompañados por el profesional. En el caso de la ausencia del profesional por lo expuesto anteriormente, se puede recomendar al resto del grupo la lectura programada para el final de la sesión: *El arte sagrado de escuchar, Nutriendo relaciones amorosas*, de Tara Brach.

Se darán instrucciones de la técnica del semáforo para la práctica en casa durante los próximos 6 días:

- Parar: En una conversación que mantengamos con nuestro familiar, centraremos la atención en qué tipo de comunicación que estoy manteniendo: ¿estoy a la defensiva? ¿estoy anteponiendo mis intereses a las necesidades del otro? De esta forma nos centrarnos en el momento presente, en nuestras sensaciones y pensamientos.

- Esperar: Una vez detectada la manera en que me estoy comunicando, es cuando la atención la pongo en esa sensación y pensamiento, siendo más concreto. Exploro el porqué puede ser que me esté comunicando de esa manera, qué expectativas tengo, a qué se debe la barrera que puedo poner.
Soy amable conmigo mismo y no juzgo, observo y no me involucro con el diálogo interno. Me doy un tiempo para responder.
- Continuar: Al darnos cuenta de lo que estamos sintiendo en ese momento, el *AHORA*, nos permitirá aceptarlo, ser más abiertos y hacer sentir al otro que estamos ahí y que puede expresarnos lo que necesite. Lo que decimos nos permite conectarnos con nuestros sentimientos y los del otro. Activamos una comunicación abierta, tanto si es agradable como si no. Podemos indicar que dificultades o sufrimientos tenemos, sin enfadarnos, no culpando, para que nuestra pareja nos pueda entender y ayudar.
- La comunicación abierta es amable con el otro, se agradecerá al día, tres actitudes que nuestro familiar tenga con nosotros.

Se darán algunos aspectos a tener en cuenta. Al centrarse en sentir las sensaciones desagradables y los propios miedos, se pueden sentir incómodos, pero hay que permitir el auto-descubrimiento. Se puede decir lo que se piensa y se siente, incluyendo dificultades y padecimientos. No utilizar palabras de juicio, culpa, amargura o irritación, para que el otro pueda comprendernos y ayudarnos. La escucha y la comunicación desde el momento presente con atención plena puede ayudar a mejorar la relación.

Se recordará la práctica de las actividades propuestas en la sesión anterior, más 15 minutos al día de escáner corporal y/o yoga. Despedida hasta la próxima semana y recordatorio de la práctica en casa.

Sesión 7 Atención plena en los pensamientos y sentimientos

Objetivos

- Aprender la monitorización abierta de eventos agradables y desagradables

Estructura

- Bienvenida y puesta en común de las tareas realizadas en casa (15 minutos)
- Explicación del flujo continuo de los pensamientos y sentimientos (10 minutos)
- Etiquetar las emociones y ser conscientes de los pensamientos y sentimientos (15 minutos)
- Ejercicio de meditación sentada (20 minutos)
- Espacio de conversación, dudas, sugerencias (10 minutos)
- Reafirmar la importancia del flujo de los pensamientos y sentimientos (5 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa, y despedida (15 minutos)

Técnicas

- Metáfora
- Poema
- Meditación sentada
- Cuento

Actividad

Acogida inicial y resumen programa del día. Reflexión en pareja de cómo ha ido el ejercicio de comunicación consciente durante la semana, y puesta en común acerca de dudas y limitaciones.

Se realizará una introducción del flujo continuo de los pensamientos y sentimientos, para facilitar la comprensión, se explicará la metáfora de las olas: las olas vienen y van. Algunas son de gran tamaño y rompen con fuerza en la orilla, otras son suaves y de menor tamaño. Cuando llegan a la orilla todas se desvanecen dando paso a nuevas olas. Se realizará un pequeño ejercicio en pareja acerca de los pensamientos y sentimientos, agradables y molestos, que sienten en la relación cuidador-persona cuidada. Compartirán un aspecto positivo y uno negativo, con el recordatorio de que todos tienen derecho a sentirse de determinada manera. No se juzgará ni se harán críticas sobre los comentarios que se escuchen, simplemente se prestará atención a la necesidad

que la otra persona comunique como cuidador o persona cuidada.

A continuación se realizará un ejercicio en grupo con la técnica de la meditación sentada, imaginando los aspectos positivos y molestos comentados anteriormente. Identificando la emoción que surja, sin valorar ni juzgar.

Antes de realizar el ejercicio se hará una lectura del poema: *La casa de los huéspedes*, del poeta Rumi, para reforzar la postura mental correcta, y posteriormente se pedirá que tomen una postura sentada cómoda, que cierren los ojos y se tomen un momento para conectar con la respiración.

El psicogerontólogo/a guiará la meditación sentada proporcionando las siguientes pautas: observar como los sentimientos y pensamientos aparecen y desaparecen para dar paso a otros nuevos. Reconocer el contenido, la carga del pensamiento sin involucrarse, se dejará pasar, no se intentará modificar. Los pensamientos estarán en la mente un tiempo determinado, no permanecerán y, así darse cuenta de que vienen y van.

A continuación se indicará que atiendan a una de las emociones que surja relacionada con los aspectos comentados, tanto el positivo como el molesto, intentando ponerle nombre. Observarán la emoción tal y como es, dejándola ser sin intentar cambiarla.

Se fijarán si sienten alguna sensación de estrés en alguna parte del cuerpo, y se recordará el uso de la respiración para ayudar a suavizar y apaciguar la zona del cuerpo en la que se sienta molestia, dolor o cualquier otra sensación.

Al finalizar la meditación se darán un par de minutos para abrir los ojos y dar paso al espacio de dudas.

Se aprovechará para reflexionar sobre los aspectos positivos de cuidar y ser cuidado. Cuando se ha evocado el aspecto positivo en la meditación ¿han aparecido otros aspectos positivos en el vaivén del flujo de pensamientos?

Es posible que esto sirva para que sean conscientes de que hay más aspectos positivos de los que en un principio pensaban, y que son capaces de identificarlos a la vez que les provoca más emociones positivas sobre su situación.

Se darán tres ejemplos de meditación para la práctica en pareja en casa: el parte meteorológico, las hojas del río, y la montaña. El cuidador leerá la meditación al familiar en los momentos del día que mejor se adecuen a su rutina. La práctica se llevará a cabo durante los próximos seis días, dedicando 10 minutos a la meditación e incorporando el ejercicio de respiración previamente. Se recordará el uso de los gathas y la práctica del escáner corporal y/o yoga 15 minutos al día, y a continuación se hará la lectura de un cuento sufí: *Esto también pasará*, que ejemplifica cómo todo viene y va en la mente, tanto cosas buenas como malas.

Se finalizará la sesión agradeciendo la participación y se facilitará las prácticas de meditación, el poema y el cuento (Anexo VIII).

Sesión 8 Autocompasión

Objetivos

- Aprender a identificar la importancia del autocuidado
- Favorecer la relación a través de la autocompasión

Estructura

- Bienvenida y puesta en común de las tareas realizadas en casa (15 minutos)
- Explicación de la autocompasión (15 minutos)
 - Componentes de la compasión
 - Componentes y significado de la autocompasión
 - Mitos de la autocompasión
- Ejercicio de meditación (20 minutos)
- Espacio de conversación, dudas, sugerencias (10 minutos)
- Importancia de la práctica, propuesta de tareas para casa, y cierre del programa (30 minutos)

Técnicas

- Poema
- Meditación en autocompasión
- Pausa de la autocompasión

Actividad

La sesión se iniciará como las anteriores.

El psicogerontólogo/a dará una breve charla acerca de qué es la compasión, indicando que es una reacción a los momentos de sufrimiento que se puede experimentar y que incluye una motivación para querer actuar, va más allá de la empatía. Se explicarán los tres componentes de la compasión: compasión hacia otro, recibida de otro y hacia uno mismo.

Seguidamente presentará el concepto de autocompasión, que es el que se trabajará en la sesión, y los cinco mitos asociados. El objetivo es comprender la necesidad del autocuidado. Al comprender las inquietudes y malestar en la situación de cuidar o ser cuidado, será más sencillo entender y atender a nuestra pareja. Se tendrán más recursos para satisfacer sus necesidades lo que permitirá hacer lo mismo con el familiar.

Se leerá el poema los *Gansos salvajes*, de Mary Oliver para ejemplificar a qué se está refiriendo con los mitos de la autocompasión.

Se explicarán los componentes de la autocompasión: la atención plena, humanidad compartida, y amabilidad con uno mismo, para comenzar la práctica de meditación.

El psicogerontólogo/a guiará la meditación de inspirar y expirar autocompasión. Comenzará con unos minutos dedicados a la atención en la respiración.

A continuación se les pedirá que hagan un breve recorrido por el cuerpo y comprueben si detectan estrés físico, o cualquier emoción. Se toma nota si detectan malestar con el hecho de cuidador o ser cuidado, y se es consciente de ello sin juzgar.

Seguidamente con la respiración se pedirá que imaginen que en la inhalación entra amabilidad para ellos mismos, y en silencio se dice “me permito cuidarme”, se puede utilizar la visualización de imágenes como luz, y con esa imagen sentir calma. En la exhalación envían la misma amabilidad y compasión que tienen para sí mismos a la pareja. Al acabar se darán unos minutos para relajarse y abrir los ojos. Se invitará a los participantes a comentar las sensaciones experimentadas.

Se explicará la técnica de la *pausa de la autocompasión* y para que puedan realizarla en casa, en su vida cotidiana. Se darán ejemplos de cuándo podrían aplicar esta técnica:

- Cuando sientan que no están haciendo bien las tareas de cuidar y piensen que no saben hacerlo o que no serán capaces
- En momentos en los que se tiende a pensar sólo en todas las cosas que no pueden hacer o que no podrán hacer en el futuro
- Cuando la persona cuidada siente malestar por los cuidados que recibe
- Pensar que la situación que tiene sólo le ocurre a él

Se darán instrucciones de cómo la autocompasión es una forma de responder a los sentimientos desde la atención plena, con amabilidad hacia uno mismo, sin sentir lástima y sin manipular los sentimientos. Se explicará en qué consiste el ejercicio y las frases utilizadas, que hacen referencia a los tres componentes de la autocompasión.

Ante una situación de malestar se colocarán la mano en el pecho y repetirán:

- *Este es un momento de malestar*
- *Forma parte de la vida*
- *Que pueda ser amable conmigo mismo*

Se indicará que primero realicen la atención en la respiración un par de minutos y posteriormente la pausa de la autocompasión 5 minutos.

Como ejercicio complementario se invitará a que escriban en pareja las frases de la pausa de la autocompasión que sean fáciles, que tengan sentido para ellos y les inspiren para realizarlas en situaciones de cuidado conjuntas que les puedan crear malestar o representen alguna complicación ese día. Se puede utilizar la técnica colocando la mano en el pecho de la pareja y repetirán las frases que hayan escrito juntos.

Se facilitará a los asistentes el poema “Gansos salvajes” (Anexo VII), y una lectura de los cinco mitos de la autocompasión: *¿Qué nos impide ser más amables con nosotros mismos?* de Kristin Neff.

El programa finalizará con un espacio de dudas y sugerencias. Se preguntará a los participantes qué aspectos creen que les han sido más útiles y qué dificultades han experimentado durante el programa. Se agradecerá la participación a todos y se animará a seguir practicando la parte formal e informal cada día, con los ejercicios que

les hayan resultado más útiles o cómodos.

Se les recordará que en tres meses se contactará con ellos para realizar una nueva sesión de seguimiento individual con la posibilidad de consultar las dudas surgidas en la práctica.

