



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Programa de Estimulación Basado en la Atención Plena para
Prevenir el Deterioro Cognitivo en un Centro de Salud Para
Adulto Mayor, Lima, 2022.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Intervención Psicológica

AUTORA:

Schmidt Urdanivia, Johana Sonia (orcid.org/0000-002-3753-2313)

ASESOR:

Dr. Rodriguez Vega, Juan Luis (orcid.org/0000-0002-2639-7339)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de Intervención Psicológica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A mi razón, corazón y motivo, Mateo.

A mamá, a quien amo y admiro.

A papá, que desde el cielo celebra mis logros. A mis hermanos, Johannes, Jochen y Jürgen.

Agradecimiento

Mi más sincero agradecimiento a mi universidad por la oportunidad de seguir avanzando, a Magalli, Rosa y Marlo por todo su apoyo.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas y figuras.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2 Variables y operacionalización	12
3.3 Población, muestra y muestreo.....	13
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	13
3.5 Procedimientos	15
3.6 Método de análisis de datos.....	16
3.7 Aspectos éticos.....	16
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN.....	23
VI. CONCLUSIONES	26
VII. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS.....	34

Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Descripción de la muestra de acuerdo al sexo y edad de los adultos mayores de Lima.....	13
Tabla 2: Valores V de Aiken de los ítems del MMSE (primera parte).....	14
Tabla 3: Valores V de Aiken de los ítems del MMSE (segunda parte)	15
Tabla 4: Análisis de las funciones cognitivas de adultos mayores de la ciudad de Lima	18
Tabla 5: Rendimiento cognitivo de los adultos mayores, según funciones estudiadas.....	18
Tabla 6: Propuesta del programa de estimulación cognitiva basada en el mindfulness para prevenir el deterioro cognitivo	20
Figura 1: Rendimiento en el funcionamiento cognitivo.....	19

Resumen

La investigación que se presenta a continuación, se orientó a responder al siguiente objetivo: Desarrollar un programa para prevenir el deterioro cognitivo de adultos mayores de Lima, basado en la atención plena. Se aplicó una investigación de diseño propositivo. Se aplicaron como instrumentos de recolección de datos el Mini-Mental Cognitivo MEC. Los hallazgos principales reportaron que poco menos de la mitad de adultos mayores presenta: sospecha de deterioro (21.9%) o deterioro de las funciones cognitivas (25%). Además, se identificó que el orden de rendimiento (de peor a menos peor) de las funciones cognitivas se dio de la siguiente manera: memoria, atención y cálculo, lenguaje, orientación espacial y temporal. También, se propuso programa de estimulación cognitiva basada en el mindfulness. El cual consta de 14 sesiones, las cuales se sugiere aplicar de manera semanal por 90 minutos cada sesión. Y finalmente, se validó el programa a través de la V de Aiken obteniendo un índice de 1. A partir de lograr cada estrategia y/o técnica de intervención.

Palabras clave: *Programa de rehabilitación, Mindfulness, rehabilitación cognitiva, deterioro cognitivo, demencia.*

Abstract

The research presented below is oriented to respond to the following objective: Develop a program to prevent cognitive deterioration of older adults in Lima, based on mindfulness. A purposeful design research was applied. The Mini-Mental Cognitive MEC were applied as data collection instruments. The main findings reported that just under half of older adults present: suspicion of deterioration (21.9%) or deterioration of cognitive functions (25%). In addition, it was identified that the order of performance (from worst to least worst) of the cognitive functions was as follows: memory, attention and calculation, language, spatial and temporal orientation. Finally, a cognitive stimulation program based on mindfulness was proposed. Which consists of 14 sessions, which are suggested to be applied weekly for 90 minutes each session. the program was validated through the V of Aiken obtaining an index of 1. After achieving each strategy and/or intervention technique.

Keywords: *Rehabilitation program, Mindfulness, cognitive rehabilitation, cognitive impairment, dementia.*

I. INTRODUCCIÓN

Se denomina deterioro cognitivo a una alteración frecuente en los adultos mayores que afecta las funciones superiores como las de atención, memoria, lenguaje y evocación (Oblitas et al, 2021). Actualmente, según la Organización Mundial de la Salud (2017) valora que 50 millones de personas padecen de deterioro cognitivo y que anualmente se registran 10 millones de la población adulta mayor.

También, se reporta que de la presencia del 70% de las demencias en las diferentes instituciones de salud, a nivel mundial, corresponde al Alzheimer (Sánchez et al., 2017), por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2016), considera como que se trata de una de las principales causas de discapacidad que presentan los adultos mayores. Lo cual produce un gran impacto a nivel social, económico y psicológico en las familias (Castro, 2018).

Asimismo, en España, se estima una prevalencia de 0.05% de deterioro cognitivo en la población etaria de 40 a 65 años y una prevalencia de 39,2% en los adultos mayores de 90 años. Lo cual, de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar de España (2019) se esperan reportar más de 700000 casos afectados con deterioro cognitivo para el 2050 en adultos a partir de los 40 años.

Por otro lado, y de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2016) afirma que Estados Unidos presenta una prevalencia de 6,5%, en Latinoamérica presenta un 8,5% y el Caribe 8,1% de la población.

Y para el Perú, el Ministerio de Salud (2015) reportó la existencia de 8,3% y 6,5% de la población de Lima Urbana y Lima Rural, respectivamente. Asimismo, detalla que en los adultos intermedios existe una prevalencia de 82,6%, de los cuales el 9,9% presenta demencia grave y el 11% deterioro cognitivo leve. También, Contreras et al. (2019) detalla que el 19,4% es dependiente en la realización de sus actividades instrumentales cotidianas y el 23% presenta una dependencia severa, es decir, que no puede hacer sus actividades habituales. Y Luna Vargas (2018) describieron que el 17% de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo y el 6,7% presentan deterioro funcional cognitivo con una alta tasa de probabilidad para desencadenar una demencia.

En base a esta información sobre los datos de incidencia del deterioro cognitivo, es claro determinar que se trata de un problema frecuente que afecta gravemente la calidad de vida especialmente de las personas de la tercera edad y, por lo tanto, es indispensable brindarle la atención debida y permitir el acceso a diversos procedimientos que permitan mejorar las funciones superiores, así como estimular y optimizar conductas de autocuidado en la población vulnerable. Así, Montes (2013) señala la relevancia de integrar terapias no farmacológicas que completen el tratamiento farmacológico del deterioro cognitivo, tanto para los pacientes como para los cuidadores. Y en corolario, Sánchez et al. (2017) indica que la práctica del mindfulness permite reducir los síntomas asociados al deterioro cognitivo por medio de la meditación con resultados notorios a corto plazo en la mejora de calidad de vida, demencia, estabilidad emocional y funcionalidad personal de las personas que lo practican.

El mindfulness es un modelo de intervención orientado a la constante práctica de la meditación que logra optimizar la concentración por su capacidad de incrementar la irrigación sanguínea en las zonas corticales y subcorticales del cerebro (Deepeshwar et al., 2014), y que favorece la plasticidad neuronal, generando interconexiones de las diferentes áreas del cerebro e incrementando la densidad neuronal (Hölzel et al., 2011; Malinowski, 2013).