2.6. Evaluación pre y post intervención

Los objetivos específicos de la intervención se evaluarán antes y después de su realización para comprobar los efectos obtenidos en los participantes. También habrá un seguimiento para comprobar si los beneficios obtenidos se han mantenido en el tiempo.

▪ *Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)*

El FFMQ mide el mindfulness como rasgo (Anexo II). Es un cuestionario autoadministrado desarrollado por Baer et al. (2006), y validado en español por Cebolla et al. (2012) demostrando una consistencia interna adecuada de .88 α de Cronbach.

El cuestionario consta de 39 ítems y cinco subescalas:

- Observar (ítems; 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36): “Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse”.
- Describir (ítems; 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37): “Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas”.
- Actuar con conciencia (ítems; 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R): “Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente”.
- No juzgar la experiencia interna (ítems; 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R): “Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas”.
- No reactividad sobre la experiencia interna (ítems; 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33): “Observo mis sentimientos sin perderme en ellos”.

Las respuestas para cada pregunta son de tipo Likert (1= nunca o muy raramente verdad; 2= raramente verdad; 3= algunas veces verdad; 4= a menudo verdad; 5= muy a menudo o siempre verdad), los ítems inversos (R) han de tenerse en cuenta a la hora de sumar las puntuaciones. Aunque no tiene punto de corte, a mayor puntuación directa

mayor presencia de mindfulness como rasgo. La puntuación mínima es de 39 puntos, mostrando nivel bajo de mindfulness como rasgo, y la puntuación máxima es de 195 puntos, indicando un nivel extremadamente alto de mindfulness.

- *Escala de Estrés Percibido (PSS)*

El PSS hace referencia a los sentimientos y pensamientos durante el último mes y mide la percepción del estrés que la persona tiene (Anexo III). Es un cuestionario desarrollado por Cohen et al. (1983), validado en español por Remor (2006), con una consistencia interna de .81 α de Cronbach.

Es una escala de 14 ítems (“¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?”) con cuatro respuestas tipo Likert (0= nunca; 1= casi nunca; 2= de vez en cuando; 3= a menudo; 4= muy a menudo). Los ítems 4, 5, 6, 7, 9 y 10 se tendrán que invertir a la hora de sumarlos.

Aunque no tiene punto de corte, a mayor puntuación directa mayor estrés percibido. La puntuación total máxima de 56 puntos indica mayor nivel de estrés percibido y una puntuación mínima, menor nivel de estrés percibido.

- *Escala Sobrecarga del Cuidador de Zarit*

Es una escala para valorar la percepción subjetiva de sobrecarga experimentada por cuidadores de personas con demencias. La Escala Sobrecarga del Cuidador de Zarit et al. (1980) de 29 ítems y posteriormente reducida a 22 ítems, ha sido validada al español por Martín et al. (1996; ver Anexo IV), con una consistencia interna satisfactoria de .91 α de Cronbach.

Es una lista de 22 afirmaciones que evalúa la percepción del cuidador en diferentes áreas como: la salud física, bienestar psicológico, situación económica, relaciones sociales y relación cuidador-persona cuidada (“¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?”). En la versión de Martín et al. (1996) las respuestas van de 1 a 5, a diferencia de la versión original que van de 0 a 4. Los ítems se puntúan en una escala Likert (1= nunca; 2 = rara

vez; 3 = algunas veces; 4 = bastantes veces; 5 = casi siempre), la puntuación máxima es 105 y la mínima 22. Los puntos de corte para realizar la interpretación son: de menor o igual a 46 “No sobrecarga”; de 47 a 55 “Sobrecarga leve”; mayor o igual a 56 “Sobrecarga intensa”. Puntuaciones bajas, indicarían baja percepción de sobrecarga en el cuidador y puntuaciones superiores a 56, indicarían una intensa percepción de sobrecarga.

▪ *Escala de Auto-Compasión (SCS)*

Es un cuestionario que evalúa la autocompasión en los participantes. Ser amable con uno mismo aceptando el sufrimiento libre de juicios y dándose cuenta de la naturaleza humana del sufrimiento. La escala original de Neff (2003), ha sido validada al español por García-Campayo et al. (2014), la forma larga y corta, en población general, mostrando una consistencia interna de .85 α de Cronbach.

Teniendo en cuenta que el cuestionario se administrará a personas con EA se ha optado por la forma corta para evitar la fatiga. El SCS contiene 12 ítems (ver Anexo V), con tres subescalas: amabilidad con uno mismo, humanidad común y mindfulness, que son los componentes principales de la autocompasión. Hay otras tres subescalas que son sus opuestas: juicios hacia uno mismo, aislamiento y sobre-identificación.

Las subescalas son las siguientes:

- Amabilidad con uno mismo (ítems; 2, 6): “Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan”.
- *Juicios hacia uno mismo* (ítems; 11R, 12R): “Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos”
- Humanidad común (ítems; 5, 10): “Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana”.
- *Aislamiento* (ítems; 4R, 8R): “Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso”.
- Mindfulness (ítems; 3, 7): “Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación”.

- *Sobre-identificación* (ítems; 1R, 9R,): Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.

Los participantes responderán al cuestionario en una escala Likert con 5 opciones (1= casi nunca; 5= casi siempre). Para realizar la puntuación los ítems de las escalas opuestas (juicios hacia uno mismo, aislamiento y sobre-identificación) se han de calcular de forma inversa. La puntuación total se calcula obteniendo la media de cada subescala y después la media total de las seis subescalas. La puntuación obtenida se puede interpretar de la siguiente manera:

- Entre 1 y 2.49 autocompasión baja
- Entre 2.5 y 3.5 autocompasión moderada
- Entre 3.51 y 5 autocompasión alta.

▪ *Subescala de afecto positivo (PANAS)*

La escala fue creada por Watson et al. (1988) y adaptada a nuestro contexto en una muestra general española por López-Gómez et al. (2015). La escala evalúa el estado anímico positivo y negativo del participante, en la última semana o el último mes. La escala contiene dos subescalas que miden el Afecto Positivo (AP) y Afecto Negativo (AN), con una consistencia interna de .92 y .88 α de Cronbach, respectivamente.

En la intervención se administrará a los participantes con EA la subescala de AP en el último mes (ver Anexo VI). La escala contiene 10 ítems (“Interesado/a por las cosas”), y el participante deberá valorar cada afecto en una escala Likert con cinco opciones de respuesta (1= nada o muy ligeramente; 2= un poco; 3= moderadamente; 4= bastante; 5= mucho). Aunque no tiene punto de corte, a mayor puntuación directa mayor presencia de afecto positivo. La puntuación mínima es de 10 puntos, y la puntuación máxima de 50 puntos, indicará mayor presencia de afecto positivo.

- *Subescalas aspectos positivos del cuidado (ECI)*

El cuestionario Experience Caregiver Inventory (Szmukler et al., 1996) es un cuestionario que valora la experiencia de los cuidadores de familiares con enfermedades mentales graves. Ha sido validado al español por Crespo-Maraver et al. (2019).

El cuestionario contiene 4 subescalas que miden aspectos positivos y negativos del cuidado. En esta intervención se utilizarán las dos subescalas referentes a la valoración de los aspectos positivos del cuidado. El coeficiente alfa de Cronbach para las subescalas Experiencias Personales Positivas (EPP) y Aspectos Buenos de la Relación (ABR) es de .72 y .58 respectivamente.

Las dos subescalas contienen un total de 14 ítems (ver Anexo VII):

- EPP (ítems; 7, 8, 20, 23, 32, 33, 43 y 44): “He aprendido más sobre mí mismo/a.”
- ABR (ítems; 13, 14, 19, 22, 34 y 35): “He contribuido a su bienestar”

Los cuidadores deben responder a cinco opciones de respuesta en una escala Likert (0 = nunca; 1= raramente; 2= algunas veces; 3= a menudo; 4 = casi siempre), la suma de los ítems dan una puntuación global de las dos subescalas de aspectos positivos, que va de 0 a 56 puntos. Aunque no tiene punto de corte, a mayor puntuación directa mayor experiencia positiva del cuidado.

2.7. Recursos

La intervención se realizará de manera presencial y los materiales necesarios son:

- Cuaderno de prácticas
- Cronograma de la intervención
- Esterillas y mantas finas para la práctica de yoga
- Mini proyector portátil para dispositivos móviles para reproducir vídeos.
- Paquete de CD para facilitar a los participantes las grabaciones que se utilizan en algunas prácticas.
- Instrumentos de evaluación en papel para la evaluación pretest-postest y de seguimiento.

En el caso de no disponer de una sala facilitada por alguna de las entidades colaboradoras de los centros de captación de participantes, se ha considerado incluir en el presupuesto el alquiler de una sala por dos horas. El precio varía en el caso de que se opte por el alquiler de una sala que incluya mantas, esterillas para yoga y sillas. A continuación se detalla el presupuesto para una intervención de 16 personas (ver tabla 4).

Tabla 4
Presupuesto de la intervención

Categorías	Concepto	Nº unidades/ horas	Precio unidad/hora	Total
Material fungible	Cuaderno de práctica (0.10€ · 15 páginas a color)	16	1.5€	24€
	Cronograma de la intervención (0.02€ · 1 página)	16	0.02€	0.32€
	Esterillas de yoga	16	3€	48€
	Mantas finas	16	2€	32€
	Mini proyector portátil para dispositivos móviles	1	40€	40€
	Paquete de CD	1	10€	10€
	Instrumentos de evaluación (0.02€ · pretest-postest /Seguimiento)	48	0.02€	0.96€
Material no fungible	Sala de intervención (2 horas · 11 sesiones/ 25€ hora)	11	37.5€	550€
Personal profesional	Profesional en psicogerontología con especialización en MBSR (selección participantes · sesiones · seguimiento)	13	40€	520€
	Profesional de Hatha Yoga	1	35€	35€
Total de la Intervención 1.260.28 €				

3. DISCUSIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importante actualmente, y aunque la población sea más longeva y muchas personas tengan una esperanza de vida saludable (Pérez Díaz et al., 2020; Vidal Domínguez, 2021), la edad es un factor de riesgo para tener demencia (Solomon et al., 2014).

La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia que se presenta con mayor frecuencia (Balea Fernández y Alonso Ramírez, 2020), afectando en el desarrollo habitual de las actividades de la vida diaria de la persona con EA y la dependencia irá apareciendo progresivamente, haciendo necesaria la figura del cuidador informal (Amador-Marín y Guerra-Martín, 2017; Villarejo Galende et al., 2021).

La experiencia de cuidar conlleva diferentes retos en múltiples áreas de la vida del cuidador (Sánchez-Valladares Jaramillo, 2011) que pueden influir negativamente (Allen et al., 2017; Bertrand et al., 2006; Casal Rodríguez et al., 2019; Kovaleva et al., 2018; Mahoney et al., 2005; Schoenmakers et al., 2010; Schulz y Sherwood, 2008), aunque son de relevancia los aspectos positivos que algunos cuidadores pueden experimentar a consecuencia de cuidar a alguien (Cohen et al., 2002; Habermann et al., 2013; Kawano et al., 2019; Pope et al., 2018).

A nivel internacional el aumento del cuidado de personas mayores dependientes, plantea el estudio y desarrollo de planes de acción que ayuden a la figura del cuidador. En el plan de acción mundial sobre la respuesta pública a la demencia 2017-2025, la Organización Mundial de la Salud propone como objetivo para el 2025, que el 75% de los países faciliten apoyo y capacitación a los cuidadores y a las familias de las personas con demencia, para ayudarles en la labor de cuidar y cuidarse (World Health Organization, 2017).

De las diferentes intervenciones que se han implementado con el objetivo de proporcionar apoyo a los cuidadores, el uso del mindfulness cada vez es más extenso (Chiesa y Serreti, 2010). Las intervenciones realizadas con cuidadores de personas con EA han mostrado beneficios en la disminución del malestar psicológico y sobrecarga del cuidador (Franco et al., 2010), reducción del estrés percibido, mejor estado de

ánimo, salud mental y física (Warren Brown et al., 2015), disminución de síntomas depresivos y ansiedad (Whitebird et al., 2013).

A diferencia de las intervenciones que se centran en situaciones específicas, en el mindfulness los cuidadores pueden usar las técnicas aprendidas en diferentes esferas, que les pueden ayudar en gran variedad de situaciones y actividades de la vida diaria (Warren Brown et al., 2015). A través de los componentes principales del mindfulness los cuidadores aprenden a centrarse en el momento presente, sin prejuicios, abriéndose a las experiencias internas e identificar sensaciones, emociones y pensamientos de los que en ocasiones no son conscientes, en vez de centrarse en eventos futuros debido a la incertidumbre que sienten por la progresión de la EA (Whitebird et al., 2013).

Las personas con EA leve o moderada también pueden beneficiarse de este tipo de intervención basadas en mindfulness, obteniendo mejoras en la calidad de vida (Chan et al., 2017) reducción del estrés percibido (Russell-Williams et al., 2018), mejora del estado de ánimo y calidad del sueño (Innes et al., 2012)

En Quintana y Quintana (2014), los resultados de su intervención mostraron que los participantes con EA probable en fase leve o moderada obtuvieron mejoras en las capacidades cognitivas y en alteraciones psicopatológicas. Las mejoras en el área cognitiva en el grupo de mindfulness, ha permitido a los autores dar nuevas explicaciones de cómo la atención en las actividades de la vida diaria, más el entrenamiento de la atención sostenida que mantiene la codificación de la información, pueden apuntar a estas mejoras.

Incluir a los afectados en las intervenciones en mindfulness puede ser más beneficioso que realizarlas por separado. Por todo lo indicando anteriormente el propósito de este trabajo es realizar una intervención, en la que los cuidadores y las personas con EA en etapas tempranas puedan participar de manera activa y conjunta en las técnicas que el mindfulness ofrece.

Los cuidadores pueden aprender a través del mindfulness a desenvolverse en las diferentes situaciones que irán cambiando en función de la progresión de la enfermedad, y la cambiante sintomatología clínica. La persona con EA puede centrarse en el momento presente de manera intencionada, lo que le ayudará a alejarse de la confusión

que puede experimentar (Leader et al., 2013). La práctica conjunta también influye de forma positiva en la relación entre ambos (Berk et al., 2019; Leader et al., 2013).

El programa original de MBSR, en el que se basa este diseño incorpora en sus sesiones el yoga. Inicialmente me planteé si en personas con EA sería una actividad adecuada debido a que las posturas habitualmente suelen ser de pie o tumbados, y sí esto podría implicar complicaciones como posibles caídas.

El yoga en silla puede ser beneficioso para personas con EA mejorando la calidad de vida (Park et al., 2019) y las actividades de la vida diaria (ir al baño, vestirse y las transferencias), ya que su pérdida progresiva influyen en la calidad de vida (Litchke et al., 2012). Adicionalmente se ha indicado que, además, podría ser beneficioso realizar yoga en pareja, las personas con EA y su cuidador/es (Park et al., 2019). Con estos datos se incorpora el elemento de la *silla* en las posturas de yoga para facilitar la práctica, y que pueda ser una técnica complementaria que los participantes utilicen en casa, con seguridad.

Mantener la práctica y sus efectos positivos puede ser un reto, por este motivo en la primera sesión y a lo largo del programa se incorporan material y explicaciones de las técnicas que se aprenden en cada sesión, para que los participantes puedan entender qué están haciendo y para qué, de manera que ellos mismos puedan desarrollar su propio compromiso que les recuerde practicar regularmente en su vida diaria para mantener los efectos conseguidos, lo que representa una limitación de las intervenciones revisadas en este trabajo. Realizar una pequeña reflexión en las sesiones puede ayudar a mantener la práctica, una vez finalizada la intervención (Greeson y Eisenlohr-Moul, 2017), pues los beneficios que se obtienen en las ocho semanas que dura el programa se pueden perder si no se adquiere un compromiso regular con la práctica (Amigo Vázquez, 2009).

Por tanto, es conveniente sustentar la práctica con una buena base que dé sentido del porqué se empieza a practicar mindfulness, y que ayude a superar las barreras iniciales, pues es una técnica que requiere un mayor nivel de esfuerzo en las primeras etapas, donde es necesario un mayor control de la atención y esfuerzo mental (Tang et al., 2015).

Con esta intervención se espera ayudar a los participantes a aumentar el mindfulness como rasgo, ya que es una habilidad que se puede entrenar. En los participantes con EA se espera que puedan aumentar la autocompasión y el afecto positivo. La intervención en grupo puede ayudar a aumentar la percepción de la humanidad compartida, y se espera que se relacionen de manera más amable con ellos mismos, centrándose en el momento presente. El afecto positivo está relacionado con la carga del cuidador, por lo que se espera que su aumento contribuya en la disminución de la sobrecarga de éste, mejorando el bienestar de ambos.

Uno de los beneficios que se espera obtener en los cuidadores es aumentar la autocompasión, dado a que tienen demasiadas obligaciones, se espera que mejoraren en la manera en la que se cuidan, evitando la culpa o la autocrítica.

La autocompasión puede ayudar a reducir la sobrecarga y a desarrollar en los cuidadores estilos de afrontamiento centrados en las emociones, como la aceptación (Lloyd et al., 2018). Otra medida de resultado esperable es la reducción del estrés percibido en los cuidadores.

La comunicación que se utiliza en este trabajo pretende ayudar al cuidador y a la persona cuidada a mantener una buena relación entre ambos. A pesar de la disminución progresiva en las capacidades comunicativas que puedan tener las personas con EA, desde fases leves, una buena comunicación beneficiará en el día a día a ambas personas (Woodward, 2013).

Con la práctica informal de mindfulness aplicada a las actividades de la vida diaria, se pretende que los participantes encuentren las actividades más gratificantes al disfrutar de pasar tiempo juntos, y los cuidadores puedan sentirse más capaces en su rol, contribuyendo a mejorar los aspectos positivos del cuidado.

En Quintana Hernández y Miró Barrachina (2015), aportan que además, la práctica del mindfulness en pareja aplicada a las actividades de la vida diaria permite mejorar la satisfacción personal en los cuidadores.

Una de las posibles limitaciones que se puede presentar es la dificultad por parte de los participantes de continuar con la práctica una vez finalizado el programa sin el apoyo continuado de los facilitadores de la intervención.

Una vez finalizado el programa y, posterior al seguimiento, se pueden incluir sesiones cada quince días durante los próximos seis meses, que incluyan las prácticas formales e informales aprendidas, e incorporen otros tipos de prácticas informales que puedan solicitar los asistentes. Posteriormente se añadiría una serie de dos seguimientos cada tres meses para comprobar si las sesiones intermitentes han producido un cambio más estable en el tiempo, en caso de ser así se podría valorar aumentar el número de sesiones para futuras intervenciones.

Otra posible limitación afectaría a la validez interna de la intervención en cuanto a la manifestación clínica de la EA. Es posible que durante la intervención, se puedan presentar síntomas conductuales en las personas con EA y quieran abandonar el programa. Se podría ofrecer dos sesiones adicionales, paralelamente al programa, realizadas por un coterapeuta para ofrecer actividades informales enfocadas en las necesidades que tengan.

También se podría realizar una intervención enfocada a personas con EA que presenten alteraciones conductuales. Se diseñarían actividades para la práctica informal enfocadas en esta problemática, combinándolas con sesiones psicoeducativas dirigidas a los cuidadores. Se ofrecerían consejos a los cuidadores que les ayuden a comprender las causas de los comportamientos de las personas con EA y qué pueden hacer desde el enfoque de atención centrada en la persona.

En Quintana et al. (2015), realizaron un estudio piloto durante dos años para personas con EA avanzada, los resultados para el grupo asignado a mindfulness conjuntamente con tratamiento farmacológico, obtuvieron una puntuación en capacidad cognitiva estable durante el programa.

Por tanto, con respecto a los cambios cognitivos del curso progresivo de la EA, que podrían limitar la continuidad en la práctica una vez finalizado el programa presentado en este trabajo, se podrían solventar con una intervención destinada a personas con EA en estadios más avanzados, y los cuidadores podrían contar con nuevas herramientas para seguir practicando la atención plena, con esta nueva intervención.

El diseño del programa presentado en este trabajo podría no ser adecuado para los participantes con EA más avanzada, y se debería modificar, ya que el programa está dirigido a estadios leves y moderados de la EA.

En las sesiones en grupo que incluye las díadas siguiendo con la propuesta de Quintana et al. (2015), la intervención en la práctica formal podría incluir técnicas de orientación temporal y espacial al iniciar las sesiones, posturas de yoga en silla más suaves, y ejercicios de atención focalizada en los sentidos. En las prácticas informales de las actividades de la vida diaria, los cuidadores guiarán al familiar con EA. Se darían ejemplos específicos a diversas situaciones que impliquen tareas de cuidados.

Para aumentar los beneficios de la intervención se tendría en cuenta los cambios cognitivos con respecto al deterioro progresivo del lenguaje, que en estadios avanzados provoca mayores dificultades de comunicación y se relaciona con la aparición de problemas del comportamiento (Woodward, 2013). La intervención se complementaría con sesiones paralelas, destinadas sólo al grupo de cuidadores en la instrucción teórica del mindfulness, y psicoeducación para mejorar el proceso de comunicación con sus familiares, facilitando estrategias centradas en el uso de: frases cortas, vocalización, el lenguaje corporal, la repetición de la información, entre otras (Nieto-Alcaraz et al., 2016).

La intervención está dirigida a un grupo de 16 personas, un inconveniente que puede surgir en un grupo grande, donde haya un exceso de interacción grupal podría provocar que algunos participantes quedaran excluidos (Vinogradow y Yalom, 1996). Para evitarlo se podría contar con la participación de un coterapeuta y valorar la realización de varios grupos más reducidos que incluyan mayor número de participantes en total, esto ayudaría a generalizar los resultados obtenidos que inicialmente no son representativos por el número de participantes, que puede ser una limitación de la intervención propuesta.

La participación presencial puede dificultar la puesta en marcha del programa. Diferentes estilos de vida, el tiempo invertido en el cuidado y la falta de transporte público o privado para el desplazamiento. Residir en zonas rurales también puede impedir a futuros interesados beneficiarse de este tipo de intervenciones. Para solventar esta cuestión podría realizarse el programa on-line. Se debería hacer una primera sesión

presencial para explicar el uso de las herramientas que se utilizarán. Una propuesta de fácil uso y gratuita sería la aplicación Google Meet, a través de la creación de una cuenta de correo electrónico para la conexión a las sesiones.

Se pondría a disposición de los participantes una carpeta compartida de acceso a través de Google Drive, con el contenido de diferentes propuestas de prácticas informales y material de lectura (biblioteca de libros de mindfulness).