Cabe señalar, que diversos estudios experimentales han evidenciado el éxito del mindfulness para optimizar las funciones superiores (Wells et al., 2013; Quintana y Quintana, 2014). Y especialmente, en la optimización de la atención plena, lo que permite un alto porcentaje de recuperación en la vida cotidiana del adulto mayor (Quintana y Miró, 2015).

En la búsqueda de la mejora de calidad de vida del adulto mayor, es relevante diseñar programas que estén orientados a la estimular las funciones superiores y de conductas de autocuidado, por lo que se plantea la pregunta de investigación ¿Cómo sería programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima?

Esta investigación es relevante por su interés de demostrar los beneficios que ofrece el mindfulness para la calidad de vida de las personas de la tercera edad,

quienes son especialmente vulnerables por las características de desgaste propias del envejecimiento y brindar un recurso importante que favorezca la calidad de vida del adulto mayor y le genere independencia. Asimismo, presenta un aporte teórico para la elaboración del programa de mindfulness en base a los postulados de la prevención de enfermedades neurovegetativas. Y además, aporta información importante para la aplicación y práctica del mindfulness como tratamiento y prevención del deterioro cognitivo.

En cuanto a la relevancia social, al ser el deterioro cognitivo un problema de salud social que requiere atención rápida y oportuna, esta investigación ofrece las bases teórico prácticas del mindfulness como tratamiento paliativo y preventivo para esta problemática que beneficia a la muestra de estudio y otros contextos de trabajo para el adulto mayor. Además, el planteamiento del programa es útil para los profesionales de salud física y mental, en la medida que se plantean estrategias de intervención terapéutica de los distintos problemas psicológicos, así como en entornos académicos como modelo de propuesta.

El presente estudio traza como objetivo general: Proponer un programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima. Respecto a los objetivos específicos: determinar el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Lima; fundamentar el programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima; diseñar el programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima y validar el programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.

II. MARCO TEÓRICO

Al explorar las bases científicas estudiadas en esta tesis, se encontraron estudios internacionales, entre los cuales tenemos a:

Pérez et al. (2018) compararon los resultados de una intervención en atención selectiva después de un adiestramiento adyacente mindfulness. En el estudio colaboraron adultos mayores de 55 de un Programa Universitario (PUM) de la UMH (n = 31). Para esto utilizaron un diseño de investigación cuasi experimental con 3 grupos. G1: grupo experimental entrenado en atención selectiva, G2: entrenada atención selectiva + mindfulness, GR3: grupo control sin entrenamiento. El programa duró 6 semanas, encontraron discrepancias estadísticamente significativas (pre-post) en los grupos G1 y G2 en relación a la intervención en atención. Mientras que no ocurría lo mismo con el grupo control (G3), que no mostraron diferencias significativas pre-post. Por lo que concluyeron que existe una mejoría en la atención selectiva después del adiestramiento atencional. Sin embargo, propusieron seguir trabajando y examinando el rol del mindfulness en esta habilidad cognitiva atencional.

Una revisión sistemática realizada por Sánchez et al (2017) acerca del proceso atencional pleno en pacientes diagnosticados con Alzheimer. Para esto, analizaron 7 bases de datos (MEDLINE, PUBLIMED, PSYCHINFO, LILACS, CINAHL, SCHOLAR GOOGLE) y una página que publica revisiones sistemáticas (INFAD) y encontraron 32 estudios internacionales que analizaron. Revelaron que el ejercicio constante de la atención plena es eficaz para el tratamiento en pacientes con patologías neurocognitivas, y que son significativos para la prevención, pues la mayoría de la producción científica consultada concuerda en los hallazgos.

Quintana et al (2015) probaron la eficacia del reforzamiento en conciencia plena o mindfulness en pacientes con Alzheimer. Para esto, aplicaron el diseño de estudio el ensayo clínico piloto, en una muestra de 168 participantes con diagnóstico clínico de la enfermedad del Alzheimer. Para esto, separaron la muestra en tres grupos experimentales: de estimulación cognitiva, de práctica de relajación y de conciencia plena y un grupo control. Después de la aplicación del programa, no encontraron diferencias significativas entre la función cognitiva y la funcionalidad entre los grupos experimentales. Sin embargo, describieron que los grupos que recibieron

estimulación con mindfulness mantuvieron los mismos puntajes al realizar el análisis intragrupo de las funciones cognitivas. Asimismo, encontraron en el NPI, diferencias significativas de $p < .017$, entre el grupo experimental y el grupo control.

Por otro lado, Quintana et al. (2014) analizó una intervención neuropsicológica posada en supuestos de atención plena, mediante una prueba clínica. La muestra estuvo conformada por 127 colaboradores con diagnóstico de Alzheimer. Los resultados demostraron que las funciones cognitivas, la funcionalidad del individuo y las perturbaciones conductuales asociadas a la demencia se mantuvieron estables por dos años en base a la práctica del mindfulness, en tanto, que los grupos control y experimentales sólo revelan un ligero deterioro de sus habilidades cognitivas. Por esto, afirmaron que el programa de intervención neuropsicológica diseñado bajo los supuestos del mindfulness presenta estabilidad cognitiva y funcional, así como avances significativos en pacientes con Alzheimer en las etapas leve y moderada de la enfermedad.

Respecto a las investigaciones nacionales se hallaron también, algunos estudios concernientes a la variable:

Paucar y Villaverde (2021) investigaron los procesos funcionales y el deterioro de personas de tercera edad, por un tiempo de 3 años, la muestra estuvo conformada por 137 participantes. El estudio permitió encontrar una relación significativa ($p = 0,020$) entre Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y deterioro cognitivo con $OR=3,57$ con un IC al 95%:(1,32-9,66), lo cual indica que los sujetos dependientes de las ABVD tienen 3,57 veces más de probabilidad para padecer deterioro cognitivo. También, encontraron una relación significativa ($p=0.040$) entre actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y trastorno cognitivo con un $OR=3,02$ IC al 95%:(1,15- 7,94), es decir, que los sujetos con dependencia en AIVD tienen 3,02 veces más riesgo de padecer deterioro cognitivo. Llegando a las conclusiones que los sujetos con dependencia a las ABVD o AIVD tienen mayor probabilidad de padecer deterioro cognitivo y que además existe una mayor comorbilidad de padecer enfermedades osteoarticulares.

Por su parte, Olaya (2021) estudió la correspondencia entre la reserva cerebral y el deterioro cognitivo. Utilizó un diseño de investigación de correlación, en una

muestra de 100 pacientes de un hospital ubicado en Lima y encontró que existe relación significativa y positiva entre estas variables ($r_s = .65$; $p < .01$).