4. REFERENCIAS

- Agüera Ortiz, L., y Sánchez Ayala, I. (2005). Proceso diagnóstico. En M. Martín Carrasco (Coord.), *Consenso Español sobre DEMENCIAS*, (2ª ed. pp. 3-29). Novartis Neuroscience, Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psicogeriatría.
- Alonso Babarro, A., Garrido Barral, A., Díaz Ponce, A., Casquero Ruiz, A., y Riera Pastor, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria* 33(2). 61-68. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)79352-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)79352-X)
- Allen, A. P., Curran, E. A., Duggan, Á., Cryan, J. F., Chorcóráin, A. N., Dinan, T. G., Molloy, D. W., Kearney, P. M., y Clarke, G. (2017). A systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 73, 123-164. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.006>
- Altieri, M., y Santangelo, G. (2021). The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic and Lockdown on Caregivers of People With Dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 29(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.10.009>
- Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia, an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Alzheimer's Association (2021). 2021 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dementia* 17(3), 327-406. <https://doi.org/10.1002/alz.12328>
- Amador-Marín, B., y Guerra-Martín, M. D. (2017). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 154-160. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.006>
- Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C., y Pérez Álvarez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud*, (3ª ed.). Pirámide.
- Artaso, B., Goñi, A., y Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(4), 212-218. DOI: 10.1016/S0211-139X(03)74886-0

- Azevedo, L. V. D. S., Calandri, I. L., Slachevsky, A., Graviotto, H. G., Vieira, M. C. S., Andrade, C. B., Rossetti, A. P., Generoso, A. B., Carmona, K. C., Pinto, L. A. C., Sorbara, M., Pinto, A., Guajardo, T., Olavarria, L., Thumala, D., Crivelli, L., Vivas, L., Allegri, R. F., Barbosa, M. T., ... Caramelli, P. (2021). Impact of Social Isolation on People with Dementia and Their Family Caregivers. *Journal of Alzheimer's Disease*, *81*(2), 607-617. <https://doi.org/10.3233/JAD-201580>
- Azón Belarre, J. C., Pellicer García, B., Juárez Vela, R., Azón Belarre, S., Berges Usán, P., y Granada López, J. M. (2016). Prevalencia de pacientes con síntomas psicológicos y conductuales de la demencia y su tratamiento con antipsicóticos. Estudio piloto. *Norte de Salud Mental*, *14*(55), 13-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836866>
- Badia Llach, X., Lara Suriñach, N., y Roset Gamisans, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*, *34*(4), 170-177. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)78904-0](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)78904-0)
- Baer, R. A. (Ed.) (2017). *Técnicas de tratamiento basadas en Mindfulness. Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones*. Desclée de Brouwer.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bailey, J. M., Regan, T. W., Bartlem, K. M., Wiggers, J. H., Wye, P. M., y Bowman, J. A. (2019). A survey of the prevalence of modifiable health risk behaviours among carers of people with a mental illness. *BMC Public Health*, *19*(1), 1240. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7577-4>
- Balea Fernández, F. J., y Alonso Ramírez, J. (2020). Intervención psicológica familiar en la enfermedad de alzheimer. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(1), 225-235. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349863388023>
- Barragán Martínez, D., García Soldevilla, M. A., Parra Santiago, A., y Tejeiro Martínez, J. (2019). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, *12*(74), 4338-46. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
- Bauer, K., Schwarzkopf, L., Graessel, E., y Holle, R. (2014). A claims data-based comparison of comorbidity in individuals with and without dementia. *BMC Geriatrics* *14*(10). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-10>

- Berk, L., Warmenhoven, F., Stiekema, A., van Oorsouw, K., van Os, J., de Vugt, M., y van Boxtel, M. (2019). Mindfulness-Based Intervention for People With Dementia and Their Partners: Results of a Mixed-Methods Study. *Frontiers in Aging Neuroscience, 11*, 92. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00092>
- Bertrand, R. M., Fredman, L., y Saczynski, J. (2006). Are All Caregivers Created Equal? Stress in Caregivers to Adults With and Without Dementia. *Journal of Aging and Health, 18*(4), 534-551. <https://doi.org/10.1177/0898264306289620>
- Boada, M., y Tárraga, Ll. (2014). Vejez y demencias. En C. Triado y F. Villar (Coord.), *Psicología de la vejez* (ed. electrónica., pp. 365-384). Alianza.
- Borelli, W. V., Augustin, M. C., de Oliveira, P. B. F., Reggiani, L. C., Bandeira-de-Mello, R. G., Schumacher-Schuh, A. F., Chaves, M. L. F., y Castilhos, R. M. (2021). Neuropsychiatric Symptoms in Patients with Dementia Associated with Increased Psychological Distress in Caregivers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Alzheimer's Disease, 80*(4), 1705-1712. <https://doi.org/10.3233/JAD-201513>
- Brescané Bellver, R., y Tomé Carruesco, G. (2014). *Know Alzheimer. Respuestas concretas a dudas reales*. Know Alzheimer.
- Brooker, D. (2013). *Psicoterapias: atención centrada en la persona con demencia* (1ª ed.). Octaedro.
- Bulbena, A., y Cervilla, J. (2015). Demencias. En J. Vallejo Ruiloba (Dr.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (8ª ed., pp. 317-345). Elsevier, Masson.
- Bustillo, L., Gómez-Gutiérrez, M., y Guillén, A. I. (2018). Los Cuidadores Informales de Personas Mayores Dependientes: una Revisión de las Intervenciones Psicológicas de los Últimos Diez Años. *Clínica y Salud, 29*(2), 89-100. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- Canevelli, M., Valletta, M., Trebbastoni, A., Sarli, G., D'Antonio, F., Tariciotti, L., de Lena, C., y Bruno, G. (2016). Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches. *Frontiers in Medicine, 3*(73). <https://doi.org/10.3389/fmed.2016.00073>
- Carbonneau, H., Caron, C., y Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia 9*(3), 327-353. <https://doi.org/10.1177/1471301210375316>

- Carcavilla, N., Pozo, A. S., González, B., Moral-Cuesta, D., Roldán, J. J., Erice, V., y Remírez, A. G. (2021). Needs of Dementia Family Caregivers in Spain During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Alzheimer's Disease*, 80(2), 533-537. <https://doi.org/10.3233/JAD-201430>
- Casal Rodríguez, B., Rivera Castiñeira, B., y Currais, Nunes, L. (2019). Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 54(2), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.10.008>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Cebolla y Marti, A., y Demarzo, M. (2014). ¿Qué es Mindfulness? En A. Cebolla i Marti, J. García-Campayo y M. Demarzo (Coords.), *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad* (pp. 19-40). Alianza.
- Chan, J., Churcher Clarke, A., Royan, L., Stott, J., y Spector, A. (2017). A Mindfulness Program Manual for People With Dementia. *Behavior Modification* 1(6), 764–787. <https://doi.org/10.1177/0145445517715872>
- Cheng, S.-T., y Zhang, F. (2020). A comprehensive meta-review of systematic reviews and meta-analyses on nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers. *BMC Geriatrics*, 20(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01547-2>
- Chiao, C.-Y., Wu, H.-S., y Hsiao, C.-Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340-350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991747>
- Cipriani, G., Vedovello, M., Nuti, A., y Di Fiorino, M. (2011). Aggressive behavior in patients with dementia: correlates and management. *Geriatrics Gerontology International*, 11(4), 408-413. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00730.x>
- Cohen, C. A., Colantonio, A., y Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188. <https://doi.org/10.1002/gps.561>

- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Conde-Sala, J. L. (2006). Demencia y familiares cuidadores. Deterioro, sobrecarga y apoyo social. En R. Alberca y S. López-Pousa, (Comps.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (3ª ed., pp. 109-121). Médica Panamericana.
- Confederación Española de Alzheimer, y Fundación Sanitas. (2016). *El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención*. Ceafa, Sanitas.
- Connors, M. H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., y Brodaty, H. (2020). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(2), 250-258. <https://doi.org/10.1002/gps.5244>
- Consejo de Europa (1998). *Recomendación N.º R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>
- Cornu, P. (2004). *Diccionario AKAL del Budismo*. AKAL.
- Costa, M., y López, E. (2008). El uso de metáforas en psicología clínica. En F. J. Labrador Encinas (Coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 715-724). Pirámide.
- Crespo López, M., y López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"* (1ª ed.) IMSERSO. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Crespo-Maraver, M., Doval, E., Fernández-Castro, J., Giménez-Salinas, J., Prat, G., y Bonet, P. (2019). Salud del cuidador: Adaptación y validación del cuestionario Experience of Caregiving Inventory (ECI) en población española. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 348-355. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.005>
- Deardorff, W. J., y Grossberg, G. T. (2019). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Handbook of clinical neurology*, 165, 5-32. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2>

- Dev, K., Javed, A., Bai, P., Murlidhar, Memon, S., Alam, O., y Batool, Z. (2021). Prevalence of Falls and Fractures in Alzheimer's Patients Compared to General Population. *Cureus*, 13(1), e12923. <https://doi.org/10.7759/cureus.12923>
- Deví, J. (2012). Intervención psicológica en los síntomas psiquiátricos y conductuales de la demencia (SPCD). En J. Devi (coord.), *Manual de intervención clínica en psicogerontología*, (1ª ed., digital, pp.111-139). Herder.
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Esandi Larramendi, N., y Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión Bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2011000200002>
- Fauziana, R., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Ong, H. L., Tan, M.-E., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2018). Positive Caregiving Characteristics as a Mediator of Caregiving Burden and Satisfaction With Life in Caregivers of Older Adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(6), 329-335. <https://doi.org/10.1177/0891988718802111>
- Fernández de Larrinoa Palacios, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., y Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3899>
- Fernández de Trocóniz, M. I., Montorio Cerrato, I., Márquez González, M., Losada Baltar, A., y Suárez Alonso, M. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*, 10(1), 23-40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2007357>
- Franco, C., Sola, M. d .M., y Justo, E. (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(5), 252-258. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.03.006>
- Fundación Pascual Maragall (2020). *Actitudes y percepciones de la población española sobre el Alzheimer*. https://fpmaragall.org/wp-content/uploads/2020/09/ResultadoEncuestaFPM_2020_DEF.pdf

- Gallardo Fernández, M. del C. (2016). "Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales". En D. Carbonero, E. Raya, N. Caparros y C. Gimeno (Coord.), *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social*. Universidad de la Rioja. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606695>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., y Piva Demarzo, M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Quality of Life Outcomes*, 12(4). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- García Laborda, A., y Rodríguez Rodríguez, C. (2005). Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. *Cultura de los Cuidados*, 18(2), 45-51. <https://doi.org/10.14198/cuid.2005.18.08>
- Garzón-Maldonado, F. J., Gutiérrez-Bedmar, M., García-Casares, N., Pérez-Errázquin, F., Gallardo-Tur, A., y Martínez-Valle Torres, M., D. (2017). Health-related quality of life in caregivers of patients with Alzheimer Disease. *Neurología*, 32(8), 508-515. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.023>
- George, L. K., y Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.253>
- Gillis Chapman, S. (2018). *Las cinco claves de la comunicación mindful*. Desclée de Brouwer.
- González Ingelmo, M. I., Fillat Delgado, Y., Peláez Hernández, B., y Pérez Hernández, M. (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Greeson, J. y Eisenlohr-Moul, T. (2017). Reducción del estrés basada en mindfulness para el dolor crónico. En Baer, R. A. (Ed.) y Castell Jiménez, M. (Trad.), *Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness. Guía clínica de la base de evidencias y aplicaciones* (2º ed. p.457-498). Desclée de Brouwer
- Habermann, B., Hines, D., y Davis, L. (2013). Caring for parents with neurodegenerative Disease. *Clinical Nurse Specialist* 27(4), 182-187. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e318295576b>
- Hervas, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>

- IMSERSO (2005a). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- IMSERSO (2005b). *Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar*. IMSERSO. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadospmmhogares.pdf>
- IMSERSO (2008). *Documentos internacionales. Envejecimiento de la población europea: la felicidad, la protección de la dignidad y el envejecimiento saludables* (Boletín sobre el envejecimiento: perfiles y tendencias, nº 37, 1ª ed.). IMSERSO. <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm37.pdf>
- INE (2020). *Proyecciones de Población 2020-2070*. INE. https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf
- INE (2021). Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2020. [Data set] <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=01002.px&L=0>
- Innes, K. E., Selfe, T. K., Brown, C. J., Rose, K. M., y Thompson-Heisterman, A. (2012). The effects of meditation on perceived stress and related indices of psychological status and sympathetic activation in persons with Alzheimer's disease and their caregivers: a pilot study. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 927509. <https://doi.org/10.1155/2012/927509>
- Joy Devi, N. (2006). *Yoga. Camino a la sanación*. (1ª ed.). Kier.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. (1ª ed.). Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*, (ed. revisada y actualizada). Kairós.

- Kamalzadeh, L., Salehi, M., Rashedi, V., Ahmadzad Asl, M., Malakouti, S. K., Seddigh, R., Almasi-Doghee, M., y Shariati, B. (2020). Perceived burden of dementia care, clinical, psychological and demographic characteristics of patients and primary caregivers in Iran. *Applied Neuropsychology-Adult*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1798960>
- Kawaharada, R., Sugimoto, T., Matsuda, N., Tsuboi, Y., Sakurai, T., y Ono, R. (2019). Impact of loss of independence in basic activities of daily living on caregiver burden in patients with Alzheimer's disease: A retrospective cohort study. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(12), 1243-1247. <https://doi.org/10.1111/ggi.13803>
- Kawano, Y., Terada, S., Takenoshita, S., Hayashi, S., Oshima, Y., Miki, T., Yokota, O., y Yamada, N. (2019). Patient affect and caregiver burden in dementia. *Psychogeriatrics*, 20(2), 189-195. <https://doi.org/10.1111/psyg.12487>
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., y Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences* 81, 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>
- Kovaleva, M., Spangler, S., Clevenger, C., y Hepburn, K. (2018). Chronic Stress, Social Isolation, and Perceived Loneliness in Dementia Caregivers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(10), 36-43. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180329-04>
- Leader, G., Litherland, R., Mason, T., Pilchick, T., Sansom, S., y Robertson, G. (2013). Mindfulness and Dementia: Report of a Pilot Study, Innovations in Dementia and Positive Ageing Associates. <https://positiveageingassociates.com/mindfulness-and-dementia/>
- Lee, M., Ryoo, J. H., Chung, M., Anderson, J. G., Rose, K., y Williams, I. C. (2020). Effective interventions for depressive symptoms among caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Dementia*, 19(7), 2368-2398. <https://doi.org/10.1177/1471301218822640>
- Litchke, L. G., Hodges, J. S., y Reardon, R. F. (2012). Benefits of Chair Yoga for Persons With Mild to Severe Alzheimer's Disease. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(4), 317-328. <http://dx.doi.org/10.1080/01924788.2012.729185>
- Lloyd, J., Muers, J., Patterson, T. G., y Marczak, M. (2018). Self-Compassion, Coping Strategies, and Caregiver Burden in Caregivers of People with Dementia. *Clinical Gerontologist*, 42(1), 45-59. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1461162>

- Longacre, M. L., Valdmanis, V. G., Handorf, E. A., y Fang, C. (2017). Work Impact and Emotional Stress Among Informal Caregivers for Older Adults. *The Journals of Gerontology*, 72(3), 522-531. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw027>
- López, J., y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3330>
- López-Gómez, I., Hervás, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de las “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general Española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(3), 529-548.
- Lozano, J. L. (2017). *Guía práctica de mindfulness. ¡Siéntate! Mira en tu interior*. Fundación Confemetal.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. The LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 13(9), 795-801. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.13.9.795>
- Marín-Carmona, J. M., y Formiga, F. (2015). Demencia de inicio en edades avanzadas: aspectos clínicos y fisiopatológicos diferenciales. *Revista Española de Gerontología*, 50(6), 261-263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.005>
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P., y Taussig, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 6(4), 338-346.
- Méndez, M. F. (2019). Early-onset Alzheimer Disease and Its Variants. *Continuum*, 25(1), 34-51. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000687>
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., y Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 34(1), 19-26. <https://doi.org/10.2307/583753>
- Moñivas, A., García-Diex, G., y García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, XII (nº Extra), 83-89. Doi:10.5218/prts.2012.0009
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A., y del-Pino-Casado, R. (2018). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención Primaria*, 50(5), 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.008>

- Moreno-Martínez, F. J., y Moratilla Pérez, I. (2014). *Demencia. Qué es y cómo puede tratarse* (1ªed.). Síntesis.
- Navarro Ramos, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 63-83. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0004>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful selfcompassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Nieto-Alcaraz, R., Arcos-García, C. M., Rubio-Hernández, A. (2016). Comunicación y cambios del lenguaje en personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 331-335. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3457>
- Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., y Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Europe: A meta-analysis. *Neurología*, 32(8), 523-532. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>
- Oliva-Moreno, J., Trapero-Bertran, M., Peña-Longobardo, L.M. . The Valuation of Informal Care in Cost-of-Illness Studies: A Systematic Review (2017). *Pharmacoeconomics*, 35(3), 331-345. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0468-y>
- Organización Mundial de la Salud, y Milbank Memorial Fund. (2000). *Hacia un consenso internacional sobre la política de atención de salud a largo plazo en el envejecimiento*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66542>
- Organización mundial de la salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- Palomas, M. T. (2015). *Mindfulness para mayores* (1º ed.). Kariós.

- Paller, K. A., Creery, J. D., Florczak, S. M., Weintraub, S., Mesulam, M.-M., Reber, P. J., Kiragu, J., Rooks, J., Safron, A., Morhardt, D., O'Hara, M., Gigler, K. L., Molony, J. M., y Maslar, M (2015). Benefits of Mindfulness Training for Patients with progressive Cognitive Decline and Their Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 257-267. <https://doi.org/10.1177/1533317514545377>
- Park, J., Tolea, M. I., Sherman, D., Rosenfeld, A., Arcay, V., Lopes, I., y Galvin, J. E. (2019). Feasibility of Conducting Nonpharmacological Interventions to Manage Dementia Symptoms in Community-Dwelling Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35, 1-12, <https://doi.org/10.1177/1533317519872635>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- Peña-Casanova, J. (2007). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Fundación “la Caixa”. https://www.academia.edu/34195856/Enfermedad_de_Alzheimer_Del_diagn%C3%B3stico_a_la_terapia_conceptos_y_hechos
- Peña-Longobardo, L. M., y Oliva-Moreno, J. (2015). Caregiver burden in Alzheimer's disease patients in Spain. *Journal of Alzheimer's Disease*, 43(4), 1293-1302. <https://doi.org/10.3233/JAD-141374>
- Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., y Ramiro Fariñas, D. (2020). *Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos* (Informe nº. 25). Envejecimiento en Red. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
- Pérez Garrido, A., y González Garrido, S. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33(6), 378-384. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>
- Pope, N. D., Baldwin, P. K., y Lee, J. J. (2018). “I Didn’t Expect to Learn as Much as I Did”: Rewards of Caregiving in Young Adulthood. *Journal of Adult Development*, 25(3), 186-197. <https://doi.org/10.1007/s10804-018-9284-2>

- Prorok, J.C., Horgan, S., y Seitz, D. P. (2013). Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *CMAJ*, *185*(14), E669-E680. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131296>
- Quinn, C., y Toms, G. (2019). Influence of Positive Aspects of Dementia Caregiving on Caregivers' Well-Being: A Systematic Review. *The Gerontologist*, *59*(5), e584-e596. <https://doi.org/10.1093/geront/gny168>
- Quintana Hernández, D. J., y Miró Barrachina, M. T. (2015). Estimulación basada en mindfulness para personas mayores con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. *Papeles del Psicólogo*, *36*(3), 2017-215.
- Quintana Hernández, D. J., Miró Barrachina, M. T., Ibáñez Fernández, I., Santana del Pino, A., Rojas Hernández, J., Rodríguez García, J., y Quintana Montesdeoca, M. del. P. (2015). Estimulación basada en mindfulness en la enfermedad de Alzheimer avanzada: ensayo clínico piloto comparativo de equivalencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *50*(4), 168-173. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.010>
- Quintana Hernández, D. J, y Quintana Montesdeoca, M. del. 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
- Remor E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, *9*(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/s1138741600006004>
- Robles, M. J., Cucurella, E., Formiga, F., Fort, I., Rodríguez, D., Barranco, E., Catena, J., y Cubí, D. (2011). La información del diagnóstico en la demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *46*(3), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.01.008>
- Rogero García, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. IMSERSO. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>
- Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, *19*(1), 47-50. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962010000100010>

- Romero-Moreno, R., Losada, A., Marquez, M., Laidlaw, K., Fernandez-Fernandez, V., Nogales-Gonzalez, C., y López, J. (2014). Leisure, Gender, and Kinship in Dementia Caregiving: Psychological Vulnerability of Caregiving Daughters With Feelings of Guilt. *Journals of Gerontology*, 69(4), 502-513. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt027>
- Roth, B., y Stanley, T. W. (2002). Mindfulness-based stress reduction and healthcare utilization in the inner city: preliminary findings. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 8(1), 60-66.
- Russell-Williams, J., Jaroudi, W., Perich, T., Hoscheidt, S., El Haj, M., y Moustafa, A. A. (2018). Mindfulness and meditation: treating cognitive impairment and reducing stress in dementia. *Reviews in the Neurosciences*, 29(7), 791-804. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0066>
- Sadavoy, J., Sajedinejad, S., Duxbury, L., y Chiu, M. (2021). The impact on employees of providing informal caregiving for someone with Dementia. *Aging & Mental Health*, 1-7. Advance online publication. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1080/13607863.2021.1871878>
- Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., y Ho, R. C.-M. (2015). Prevalence of Mental Health Disorders Among Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034-1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>
- Sánchez Gil, J., y Fontalba Navas, M. (2017). Consecuencias del *Burnout* de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), 119-126. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.61>
- Sánchez-Valladares Jaramillo, V. (2011). Conviviendo con la enfermedad; la familia. En V. Isidro Carretero, C. Pérez Muñoz, V. Sánchez-Valladares Jaramillo y A. Balbás Repila, *Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer* (pp. 72-77). Fundación Reina Sofía. https://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/13/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., y Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66 (2), 191-200. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.02.009>
- Schonert-Reichl, K. A., y Roeser, R. W. (Eds.). (2016). *Handbook of mindfulness in education: Integrating theory and research into practice*. Springer.