También Chuquipul e Izaguirre (2018) examinaron la relación entre el deterioro cognitivo de un grupo de individuos de la tercera edad con domicilio en Ventanilla y el nivel de calidad de vida. Utilizaron un diseño correlacional para el estudio, con 50 adultos mayores participantes. Para la recolección de datos aplicaron los instrumentos de: Test Mini Mental y el SF36. El estudio permitió revelar que no existe correlación estadística entre ambas variables ($\chi^2 = .337$; $p > .05$). Por lo que afirmaron que el nivel de calidad de vida que puede conseguir un adulto mayor no es determinante para describir deterioro cognitivo del adulto mayor.

De igual manera, Zanafria y Zambrano (2020) investigaron la influencia de la atención plena en la depresión del adulto mayor en Lima. Utilizaron el diseño de investigación de revisión de bibliografía. Obtuvieron datos que les permitieron concluir los pacientes que utilizan la atención plena en su tratamiento presentan beneficios para aplacar síntomas de depresión, desgaste físico y/o cognitivo, se aumentan la capacidad de regular el afecto y mejora la percepción personal, además presentan mejoras en los procesos atencionales tanto sostenida como para la inhibición de estímulos distractores, se incrementa la resolución de procesamiento de información.

Espinoza (2022) analizó un programa de actividades de autocuidado para prevenir deterioro cognitivo en personas de la adultez tardía, en este estudio colaboraron 45 adultos mayores. Se realizó un diseño descriptivo para el estudio. Los resultados obtenidos demuestran que 70% de los participantes carece de prácticas de cuidado personal para prevenir deterioro cognitivo, incluyendo los factores de nutrición y actividades física y psicológica, y que el 53% no practica medidas para controlar el estrés. Sin embargo, descubrieron que el 82% presenta un entorno socioemocional propicio. Por lo que concluye, que, en Lima, los adultos mayores carecen de conocimiento para realizar actividades de prevención del deterioro cognitivo.

En cuanto a los fundamentos teóricos del mindfulness, para Kabat-Zinn éste reside en proveer atención de una determinada manera: intencionadamente en el tiempo presente y sin juzgamientos (Kabat-Zinn, 1994; Segal et al., 2015) y que pertenece

a las terapias denominadas de tercera generación. La traducción castellana del Mindfulness más aceptada hace referencia a la de “Atención plena”, y según Vallejo (2006) es la que más se utiliza hace referencia al desarrollo de la habilidad, con rasgos universales y básicos para ser consiente de los contenidos mentales, momento a momento. Y su ejercicio contiene factores cognitivos como la meditación trabajados conjuntamente con relajación y/o actividades focalizadas en sensaciones corporales.

El mindfulness ha mostrado tener relevancia en distintos aspectos, entre los que tienen mayor notabilidad es la atención plena que se refiere a la capacidad cognitiva que va más allá del cambio o la exclusión de un comportamiento que, es lo que conserva el problema, sino más bien a la variación del programa cognitivo que es la consecuencia problemática (Hayes et al., 1999). El adiestramiento en Atención Plena emplea la rutina de algunos elementos de acción (Pérez y Botella, 2007) que se pueden sintetizar en siete: a) exposición, b) cambios cognitivos, c) autorregulación, d) aceptación, e) integración, f) clarificación de valores y g) relajación.

Se han integrado distintos modelos terapéuticos al mindfulness para optimar su efectividad con la finalidad de reducir el estrés o MindfulnessBased Stress Reduction (MBSR), nombre en inglés original. Para este estudio se tomará como los principios de la intervención cognitivo conductual o Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) de su traducción en inglés.

Este modelo terapéutico de MBCT, se empieza con una entrevista inicial individual y se planifican las sesiones para ocho semanas; asimismo se realiza un seguimiento al año planificado para cuatro sesiones. Esta modalidad incluye actividades de meditación que se basan en el entrenamiento, la manera de respirar, el escaneo del cuerpo y se combinan de la TCC (psicoeducación) que permiten disminuir la reincidencia (Korman y Garay, 2012).

Las personas que participan tienen como objetivo ejercitarse para tener conciencia de los sentimientos y pensamientos y considerarlos eventos de la conciencia, conservándose alejados de estos para observar el procesamiento mental automático (Korman y Garay, 2012). Es decir, no intenta desaparecer las reflexiones negativas, ni el desánimo de los pacientes, sino pretende entrenarlos

para actuar de manera adecuada y que se vinculen de manera diferente con sus estados cognitivos y afectivos, pues se concibe que la reacción a estos es lo que hace vulnerable al individuo (Korman y Garay, 2012).

Existen evidencias en estudios experimentales que el diseño y ejecución de programas de mindfulness permite a los individuos percibir cambios significativos en las áreas cognitivas o pensamientos, en los estados de ánimo, la relación con los demás y el afrontamiento del dolor. Así también, los entrena a ser capaces de identificar nuevas formas de pensamiento más positivo centrado en el presente (Cebolla y Miró, 2008). Asimismo, mejora la flexibilidad cognitiva y otros usos de la atención.

Respecto al deterioro cognitivo como consecuencia de la pérdida de funciones cognitivas, puede considerarse como efecto de distintas patologías como la demencia. Así, la Organización Mundial de la Salud puntualiza que la demencia es un síndrome crónico o progresivo que se define por la disminución de las funciones cognitivas que excede la pérdida normal del envejecimiento y además afecta todas las capacidades cognitivas como son: memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, juicio, el lenguaje y la capacidad de aprendizaje.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en la última versión del 2013 (DSM-5) se consideró introducir el término “trastorno neurocognitivo mayor” para reemplazar el término de demencia, y al mismo nivel se incorpora el término de “trastorno neurocognitivo menor” para describir un ligero deterioro cognitivo.

Es así, que Sánchez et al. (2017) señalan que existen varias las patologías que originan este “confuso síndrome” en relación con la demencia y hace énfasis en la necesidad de valerse del término demencia pues este involucra un agregado de “cuadros morbosos complejos” que se caracterizan por la pérdida de las capacidades cognitivas de los pacientes.

En la American Elder Care Research Organization (2013) se publicó que la demencia puede ser considerada dentro del grupo de las tres grandes patologías sintomatológicas que se presentan: déficits cognitivos, síntomas conductuales y psicológicos y alteraciones de carácter funcional. Y esta organización, tiene gran

interés en informar y divulgar estas patologías para el conocimiento público por lo que utiliza los recursos telemáticos de acceso fácil.

Tarragas (1998) describe tres etapas progresivas de esta enfermedad, la primera inicia con un menoscabo en la capacidad para almacenar información (memoria), continúa una pérdida de independencia y autonomía, para ultimar con la pérdida de la capacidad del paciente para realizar sus diligencias cotidianas.

Además, se documentan y avalan estudios desde la Comisión Europea (2015) la posible impresión epidémica de las demencias. Y, además, ocurren cambios sociales importantes que evidencian nuevas predisposiciones para la existencia y mantenimiento de enfermedades demenciales en todo Europa, de acuerdo con Wu et al. (2016), estos factores incluyen los malos hábitos adquiridos y perfiles de salud poco saludables que intervienen en los estilos de vida saludable.

Como se ha señalado, la demencia más frecuente en adultos mayores 65 años es el Alzheimer. Y de acuerdo con los datos de la OMS (2015), [el índice de prevalencia del Alzheimer es del 70%](#) aproximadamente a nivel mundial. Así, por ejemplo, en España, según el informe publicado por el [World Alzheimer Report \(2016\)](#), existen 1.000.000 de personas que padecen de esta enfermedad. Y, según los datos informados por The National Institute on Aging or the National Institutes of Health a través de la The American Elder Care Research Organization (2016) calcula que más de 5.2 millones de estadounidenses la sufren, y que para el 2050 alcanzaría a 16 millones de personas.

La EA se caracteriza por variaciones significativas en los esquemas conductuales que generan discapacidad del individuo para realizar sus tareas habituales. Sánchez et al. (2017) indica que esta patología presenta insidiosos inicios, y suele estar acompañada de otros síntomas como: afasia, apraxia y agnosia. También la autora señala que la etiología de esta enfermedad es desconocida y describe de una manera interesante los efectos producidos por la terapia no farmacológica especialmente las concernientes a la atención plena. Se ha evidenciado que los pacientes con EA presentan atrofas en el volumen de sus cerebros, especialmente en las áreas del hipocampo y del prefrontal. Además, describe una variación de los

sistemas dopaminérgico, serotoninérgico, gabaérgico o histaminérgico que afecta directamente la funcionalidad del sujeto.

Cabe señalar, también que en el abordaje de estas enfermedades que existe una sobrecarga a nivel corporal como mental que sobrellevan cuidadores y familiares de los pacientes, pues, así, por ejemplo, en España, el 95% de los pacientes habitan en sus hogares lo que genera perfiles ya reconocidos por los manuscritos científicos como “pacientes ocultos”, “síndrome del cuidador”, etc. que se sustentan las consecuencias psicológicas, físicas, y socioeconómicas que implica este tipo de cuidado (Sánchez et al., 2017), y este es un campo de estudio abordado desde la terapia no farmacológica de la atención plena, con el fin de brindar una solución a esta problemática.

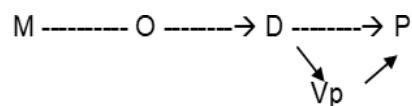
III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se ha utilizado una investigación de tipo aplicado-propositivo, con enfoque cuantitativo con la finalidad de analizar los datos obtenidos y solucionar problemas planteados en la investigación, a través de datos recolectados por los instrumentos y procedimientos determinados por la autora y así contrastar las hipótesis planteadas, dando respuesta a las preguntas de investigación (Sánchez et al., 2018).

El diseño de estudio utilizado es el propositivo, el cual describe como procedimiento, la no manipulación de los atributos estudiados a fin de evitar influir sobre ellas. Además, los datos recopilados se realizaron en un momento de reunión único con la muestra. Finalmente, se describe el contexto de investigación, elaborando un diagnóstico inicial y proponer un programa con el fin de disminuir la problemática identificada (Sánchez et al., 2018).

El esquema de este diseño es:



En el:

M: Muestra

O: Información de interés

D: Diagnóstico de la variable conflicto de pareja

VP: Validación Propuesta

P: Propuesta de un programa basado en la comunicación

3.2 Variables y operacionalización

Variable dependiente: deterioro cognitivo.

Definición conceptual: se refiere a la alteración generalmente presentada en adultos mayores que los incapacita y afecta las funciones superiores, intelectuales. Hace referencia a un cambio frecuente en la adultez tardía que incapacita y afecta las funciones cognitivas superiores como la memoria, atención, lenguaje y evocación (Oblitas et al., 2021).

Definición operacional: la valoración del deterioro cognitivo se realizó con el Mini-Mental Cognitivo MEC, es una prueba de tamizaje que valora la posibilidad que aparezca un deterioro cognitivo y demencia, está conformado por 30 reactivos, distribuidos en 11 apartados. Su aplicación demora unos 10 minutos aproximadamente.

Indicadores: normal (> a 27 puntos), sospecha de deterioro cognitivo (< a 23 puntos), deterioro cognitivo (entre 12 a 22 puntos), demencia (9 a 11 puntos) y fase terminal de la enfermedad (< a 9 puntos).

Escala de medición: nominal.

Variable independiente: programa de mindfulness.

Definición conceptual: es un modelo terapéutico de tercera generación que reside en proveer atención de una determinada manera: intencionalmente en el tiempo presente y sin juzgamientos (Kabat-Zinn, 1994; Segal et al., 2015).

Definición operacional: el programa se elaboró bajo los lineamientos del mindfulness, con técnicas procedentes de los modelos: MBSR y MBCT. El programa se aplicó posteriormente del diagnóstico inicial o línea base, con la finalidad de prevenir el deterioro cognitivo.

Indicadores: se utilizarán técnicas de relajación, respiración, meditación y de conciencia sensitiva. El programa se diseñó con 22 sesiones de 90 minutos cada una, en las que se trabaja la atención plena de los estados emocionales y cognitivos del individuo.

Escala de medición: nominal.

3.3 Población, muestra y muestreo

La población accesible fue de 150 individuos de la adultez tardía, entre los 60 a 80 años de edad.

Tabla 1.

Descripción de la muestra de acuerdo al sexo y edad de los adultos mayores de Lima.

	Sexo	Edad	Total
Adultos mayores de Lima	Varones	60 - 65	25
		66 - 70	25
		71 - 75	15
		76 - 80	15
	Mujeres	60 - 65	20
		66 - 70	20
		71 - 75	15
		76 - 80	15
TOTAL			150

La población estuvo constituida por 150 hombres y mujeres de la adultez tardía, entre 60 y 80 años, los cuales se sometieron a la técnica de muestreo no probabilístico, por conveniencia del investigador. A partir de ahí se seleccionó los casos en base a la proximidad de la muestra y los que contaban con las características requeridas para la investigación (Otzen y Menterola, 2017). Se utilizó como unidad de análisis a 1 adulto mayor de Lima.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron las técnicas de observación y la lista de cotejo en base al Mini-Mental. La observación es una técnica que permite valorar la variable de estudio representada por la realidad del sujeto y de esta manera se describe. Mientras que la lista de cotejo permite evaluar el desempeño y la competencia del sujeto para determinar su presencia o ausencia de la variable de estudio (Hernández et al., 2016).

Para la evaluación del deterioro cognitivo se utilizó como instrumento el Mini-Mental Cognitivo MEC, a través de la lista de cotejo, se trata de un test de

tamizaje que cuenta con 30 reactivos divididos en 11 apartados que permiten determinar la posibilidad de que aparezca un deterioro cognitivo y demencia. Su tiempo de aplicación es de 10 minutos aproximadamente.

Para corregir el MEC, se necesita sumar el total de los 11 apartados, pudiendo alcanzar un puntaje máximo de 30. Y permite ubicar al sujeto en las siguientes categorías: normal (> a 27 puntos), sospecha de deterioro cognitivo (< a 23 puntos), deterioro cognitivo (entre 12 a 22 puntos), demencia (9 a 11 puntos) y fase terminal de la enfermedad (< a 9 puntos). Presenta confiabilidad, Buiza et al. (2012), con un valor de consistencia interna de ,82.