- Schulz, R., y Martire, L. M. (2004) Family Caregiving of Persons with Dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.12.3.240>
- Schulz, R., y Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23-27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Semiatin, A. M., y O'Connor, M. K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. *Aging & Mental Health*, 16(6), 683-688. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.651437>
- Siegel, R. D., Germer, C. K., y Olendzki, A. (2016). Mindfulness: ¿Qué es? ¿Dónde surgió? En F. Didonna (ed.), *Manual clínico de Mindfulness* (pp. 73-104). DESCLÉE DE BROUWER.
- Simón, V., y Germer, C. K. (2011). Compasión y Autocompasión. En V. Simón, *Aprende a practicar Mindfulness. Y abrir el corazón a la sabiduría y la compasión* (1ª ed., pp. 131-160). Sello.
- Solomon, A., Mangialasche, F., Richard, E., Andrieu, S., Bennett, D. A., Breteler, M., Fratiglioni, L., Hooshmand, B., Khachaturian, A. S., Schneider, L. S., Skoog, I., y Kivipelto, M. (2014). Advances in the prevention of Alzheimer's disease and dementia. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 229-250. <https://doi.org/10.1111/joim.12178>
- Sörensen, S., Pinquart, M., y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3), 356-372. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., y Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(3-4), 137-148. <https://doi.org/10.1007/BF00785760>
- Takizawa, C., Thompson, P. L., van Walssem, A., Faure, C., y Maier, W. C. (2015). Epidemiological and economic burden of Alzheimer's disease: a systematic literature review of data across Europe and the United States of America. *Journal of Alzheimer's Disease*, 43(4), 1271-1284. <https://doi.org/10.3233/JAD-141134>

- Tang, Y.-Y., Hölzel, B. K. y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience* 16(4), 213–225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P.-M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J., y Clément, J.-P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 50–56. <https://doi.org/10.1002/gps.1422>
- Thich Nhất Hạnh (2007). *El milagro del mindfulness*. (1ª ed.). ONIRO.
- Thich Nhất Hạnh (2012). *La paz está en tu interior. Prácticas diarias de mindfulness*. (1ª ed.). ONIRO.
- Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., y von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 10(8), 297–309. <https://doi.org/10.1177/1756285617712979>
- Timón Sánchez, A., Mateos González, A. M., Pérez Saez, E., Gay Puente, F. J., Rosillo Carretero, N., Tofiño García, M., Cáceres Alfonso, R., y Molás Robles, R. (2013). *Guía de implementación. El espacio y el tiempo en la enfermedad de Alzheimer*, (1ª ed.). IMSERSO.
- Tsai, C.-F., Hwang, W.-S., Lee, J.-J., Wang, W.-F., Huang, L.-C., Huang, L.-K., Lee, W.-J., Sung, P.-S., Liu, Y.-C., Hsu, C.-C., y Fuh, J.-L. (2021). Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients. *BMC Geriatrics*, 21(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02007-1>
- United Nations (2019). *World Population Prospects 2019. Volume II: Demographic Profiles*. United Nations. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf
- United Nations (2020). *World population Ageing 2019*. United Nations. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Vallejo, M. A. (2008). Mindfulness o atención plena; de la meditación y la relajación a la terapia. En F. J. Labrador Encinas (Coord.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 225-242). Pirámide.

- Van Dam, D., Vermeiren, Y., Dekker, A. D., Naudé, P. J. W., y De Deyn, P. P. (2016). Neuropsychiatric Disturbances in Alzheimer's Disease: What Have We Learned from Neuropathological Studies? *Current Alzheimer Research*, 13(10), 1145-1164. <https://doi.org/10.2174/1567205013666160502123607>
- van der Lee, J., Bakker, T. J. E. M., Duivenvoorden, H. J., y Dröes, R.-M. (2017). Do determinants of burden and emotional distress in dementia caregivers change over time?. *Aging & Mental Health*, 21(3), 232-240. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1102196>
- Vázquez Resino, M. T. (2019). Aplicación de un programa de mindfulness en personas mayores en centros residenciales. *Revista de Psicología*, 2(2) ,131-144. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7787454>
- Vidal Domínguez, M. J. (2021). Aspectos sociodemográficos de la población mayor. En J. N. Fernández Muñoz (Coord.), *Informe 2018. Las Personas Mayores en España*, (1ª ed., pp. 27-130). IMSERSO. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/informe_ppmm_2018.pdf
- Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., y Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, 36(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Vinogradov, S., y Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.
- Viñas-Diez, V., Conde-Sala, J. L., Turro-Garriga, O., Gascon-Bayarri, J., y Rene-Ramirez, R. (2019). Síntomas depresivos y sobrecarga en los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer: un modelo de ecuaciones estructurales. *Neurología*, 69(1), 11-17. <https://doi.org/10.33588/rn.6901.2018504>
- Walter, E., y Pinquart, M. (2020). How Effective Are Dementia Caregiver Interventions? An Updated Comprehensive Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 60(8), e609-e619. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz118>
- Wang, J.-H., Wu, Y.-J., Tee, B. L., y Lo, R. Y. (2018). Medical Comorbidity in Alzheimer's Disease: A Nested Case-Control Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 63(2), 773-781. <https://doi.org/10.3233/JAD-170786>

- Warren Brown, K., Coogle, C. L., y Wegelin, J. (2015). A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(11), 1157-1166. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1065790>
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Whitebird, R. R., Kreitzer, M., Crain, A. L., Lewis, B. A., Hanson, L. R., y Enstad, C. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676-686. <https://doi.org/10.1093/geront/gns126>
- Whitlatch, C. J., y Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting the Informational, Educational, and Psychosocial Support Needs of Persons Living With Dementia and Their Family Caregivers. *The Gerontologist*, 58(S1), S58-S73. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx162>
- Williams, F., Moghaddam, N., Ramsden, S., y De Boos, D. (2018). Interventions for reducing levels of burden amongst informal carers of persons with dementia in the community. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Aging & Mental Health*, 23(12), 1629-1642. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515886>
- Woodward, M. (2013). Aspects of communication in Alzheimer's disease: Clinical features and treatment options. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 877-885. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000318>
- World Health Organization (2012). *Dementia. A public health priority. World Health Organization, Alzheimer's Disease International*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Dementia-English.pdf>
- World Health Organization (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
- Xue, H., Zhai, J., He, R., Zhou, L., Liang, R., y Yu, H. (2018). Moderating role of positive aspects of caregiving in the relationship between depression in persons with Alzheimer's disease and caregiver burden. *Psychiatry Research*, 261, 400-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.088>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zucca, M., Isella, V., Di Lorenzo, R., Marra, C., Cagnin, A., Cupidi, C., Bonanni, L., Laganà, V., Rubino, E., Vanacore, N., Agosta, F., Caffarra, P., Sambati, R., Quaranta, D., Guglielmi, V., Appollonio, I. M., Logroscino, G., Filippi, M., Tedeschi, G., ... SINDem COVID-19 Study Group (2021). Being the Family Caregiver of a Patient With Dementia During the Coronavirus Disease 2019 Lockdown. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13(653533). <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.653533>

5. ANEXOS

Anexo I

Resultados cualitativos del programa piloto mindfulness y demencia de Leader et al. (2013).

Preguntas de la entrevista	Comentarios de las personas con demencias	Comentarios de los cuidadores
¿Qué es lo más importante que ha aprendido?	Cuando te comunican el diagnóstico puede provocar problemas familiares, las repeticiones de las cosas que dices y lo que haces mal. He aprendido a relajarme y sentir qué me pasa, algo muy positivo en personas que tenemos Alzheimer.	Tomar tiempo para estar en el presente, tener tiempo para mí.
¿Qué fue lo más útil del programa?	Mi problema es la ira y la frustración, y el curso ha supuesto una gran diferencia, enorme.	No solo ayuda a la persona con el problema, sino que también a la persona que lidia con el problema, fue bueno para ambos.
¿Qué podría mejorar el programa?	Me gustaría que fuera más corto. Alrededor de una hora.	Decir que un ser humano va en piloto automático, ¿Piloto automático?... ¡un ser humano no va en piloto automático!
Una vez finalizado el curso ¿qué significa ahora la atención plena para usted?	Aceptación y déjalo ser.	Estar presente, no juzgarme a mí misma ni a mi marido.
Del 1 al 10, ¿qué importancia ha tenido para usted este programa de atención plena?	10. Ha sido muy importante porque había alguien con quien podía hablar si tenía un problema.	8. Hicimos una semana entera de práctica. Nos ayuda a parar en la mitad del día. Nuestro objetivo es continuar.

Anexo II

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Por favor puntué cada uno de los siguientes enunciados según la siguiente escala. Escriba el número en el espacio que mejor describa su propia opinión o lo que es verdadero de forma general para usted.

	1 Nunca o muy raramente verdad	2 Raramente vez verdad	3 Algunas veces verdad	4 A menudo verdad	5 Muy a menudo o siempre verdad
1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse					
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos					
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas					
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos					
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente					
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo					
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas					
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.					
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.					
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.					

11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.					
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.					
13. Me distraigo fácilmente.					
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.					
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.					
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento					
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.					
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.					
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.					
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan					
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente					
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.					
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago.					

24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.					
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.					
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.					
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.					
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.					
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar					
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.					
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.					
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras					
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar					
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.					
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido					
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta					
37. Normalmente puedo					

describir como me siento con considerable detalle.					
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.					
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.					

Anexo III**Perceived Stress Scale (PSS)**

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué	0	1	2	3	4

frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?					
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo IV

Escala Sobrecarga del Cuidador de Zarit

A continuación se presenta una lista de frases que refleja cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona.

Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera.

No existen respuestas correctas o incorrectas.

	1	2	3	4	5
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente-mente	Casi siempre
1.- ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2.- ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?					
3.- ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej con su familia o trabajo)					
4.- ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar/paciente?					
5.- ¿Se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar/paciente?					
6.- ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8.- ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?					
9.- ¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?					

10.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
11.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?					
12.- ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13.- <i>(Sólo si el entrevistado vive con el paciente).</i> ¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?					
14.- ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?					
15.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente además de sus otros gastos?					
16.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?					
17.- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?					
18.- ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?					
19.- ¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?					
20.- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?					
21.- ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?					
22.- En general, ¿se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar de su familiar/paciente?					

Anexo V**Escala de Auto-Compasión (SCS)**

Cómo suelo actuar conmigo mismo/a en momentos difíciles.

Por favor, antes de responder, lea atentamente las siguientes afirmaciones. A la izquierda de cada ítem, indique con qué frecuencia actúa en la forma señalada, empleando la siguiente escala:

	1 Casi nunca	2	3	4	5 Casi siempre
1. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia.					
2. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					
3. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.					
4. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que la mayoría de la gente es probablemente más feliz que yo.					
5. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.					
6. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito.					
7. Cuando algo me disgusta, trato de mantener mis emociones en equilibrio.					
8. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a					

sentirme solo en mi fracaso.					
9. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que va mal.					
10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.					
11. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.					
12. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					

Anexo VI

Subescala afecto positivo (PANAS)

Marque con una cruz la opción que refleje mejor cómo se ha sentido en “el último mes”, incluyendo el día de hoy:

	Nada o muy ligeramente	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Interesado/a por las cosas.					
3. Ilusionado/a o emocionado/a.					
5. Fuerte.					
9. Entusiasmado/a.					
10. Satisfecho/a consigo mismo/a.					
12. Despierto/a.					
14. Inspirado/a.					
16. Decidido/a.					
17. Concentrado/a.					
19. Activo/a.					

Anexo VII

Subescalas aspectos positivos (ECI)

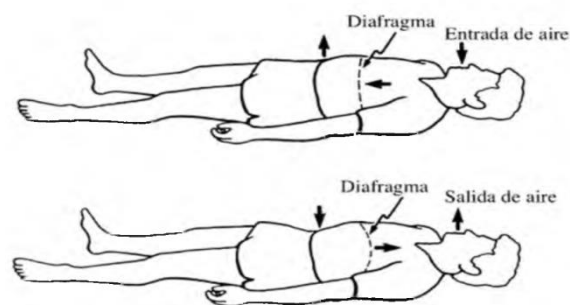
Por favor, nos gustaría que leyera cada cuestión y decidiera con qué frecuencia se han aplicado a usted en el último mes. Es importante tener en cuenta que no hay respuestas buenas ni malas.

	0 Nunca	1 Raramente	2 Algunas veces	3 A menudo	4 Casi siempre
7. He aprendido más sobre mí mismo/a.					
8. He contribuido a que otras personas comprendan la enfermedad que él/ella padece.					
13. he contribuido a su bienestar.					
14. que él/ella contribuye valiosamente en casa.					
19. que él/ella ha demostrado fuerza de voluntad para afrontar su enfermedad.					
20. Me siento más seguro en el trato con los demás.					
22. que él/ella es una buena compañía.					
23. ahora comprendo mejor a otras personas con problemas.					
32. me he vuelto más cercano/a a algunos de mis familiares.					
33. me he vuelto más cercano/a a los amigos/as.					
34. que comparto algunos de sus intereses/aficiones.					
35. que me siento útil en mi relación con él/ella.					