Sin embargo, para esta investigación se validó con la participación de 5 jueces expertos en el área de salud mental (psicólogos y psiquiatras con grado de maestría), presentando los siguientes resultados en el estadístico de V de Aiken.

Tabla 2.

Estimaciones V de Aiken de los ítems del MMSE (Primera parte).

ítem	Claridad		Coherencia		Relevancia	
	V	Interpretación	V	Interpretación	V	Interpretación
<i>Orientación temporal</i>						
1	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
2	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
3	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
4	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
5	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
<i>Orientación espacial</i>						
6	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
7	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
8	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
9	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
10	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
<i>Memoria (fijación y evocación)</i>						
11	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
12	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
13	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
19	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
20	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
21	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido

Tabla 3.

Estimaciones V de Aiken de los ítems del MMSE (Segunda parte).

ítem	Claridad		Coherencia		Relevancia	
	V	Interpretación	V	Interpretación	V	Interpretación
Atención y cálculo						
14a	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
15a	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
16a	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
17a	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
18a	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
14b	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
15b	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
16b	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
17b	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
18b	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
Lenguaje						
22	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
23	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
24	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
25a	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
25b	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
26	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
27	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
28a	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido
28b	1.00	Valido	1.00	Valido	1.00	Valido

La información conseguida (ver tabla 2 y 3) describen coeficientes V de 1 en el total de reactivos, lo cual ratifica la validez de los ítems y su preeminencia para tantear las funciones cognitivas por parte del MMSE.

3.5 Procedimientos

Para este estudio se procedió de la siguiente manera:

Primero, se contactó con la muestra para explicarles minuciosamente la finalidad de la investigación y su participación voluntaria en el proceso.

Segundo, se recolectó los datos a través de la tasación individual. Ésta se realizó de manera presencial, siguiendo los protocolos de salud por las condiciones aún pandémicas y se les aplicó el Mini-Mental Cognitivo.

Tercero, en una hoja de Excel se organizaron los datos recogidos, para identificar el diagnóstico inicial, como línea base y a partir de aquí se propuso el programa de intervención para la prevención del deterioro cognitivo.

Cuarto, se validó el programa propuesto a través de método de juicio de experto, contando con 5 jueces profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras con grado de maestría) y el estadístico V de Aiken.

3.6 Método de análisis de datos

El análisis estadístico de datos recolectados se realizó a través de los softwares Ms Excel y el IBM SPSS. De manera tal, que, en el Excel, se construyó la base de datos, después de las tasaciones elaboradas y la aplicación del Mini-mental.

A continuación, se exportaron los datos al IBM SPSS, para codificar la información de acuerdo a las categorías diagnósticas previstas por el Mini-mental.

Consecutivamente, se confeccionó las frecuencias absolutas y porcentuales en cada nivel descriptivo.

Aparte de, se usó el estadístico de V de Aiken con la finalidad de validar el programa propuesto.

En último lugar, se organizó la información en tablas y gráficos, de acuerdo con el formato APA, con sus respectivas interpretaciones.

3.7 Aspectos éticos

Los aspectos éticos tomados en consideración para este estudio empezaron con la colaboración voluntaria de los adultos mayores en base a los siguientes principios:

El primer principio es que se utilizó el consentimiento informado, que es un documento donde se detalla el objetivo de la investigación y la función de los participantes en el estudio.

El segundo principio que se cumple es la anonimidad, en el sentido la

información personal será de uso exclusivo para la investigación a fin de no comprometer la integridad de los participantes.

El tercer principio es el uso de la confidencialidad, dado que la información recogida es exclusiva de la investigación y no puede ser utilizada para otros fines.

Finalmente, el cuarto principio ético que se consideró fue el respeto por la libre participación, que implica la participación voluntaria y libre del participante que decide colaborar con la investigación (Wood, 2008).

IV. RESULTADOS

4.1 Diagnóstico de la muestra estudiada

Tabla 4

Análisis de las funciones cognitivas de adultos mayores de la ciudad de Lima.

Funcionamiento cognitivo	f	%
Demencia	-	-
Deterioro cognitivo	8	25.0
Sospecha	7	21.9
Normal	17	53.1
Total	32	100.0

En la tabla 4 se observa que de los 32 colaboradores en el diagnóstico inicial, se sospecha que el 21.9% presenta pérdida de las funciones cognitivas y el 25% presenta con deterioro en ellas. Además, el 53.1% de los participantes aún conservan sus funciones cognitivas.

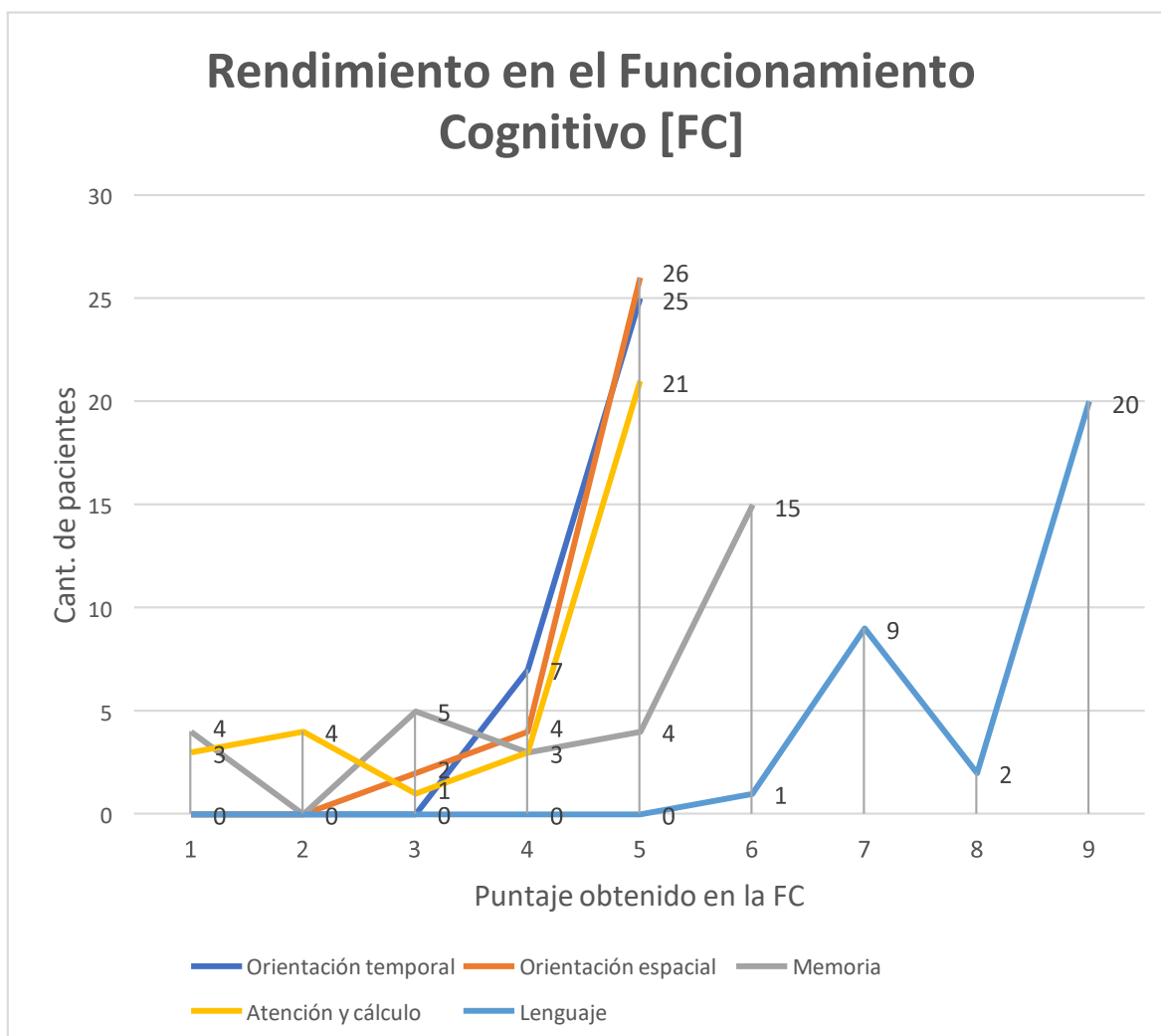
Tabla 4.

Rendimiento cognitivo de los adultos mayores, según las funciones estudiadas.

Pje.	Orientación temporal	Orientación espacial	Memoria	Atención y cálculo	Lenguaje
1	0	0	4	3	0
2	0	0	0	4	0
3	0	2	5	1	0
4	7	4	3	3	0
5	25	26	4	21	0
6			15		
7			9		
8			2		
9			20		
Total	32	32	31	32	32

Nota: Lo rellenado de color gris oscuro representa los límites de puntajes permitidos en cada función (p.ej.: la función orientación temporal suma solamente hasta 5 puntos; memoria hasta 6 puntos y lenguaje hasta 9 puntos).

Figura 1. Rendimiento cognitivo de los adultos mayores, según las funciones estudiadas.



La tabla 5 y la figura 1 muestran el rendimiento que presentan los adultos mayores [AM] de acuerdo con las diferentes funciones cognitivas que mide el Mini mental. Se encontró que, en la función de Orientación temporal, apenas siete de los 32 colaboradores alcanzaron cuatro puntos de los cinco posibles. En la función de orientación espacial, cuatro AM obtuvieron un puntaje de cuatro y dos obtuvieron tres puntos de los cinco posibles. Entonces, se infiere que la función sobre orientación, la que menor rendimiento presenta es la orientación espacial.

En lo que respecta a la función de memoria, 17 AM consiguieron el mínimo rendimiento del esperado, de los cuales, cuatro alcanzaron un punto de 6 posibles

(mínimo rendimiento), cinco obtuvieron tres puntos, tres solo alcanzaron cuatro puntos y tres de ellos llegaron a cinco puntos de los seis posibles. Lo cual revela que la memoria, es la función cognitiva es la que tiene menor rendimiento.

A razón de las funciones cognitivas de atención y cálculo, la información revela que, de los cinco puntos posibles, tres AM solamente consiguieron uno; cuatro AM lograron un puntaje de dos; uno obtuvo tres y apenas tres consiguieron cuatro puntos. Lo cual, manifiesta que la segunda función cognitiva con menor rendimiento son la atención y el cálculo.

En último lugar, respecto a la función cognitiva de lenguaje, de los nueve puntos posibles, un AM consiguió únicamente seis puntos; nueve lograron siete puntos y dos obtuvieron ocho puntos.

4.2 Programa propuesto

Tabla 6

Propuesta del programa de estimulación cognitiva basada en el mindfulness para prevenir el deterioro cognitivo.

Nº sesión	Estrategia / actividad	Objetivo de la sesión
1.	<ul style="list-style-type: none"> • Mi relación con el Mindfulness. 	Realizar la medición inicial del pre test y presentación del programa a desarrollar
2.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y Práctica de respiración 	Introducir la práctica de la respiración: por qué, para qué y cómo hacerla haciendo uso de la técnica de conteo.
3.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación y Explorando mi Cuerpo 	Explorar las sensaciones físicas asociadas a la atención de la respiración
4.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia y Apertura emocional 	Lograr la atención y consciencia del cuerpo Identificar las sensaciones corporales al generar emociones de ansiedad
5.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia y Apertura emocional 	Lograr la atención y consciencia del cuerpo Identificar las sensaciones corporales al generar emociones de estrés

6.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia y Apertura emocional 	Lograr la atención y consciencia del cuerpo Identificar las sensaciones corporales al generar emociones de triste y alegría
7.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia y Apertura emocional 	Lograr la atención y consciencia del cuerpo Identificar las sensaciones corporales al generar emociones de enojo y miedo
8.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia y Apertura cognitiva 	Lograr la atención y consciencia del cuerpo Identificar las sensaciones corporales al generar pensamientos positivos y negativos
9.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia y Apertura cognitiva 	Lograr la atención y consciencia del cuerpo Identificar las sensaciones corporales al gestionar pensamientos positivos y negativos
10.	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback sensitivo: Observo, pienso y siento 	Lograr la conciencia de las sensaciones corporales al generar emociones y pensamientos Práctica de escáner corporal
11.	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación y apertura emocional 	Lograr que los participantes puedan identificar las percepciones negativas de sí mismos
12.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Emociones 	Aprender estrategias prácticas que permitan la regulación emocional consciente a través de la conciencia corporal
13.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del pensamiento 	Aprender estrategias prácticas que permitan la regulación del pensamiento consciente a través de la conciencia corporal
14.	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación y apertura emocional 	Lograr que los participantes puedan modificar las percepciones negativas de sí mismos.
15.	<ul style="list-style-type: none"> • Afianzamiento de concepto personal 	Identificar y controla el pensamiento negativo con atención plena y fortalecer la autocompasión.
16.	<ul style="list-style-type: none"> • Mi mundo interior 	Mantener la atención guiada en los participantes enfocándose en sensaciones placenteras que produce la autoaceptación
17.	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos y realidad. 	Gestionar los pensamientos con atención plena para construir la realidad
18.	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento y emoción 	Gestionar los pensamientos con atención plena en la emoción
19.	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones y pensamiento 	Aprender estrategias prácticas que permitan la regulación emocional consciente a través de la conciencia corporal

20.	<ul style="list-style-type: none"> • Mundo exterior 	Controlar la atención continuada de los participantes enfocándose en sensaciones placenteras
21.	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar y dejar ser 	Tratar la experiencia presente de malestar emocional.
22.	<ul style="list-style-type: none"> • Mi nuevo ser 	Implementar un estilo de vida basado en mindfulness.