43. he conocido gente dispuesta a ayudar.					
44. he descubierto nuevos puntos fuertes en mí mismo/a.					

Anexo VIII**Cuaderno de práctica****Atención plena****Sesión 1****Ejercicio de Respiración**

- Tomar una postura cómoda, tumbado boca arriba o sentado. En el caso de estar sentado mantener la columna erguida, hombros relajados, y los ojos pueden estar abiertos o cerrados. Recordar la postura mental: no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esforzarse, aceptación y dejar ir.
- Dirigir la atención al vientre. Siente cómo el vientre se expande suavemente al inspirar y cómo retrocede al espirar.
- Mantener el foco de atención lo mejor que se pueda en la respiración, al inspirar y espirar.
- Cada vez que se dé cuenta de que la mente se ha alejado de la respiración, amablemente se dirige de nuevo la atención a la respiración.
- Tantas veces advierta que la mente se aleja de la respiración, simplemente tendrá que darse cuenta de la divagación sin importar lo que lo haya causado.



Cuento “de las artes marciales”

En la Edad Media, en Japón, un discípulo le pregunto a un reputado maestro de artes marciales

- Maestro, ¿cuánto tiempo necesitaré para ser un gran maestro como usted?

El maestro se le quedó mirando pensativo y afirmó amablemente:

-Unos veinte años.

-¡Puufff! No tengo tanto tiempo – respondió el discípulo-. Y si dedico todo el día a estar con usted y a entrenar sin descanso, entonces, ¿cuánto tiempo me llevaría ser un gran maestro.

-Bueno, si es así – contestó el anciano con una sonrisa-, quizá veinticinco años.

-No me he debido explicar bien– replicó el joven con desesperación-. Estaré día y noche con usted, no lo abandonaré en ningún momento, no existirá otra cosa para mí que no sean sus enseñanzas. Si es así, ¿cuánto tiempo me costaría ser un gran maestro como usted? – preguntó suplicante.

-Si haces eso– respondió el sabio con rostro circunspecto-, te llevará treinta años, porque no puedes forzar la naturaleza de las cosas, ya que todo en la naturaleza requiere tiempo. **Cuanto más desesperadamente busques algo, más huirá de ti.** No puede conseguir que una planta madure antes de que sea su hora.

Sesión 2

Escaneo corporal

1. Realiza el ejercicio acostado de espaldas en un lugar confortable, procurar tener una manta cerca para taparse si se siente frío
2. Cerrar los ojos
3. Centrar la atención unos minutos en la respiración
4. Sentir como el vientre se expande en la inhalación y se contrae en la exhalación
5. Dedicar unos minutos a sentir todas las partes del cuerpo desde los pies

hasta la cabeza, y la sensación de contacto del cuerpo con la cama o la esterilla

6. Fijar la atención en el pie izquierdo (dedos, talón, empeine, y tobillo) con la respiración imaginar que se dirige el aire inspirado a esa zona del cuerpo concreta y cómo baja desde la garganta, los pulmones, el vientre, pierna izquierda hasta el pie. Detenerse sintiendo las sensaciones en la zona concreta, seguidamente el aire sigue el mismo recorrido pero a la inversa, es decir hacia arriba para salir por la nariz. En caso de no sentir nada, se es consciente de que no hay sensación.
7. Se realizará el mismo ejercicio con las siguientes partes izquierdas:
 - Pierna (espinilla, pantorrilla, rodilla)
 - Muslo, ingle y hasta la cadera
8. Se hará el mismo recorrido con la parte derecha del cuerpo
9. Seguidamente se concentrará la atención en la pelvis, la zona entera, siendo conscientes de las sensaciones de los glúteos y genitales.
10. Pasar a la zona lumbar que conecta con la pelvis.
11. Concentrarse en la espalda, después en la parte superior de la espalda, sentir las costillas por delante y por detrás.
12. Sentir por unos segundos la respiración en el estómago y llevarlo al pecho, siente como se ensancha y se contrae en cada respiración, siente el ritmo de los latidos del corazón.
13. Pasar a los pulmones, sentir cómo en cada inhalación el cuerpo se oxigena.
14. Dedicar la atención a toda la parte anterior del cuerpo y al exhalar todo el cuerpo entra en un estado de calma y relajación.
15. Dirige la atención a los dedos de las manos, palmas, dorso y muñeca.
16. Sé consciente de los antebrazos, codos, bíceps, hasta las axilas y hombros.
17. Con cada inhalación te diriges a una parte del cuerpo, al soltar el aire dejas que las tensiones se disipen.
18. Ahora centrar la atención en el cuello, las sensaciones al tragar de la garganta, sé consciente de tu cara. Observar las sensaciones en la mandíbula, barbilla, labios, mejillas, como el aire entra y sale por las fosas nasales de la nariz, sigue el recorrido por los oídos, cejas y frente.
19. Ahora centrar la atención en toda la cara, dejar que se relaje.

20. Ser consciente de la parte de atrás de la cabeza, parte superior del cráneo y centrarse en un punto de la coronilla, dejar que el aire se dirija hasta ese punto e imaginar que sale por él. El aire pasa a entrar y salir por ese punto y se dirige a todo tu cuerpo.
21. El aire se mueve por todo el cuerpo permitiendo un estado de relajación y calma.
22. Vuelve a ser consciente de todo tu cuerpo, mueve lentamente los dedos de los pies, las manos y, cuando estés preparado abrir los ojos para levantarse muy lentamente.

Sesión 3

Fábula “Capturar el momento presente”

En cierta ocasión se le preguntó a un gran maestro:

- ¿Haces tú ininterrumpidamente esfuerzos por ejercitarte en la verdad?
- Ciertamente los hago
- ¿Cómo te conduces?
- Si tengo hambre, como; si me hallo cansado, descanso o me acuesto un rato.
- Esto lo hace todo el mundo. ¿Se puede decir, pues, de cualquiera que se comporta o ejercita como tú?
- No
- ¿Por qué no?
- Porque los demás, cuando caminan, no caminan, sino que andan dando vueltas a los más diversos asuntos, dejándose molestar por ellos; si duermen en realidad no es dormir lo que hacen, sino soñar en un sinfín de cosas.

Gathas

Seguir la respiración

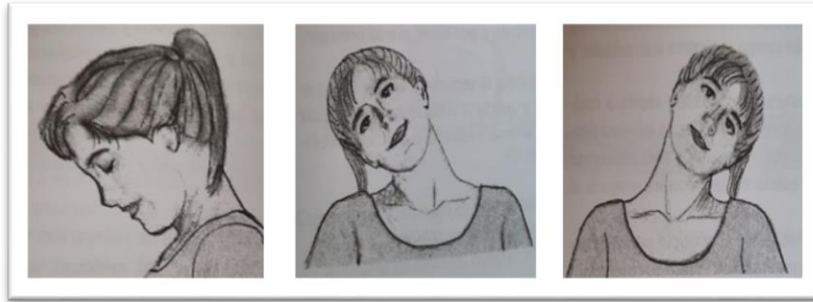
Al inspirar, calmo mi cuerpo.
Al espirar, sonrío.
Cuando me sumerjo en el momento,
sé que es un momento maravilloso

Meditación andando

La mente puede partir en mil direcciones,
pero por este hermoso sendero avanzo en
paz.
A cada paso se despierta una suave brisa.
A cada paso se abre una flor.

Sesión 4

❖ Movimientos del cuello



❖ Rotación de hombros, muñecas y tobillos



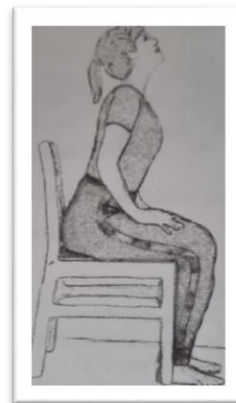
❖ Movimientos de los brazos



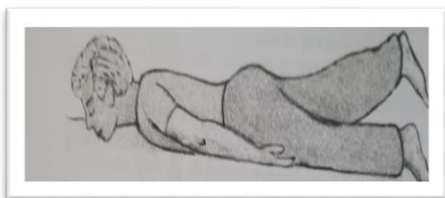
❖ Flexión lateral



❖ La cobra en el suelo y en silla



❖ Media langosta en el suelo y en silla



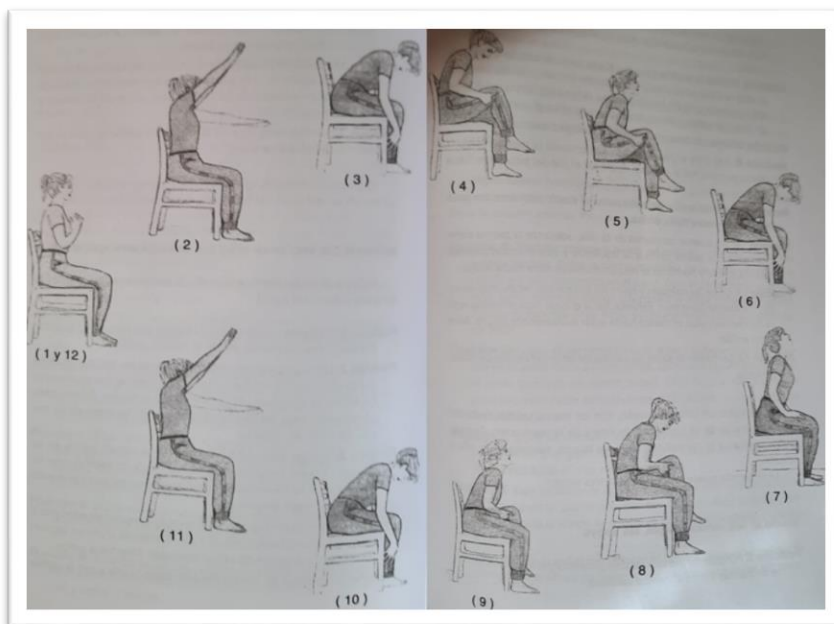
❖ Inclinación hacia delante en el suelo y en una silla



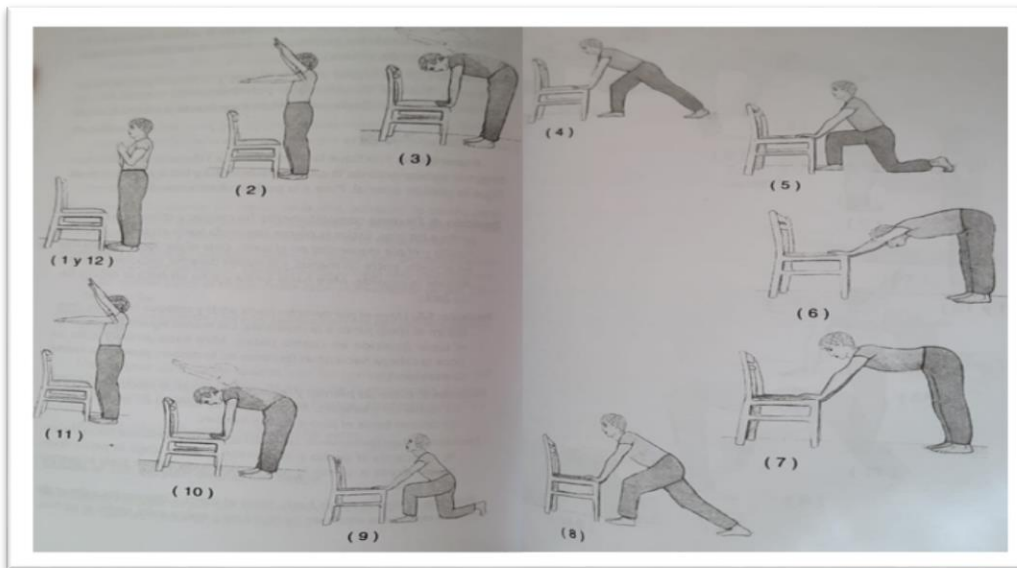
❖ El sello en el suelo y en una silla



❖ Saludo al Sol en silla



❖ Saludo al Sol de pie apoyado con una silla

**Sesión 6**

El arte sagrado de escuchar
Nutriendo relaciones amorosas

Escuchar es inclinarse suavemente con la buena disposición de ser transformado por lo que uno escucha. – Mark Nepo –

¿Qué ocurre cuando hay una presencia de escucha? Cuando estamos plenamente en esa presencia de escucha, con una calidad de pura receptividad, nos convertimos en la propia presencia. Ya sea que llames a esto Dios o pura conciencia, o nuestra verdadera naturaleza, el límite que separa lo interno y lo externo se disuelve y nos tornamos en un campo luminoso de presencia. Cuando estamos en esta presencia abierta realmente podemos responder a la vida que se encuentra allí. Y nos enamoramos.