La tabla 6 presenta un esbozo general de la propuesta del programa de estimulación cognitiva basada en el mindfulness, que está formado por 22 sesiones de 90 minutos cada una a fin de implementar un estilo de vida con mindfulness para prevenir el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

V. DISCUSIÓN

Sin lugar a dudas, las patologías que conducen al deterioro cognitivo son las de mayor ocurrencia en población de las personas adultas mayores. Su impacto global es considerable y, por lo tanto, vastamente investigado por la comunidad científica que lo ha descrito como la principal causa de incapacidad del adulto mayor (OMS, 2016). En vista a esto, es necesario tener herramientas terapéuticas que permitan prevenirla e intervenirla.

Ciertamente, las formas de rehabilitación cognitiva han dado buenos resultados en la prevención e intervención de las patologías de deterioro cognitivo. Sin embargo, los estudiosos vienen construyendo distintas estrategias terapéuticas para generar mayor impacto en la optimización de las funciones cognitivas. Es de esta manera, que surgen las alternativas de usar estrategias ancestrales como el Mindfulness, que, debido al éxito demostrado en diversos experimentos reportados, se torna en una herramienta terapéutica importante para el trabajo con estas patologías.

De acuerdo a esta evidencia y en base al primer objetivo planteado en esta investigación de diagnosticar el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima. Se evaluó a los adultos mayores a través del Mini-mental y los resultados demostraron que el 21.9% de los participantes, poco menos de la mitad, manifiesta indicadores para sospechar de deterioro en las funciones cognitivas. También, se halló que el orden de rendimiento (de peor a menos peor) de las funciones cognitivas se distribuyó de la siguiente manera: memoria, atención y cálculo, lenguaje, orientación espacial y temporal.

Los resultados encontrados son similares a los publicados por otros estudios nacionales e internacionales. Precisamente, la Organización Panamericana de la Salud (2016) reportó que un promedio de 8% de la población adulta presenta deterioro cognitivo, mientras que, en el Perú, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2015) sobrepasa el 3.1%. También se encontró que otros estudios independientes coinciden con estos resultados, así Contreras et al. (2019) describió que un 9.9% de pacientes de Lima presentan patologías neurodegenerativas, de los cuales el 11% padece de deterioro cognitivo leve, y de este total, el 19.4% es dependiente

en la realización de actividades instrumentales cotidianas y el 23% presenta dependencia severa.

En base a estas estadísticas que describen un alto porcentaje de pacientes adultos mayores que sufren de deterioro cognitivo y demencia y cumpliendo con el objetivo de este estudio, es valorar la difusión y construcción de innovadores instrumentos terapéuticos para su intervención. Además, cumpliendo con el segundo objetivo de estudio, se fundamenta un programa de estimulación bajo el enfoque de adiestramiento de atención plena o simplemente MAP, como estrategia adecuada del enfoque de mindfulness (Rawtaer et al., 2015) que se inspiró en la pedagogía de McBee, diseñada especialmente a adultos mayores (Hultman, 2009).

Este enfoque ha demostrado su eficacia en diversos estudios experimentales que buscaban estimular y reforzar las habilidades cognitivas y reducir el deterioro cognitivo de los pacientes (Paller et al., 2017; Siang et al., 2021; Yu et al., 2021; Siang et al., 2015), comprobando su efectividad en la reducción la sintomatología depresiva y el retraso la manifestación de los signos de deterioro cognitivo. También se comprobó, al mismo tiempo, que fortalece las habilidades cognitivas y estimulan el crecimiento neuronal de zonas corticales del cerebro, beneficiando las áreas de atención, memoria de trabajo y de largo plazo.

Se toma como referencia el MAP, para cumplir con el tercer objetivo de la investigación respecto a diseñar el programa de estimulación basado en atención plena prevenir deterioro cognitivo, el cual se detalla en anexos, este consta de 22 sesiones terapéuticas de 90 minutos cada una, en las que se utilizan técnicas específicas de mindfulness para estimular la atención plena.

En seguida, y de acuerdo al cuarto objetivo, el programa fue validado por jueces expertos 5 psicólogos todos que trabajan en el área clínica y se encontró a través del coeficiente de V de Aiken un puntaje de 1 para las estrategias propuestas en el programa, ratificándose entonces la validez del programa para la estimulación de la atención plena en adultos mayores, y al mismo tiempo, se prevé se logre estimular y mejorar distintas funciones cognitivas como la memoria operativa o de trabajo para el almacenamiento temporal y procesamiento de la información percibida, así como la atención que le permita seleccionar y distinguir un estímulo

que requiera para procesar la información así como inhibir aquella información irrelevante, y como lo señala Gonzalez et al. (2016)

Se viene comprobando, a través de diversos estudios experimentales, que el mindfulness logra significativas mejoras en las distintas capacidades cognitivas, especialmente en las áreas de atención y memoria, ya que estimula las redes neuronales y fomenta la interacción de áreas corticales y subcorticales del cerebro que le permiten cambios funcionales y estructurales de crecimiento cortical. Así, por ejemplo, Larouche et al., 2017; Wetherell et al. (2020) investigaron los efectos favorables del mindfulness en las áreas de memoria de trabajo y memoria a largo plazo. También Siang et al. (2015) estudió los efectos sobre la atención plena, Larouche et al. (2017) reveló las mejoras haciendo uso de secuencia de imágenes y cálculo. Wetherell et al. (2020) estudió también la habilidad de secuencia de imágenes y actividades cotidianas. Por lo tanto, todos estos experimentos previos permiten demostrar y fundamentar los efectos positivos del mindfulness para estimular las distintas habilidades cognitivas, considerando la atención plena, que se ha propuesto en esta investigación.

Finalmente, proponemos conclusiones que permiten esclarecer los supuestos de intervención en atención plena basado en el mindfulness para prevenir y/o enlentecer el deterioro cognitivo del adulto mayor, dando esperanza al usuario y la familia. Sin embargo, también se reconoce la necesidad de implementar mayor estudio del mindfulness para dar una mayor consistencia científica

VI. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada se llega las siguientes conclusiones:

1. Se propuso un programa de estimulación cognitiva basada en el mindfulness, que está diseñado en 22 sesiones prácticas, bajo el enfoque MAP (Modelo de Atención Plena), de 90 minutos de duración para ser aplicados por lo menos una vez por semana con la finalidad de afianzar la estrategia y/o técnica de intervención y su práctica constante
2. Para el diagnóstico, se utilizó el Mini mental como instrumento, encontrando que casi el 50% de los evaluados presentan sospecha de deterioro (21.9%) o deterioro de las funciones cognitivas (25%). Y se describe el orden de rendimiento de las funciones cognitivas (de peor a menos peor): memoria, atención y cálculo, lenguaje, orientación espacial y temporal.
3. En seguida, sobre la indagación del enfoque hipotético que apoye la práctica de un programa fundamentado en el mindfulness, se eligió el enfoque práctico de atención plena por presentar mayor evidencia experimental reportada en los últimos estudios.
4. Finalmente, programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo fue validado por 5 jueces psicólogos a través de la V de Aiken.