Este estado de escucha es el precursor o el prerrequisito de relacionarse a través del amor. Cuanto más entiendas el estado de escucha – de ser capaz de sentir que los sonidos de la lluvia te lavan, de recibir el sonido y el tono de voz de otra persona – más sabrás sobre nutrir una relación a través del amor.

En cierto modo, es una posición extremadamente vulnerable. En el momento en que paras de planear lo que vas a decir o manejar lo que la otra persona está diciendo, de

repente ya no estás en control. Estás abierto a tu propia tristeza, a tu propia ira y molestia. Escuchar significa dejar el control. Hacer esto no es poca cosa.

Cuando alguien está hablando, nos pasamos la mayoría del tiempo planeando lo que vamos a decir, ideas, o controlando la situación.

La escucha pura es un abandono del control. No es fácil y requiere práctica. Más aún, solo cuando podemos abandonar este acto de controlar es cuando nos abrimos a la verdadera pureza de amar. No podemos ver o comprender a alguien en los momentos en que tratamos de controlar lo que los demás están diciendo o cuando tratamos de impresionarlos con lo que nosotros queremos decir. No hay espacio para que esa persona solamente se desenvuelva y sea realmente quien es. Escuchar y recibir incondicionalmente lo que la otra persona expresa, es una expresión de amor.

Básicamente, cuando nos sentimos escuchados, nos sentimos conectados. Cuando no nos sentimos escuchados, nos sentimos separados. Por lo tanto, así sea la comunicación entre diferentes tribus o religiones, grupos étnicos o raciales, o entre diferentes generaciones, necesitamos escuchar. Cuanto más comprendemos, menos nos asustamos; cuanto menos nos asustamos, más confiamos y cuanto más confiamos, más puede fluir el amor..

¿Acaso no es cierto que para conocer la belleza y majestad de un árbol tienes que estar callado y descansar bajo su sombra?

¿No tienes que estar debajo del árbol?

Para comprender a alguien, tienes que estar por un tiempo por debajo de ellos

¿Qué significa eso?

Significa que debes escucharlos y permanecer callado y recibirlos por quienes ellos son

Como desde abajo, como desde adentro hacia afuera.

Sesión 7**Poema “La casa de los huéspedes”**

*El ser humano es una casa de huéspedes.
 Cada mañana un nuevo recién llegado.
 Una alegría, una tristeza, una maldad.
 Cierta consciencia momentánea llega
 Como un visitante inesperado.
 ¡Dales la bienvenida y recíbelos a todos!
 Incluso si fueran una muchedumbre de lamentos,
 Que vacían tu casa con violencia
 Aún así, trata a cada huésped con honor
 Puede estar creándote el espacio
 Para un nuevo deleite.
 Al pensamiento oscuro, a la vergüenza, a la malicia,
 Recíbelos en la puerta riendo
 E invítalos a entrar
 Sé agradecido con quien quiera que venga
 Porque cada uno ha sido enviado
 Como una guía del más allá.*

Cuento sufí “Esto también pasará”

“Hubo una vez un rey que dijo a los sabios de la corte: - Me estoy fabricando un precioso anillo. He conseguido uno de los mejores diamantes posibles. Quiero guardar oculto dentro del anillo algún mensaje que pueda ayudarme en momentos de desesperación total, y que ayude a mis herederos, y a los herederos de mis herederos, para siempre. Tiene que ser un mensaje pequeño, de manera que quepa debajo del diamante del anillo.

Todos quienes escucharon eran sabios, grandes eruditos; podrían haber escrito grandes tratados, pero darle un mensaje de no más de dos o tres palabras que pudieran ayudar en momentos de desesperación total...

Pensaron, buscaron en sus libros, pero no podían encontrar nada.

El rey tenía un anciano sirviente que también había sido sirviente de su padre. La madre del rey murió pronto y este sirviente cuidó de él, por tanto, lo trataba como si fuera de la familia. El rey sentía un inmenso respeto por el anciano, de modo que también lo consultó. Y este le dijo:

-No soy un sabio, ni un erudito, ni un académico, pero conozco el mensaje. Durante mi larga vida en palacio, me he encontrado con todo tipo de gente, y en una ocasión me encontré con un místico. Era invitado de tu padre y yo estuve a su servicio. Cuando se iba, como gesto de agradecimiento, me dio este mensaje – el anciano lo escribió en un diminuto papel, lo dobló y se lo dio al rey-. Pero no lo leas – le dijo- mantenlo escondido en el anillo. Ábrelo solo cuando todo lo demás haya fracasado, cuando no encuentres salida a la situación.

Ese momento no tardó en llegar. El país fue invadido y el rey perdió el reino. Estaba huyendo en su caballo para salvar la vida y sus enemigos lo perseguían. Estaba solo y los perseguidores eran numerosos. Llegó a un lugar donde el camino se acababa, no había salida: enfrente había un precipicio y un profundo valle; caer por él sería el fin. Y no podía volver porque el enemigo le cerraba el camino. Ya podía escuchar el trotar de los caballos. No podía seguir hacia delante y no había ningún otro camino...

De repente, se acordó del anillo. Lo abrió, sacó el papel y allí encontró un pequeño mensaje tremendamente valioso: Simplemente decía “ESTO TAMBIEN PASARÁ”.

Mientras leía "esto también pasará" sintió que se cernía sobre él un gran silencio. Los enemigos que le perseguían debían haberse perdido en el bosque, o debían haberse equivocado de camino, pero lo cierto es que poco a poco dejó de escuchar el trote de los caballos.

El rey se sentía profundamente agradecido al sirviente y al místico desconocido. Aquellas palabras habían resultado milagrosas. Dobló el papel, volvió a ponerlo en el anillo, reunió a sus ejércitos y reconquistó el reino. Y el día que entraba de nuevo victorioso en la capital hubo una gran celebración con música, bailes... y él se sentía

muy orgulloso de sí mismo. El anciano estaba a su lado en el carro y le dijo: Este momento también es adecuado: vuelve a mirar el mensaje.

-¿Qué quieres decir? Preguntó el rey. Ahora estoy victorioso, la gente celebra mi vuelta, no estoy desesperado, no me encuentro en una situación sin salida.

-Escucha dijo el anciano: este mensaje no es solo para situaciones desesperadas; también es para situaciones placenteras. No es solo para cuando estás derrotado; también es para cuando te sientes victorioso. No es solo para cuando eres el último; también es para cuando eres el primero. El rey abrió el anillo y leyó el mensaje: "Esto también pasará", y nuevamente sintió la misma paz, el mismo silencio, en medio de la muchedumbre que celebraba y bailaba, pero el orgullo, el ego, había desaparecido. El rey pudo terminar de comprender el mensaje. Se había iluminado. Entonces el anciano le dijo:

-Recuerda que todo pasa. Ninguna cosa ni ninguna emoción son permanentes. Como el día y la noche, hay momentos de alegría y momentos de tristeza. Acéptalos como parte de la dualidad de la naturaleza porque son la naturaleza misma de las cosas".

Las hojas del río

Cierra los ojos e imagina un río cuya agua fluye rápidamente y se extiende a lo lejos, arrastrando consigo diferentes hojas. Visualízate al lado de ese río o, si lo prefieres, sumergido en él. No pases a la siguiente fase hasta que no hayas visualizado bien el río y su entorno, hasta que no sientas que estás allí. Puedes recrear todos los detalles que necesites para hacer que la experiencia sea más real.

Ahora imagina ese pensamiento o emoción del cual deseas liberarte. Por ejemplo, si quieres deshacerte de la tristeza, puedes imaginar cómo sale de tu interior y adquiere una forma. Puedes darle la forma y el color que desees. Puedes imaginarla como una esfera negra pero recuerda que mientras más detalles le des, más eficaz será el ejercicio. Imagina su textura, tamaño y peso.

Ahora tómalala entre tus manos y deposítala en una de las hojas que están flotando en el

río. Déjala allí y observa cómo la corriente la arrastra, cada vez más lejos de ti, hasta que la veas desaparecer por completo. Mientras se pierde de tu vista, siente cómo la tristeza (o el pensamiento u emoción que hayas elegido) te va abandonando.

La montaña

Visualizar una montaña mientras respiramos. Nos centramos en los detalles de la montaña, su forma, sus laderas, la cumbre, como la base se enraíza en la tierra, cómo son los árboles, arbustos, pájaros sobrevolando la montaña, las nubes. Siente su belleza, su fuerza. En cada respiración sienta como se va uniendo con la montaña. A continuación pensará en las cuatro estaciones observando que ocurre alrededor de la montaña, y pase lo que pase en casa estación, siempre es la misma, en calma y quieta. Posteriormente imaginas que tus eres esa montaña firme y robusta que ante las inclemencias del tiempo, viento, lluvia etc. se mantiene en calma y estable, siendo nosotros.

El parte meteorológico

Tómate el tiempo necesario para averiguar cómo te sientes ahora.

¿Qué tiempo está haciendo dentro de ti?

¿Te sientes relajado y brilla el Sol?

¿O está el cielo encapotado, cubierto de nubes y a punto de llover?

¿Qué sientes realmente? Es como hacer el parte meteorológico según tu estado emocional de este momento.

Cuando descubras cómo te sientes en este mismo instante, lo dejas tal cual, exactamente como es, no precisas sentirte de otra manera distinta a cómo te sientes ahora. ¿Verdad que no puedes cambiar el tiempo exterior? Permanece así, experimentando esta sensación por un momento.

De forma amable y curiosa, observas las nubes, la luz brillante del cielo o los colores oscuros de la tormenta que se avecina.

Puede ser que en otro momento del día el tiempo cambie, pero ahora es como es. Y así está bien. Los estados de ánimo cambian. Pasan por sí mismos.

Sesión 8

Poema “Gansos salvajes”

*No tienes que ser buena.
No tienes que atravesar el desierto
de rodillas, arrepintiéndote.
Solo tienes que dejar que ese delicado animal
que es tu cuerpo ame lo que ama.
Cuéntame tu desesperación y te contaré la mía.
Mientras tanto, el mundo sigue.
Mientras tanto, el sol y los guijarros cristalinos
de la lluvia avanzan por los paisajes,
las praderas y los árboles frondosos, las montañas y los ríos.
Mientras tanto, los gansos salvajes, que vuelan alto
en el aire azul y puro,
vuelven nuevamente a casa.
Seas quien seas, por muy sola que te sientas
el mundo se ofrece a tu imaginación,
y te llama, como los gansos salvajes, chillando con excitación
anunciando una y otra vez
tu lugar en la familia de las cosas*