VII. RECOMENDACIONES

Con la finalidad de despejar algunos vacíos científicos no considerados en esta investigación se recomienda:

- A los investigadores, aplicar el programa en estudios empíricos con muestras pilotos distintas con el fin de reunir evidencia científica que respalde la eficacia del programa.
- A las autoridades de universidad, seguir promoviendo investigaciones que permitan sustentar de manera teórica y práctica el uso del mindfulness para prevenir y enlentecer el deterioro cognitivo de los adultos mayores.
- A los profesionales de salud mental, emplear esta propuesta juntamente con programas de rehabilitación cognitiva y farmacológica, para incrementar la eficacia de la prevención del deterioro cognitivo y así optimar la calidad de vida del adulto mayor.
- A los docentes y estudiantes de psicología, seguir realizando acciones de promoción de salud mental de los adultos mayores con la finalidad de prevenir el deterioro cognitivo, así como interesarse en diseñar diversos programas para optimar la calidad de vida.

REFERENCIAS

- American Elder Care Research Organization (2013). *Lesser Known Types of Dementia*. <https://www.dementiacarecentral.com/aboutdementia>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.^a ed. DSM-5. American Psychiatric Publishing.
- Buiza, C., Navarro, A., Díaz, U., Feliz, M. Álaba, J., Arriola, E., Hernández, C., Zulaica, A. y Yanguas, J. (2012). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(3), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.006>
- Castro, S. (2018). Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(4), 215-216. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3435>
- Cebolla, A., & Miró, M. (2008). Efectos de la terapia cognitiva basada en la atención plena: una aproximación cualitativa. *Apuntes De Psicología*, 26 (2), 257-268.
- Chuquipul, P., e Izaguirre, C. (2018). *Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018* [Trabajo de grado, Programa de Licenciatura en Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio de la Universidad Privada Norbert Wiener. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2575>
- Contreras, C., Condor, I. y Atencio, M. (2019). Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú. *An Fac Med*, 80(1), 51-55. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15583>
- Deepeshwar, S., Vinchurkar, S., Visweswaraiyah, N., y Nagendra, H. (2014). Hemodynamic responses on prefrontal cortex related to meditation and attentional task. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8(1), 252. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffnsys.2014.00252>
- Espinoza, M. (2022). *Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve en un centro de salud de Lima Metropolitana, 2020* [Trabajo de grado, Programa de Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20_500.12672/17945
- Hayes, S., Strosahl, K. y Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. The Guilford Press.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2016). *Metodología de la Investigación* (6ª Ed.). McGraw Hill Educación. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hölzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T., y Lazar, S. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.pscychresns.2010.08.006>
- Hultman, T. (2009). Mindfulness-based elder care: a CAM model for frail elders and their caregivers. *J. Palliat. Med.*, 12 (9), 845-845.
- Kabat-Zinn J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Korman, G. y Garay, C. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21 (1), 5-13.
- Larouche, E., Chouinard, AM., Morin-Alain, V., Goulet, S., y Hudon, C. (2017). Higher mindfulness meditation practice predicts improvement of executive components of attention in older adults with amnesic mild cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia*, 13(12), 610-610. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.06.665>
- Luna, Y. y Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(1), 9-19, <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3269/3324>
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7(8), 1-11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2013.00008/full>
- Ministerio de Salud. (2015). *Minsa atiende en lo que va del año 3700 casos de demencia en adulto mayor*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29972-minsa-atiende-en-lo-que-va-del-ano-3-700-casos-de-demencia-en-adulto-mayor>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Plan integral de Alzheimer y otras demencias*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Montés, J. (2013). Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del programa de atención a

- afectados de Alzheimer de la asociación COTLAS. *Revista Información Psicológica*, 1(104), 84-99.
<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/32>
- Oblitas, A., Carranza, W., Herrera, J, y Sánchez, A. (2021). Deterioro cognitivo en adultos mayores en un sector urbano de la ciudad de Chota, Perú. *Revista Recién*, 10(3), 33-37.
<https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/107/105>
- Olaya, R. (2021). *Reserva cerebral y deterioro cognitivo en pacientes de un hospital de Lima, 2021* [Tesis de maestría, Programa de Docencia Universitaria, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20500.12692/69019>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Demencia*.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_3-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Crece la cantidad de personas con Alzheimer y otras demencias en las américas*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11322:dementias-are-on-the-rise-in-the-americas&Itemid=135&lang=es
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Paucar, P. y Villaverde, W. (2021). *Funcionalidad y deterioro cognitivo en adultos mayores de la Ipress Pariahuanca periodo 2017-2020* [Trabajo de grado, Programa de Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio de la Universidad Nacional del Centro del Perú.
<https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20500.12894/6643>
- Pérez, A., Bonete, B. y Sitges E. (2018). Eficacia de un programa combinado de mindfulness o atención selectiva en el envejecimiento activo: un estudio piloto. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 56 (1), 51.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.123>
- Pérez, M. y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66-67), 77-120.
- Quintana, D. y Miró, M. (2015). Estimulación basada en mindfulness para personas mayores con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. *Papeles del*

<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2614.pdf>

- Quintana, D. y Quintana, M. (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.
<http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v4i2.57>
- Quintana, D., Miró, M. Fernández, I., Santana, A., García, J. y Rojas, H. (2015) Effects of a neuropsychology program based on mindfulness on Alzheimer's disease: randomized double-blind clinical study. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49 (4), 165-172.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.03.002>
- Quintana, D., Miró, M., Ibáñez, I., Santana, A., Rojas, J., Rodríguez, J., y del Pino, M. (2015). Mindfulness-based stimulation in advanced Alzheimer's disease: A comparative, non-inferiority, clinical pilot study. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50 (4), 168-173.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.010>
- Rawtaer, I, Mahendran, R., Yu, J., Fam, J., Feng, L., y Kua, E.H. (2015). Psychosocial interventions with art, music, T ai Chi and mindfulness for subsyndromal depression and anxiety in older adults: a naturalistic study in S singapore. *Asia Pacific Psychiatry*, 7(3), 240-250.
<https://doi.org/10.1111/appy.12201>
- Sánchez, A., Del Barrio, J., Gonzáles, J., Castro, F., Gonzáles, J., Jiménez, A., Palmero, C. y Barbadillo, A. (2017). Mindfulness y rehabilitación neurocognitiva. *INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 21-34.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852544003.pdf>
- Sánchez, A., del Barrio, J., González-Santos, J., Castro, F., González, J., Padilla, D., Jimenez, A., Palmero, C., Casas, J., de la Fuente, R. y González, A. (2017). Mindfulness y rehabilitacion neurocognitiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 21-34.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852544003.pdf>
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística* (1ra ed.). Universidad Ricardo Palma.
<https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2015). *MBCT: Terapia cognitiva basada en el Mindfulness para la depresión* (Ed. Castellano). Editorial Kairós S.A

- Siang, T. (2015). Mindfulness modulates biomarkers and cognition in elderly with mild cognitive impairment (MCI): a randomized controlled trial (RCT). *Alzheimer's & Dementia*, 13(30), 1477-1477. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.08.008>
- Siang, T., Slowey, P., Beltran, D., Ho, R., Heok, E., y Mahendran, R. (2021). Effect of mindfulness intervention versus health education program on salivary A β -42 levels in community-dwelling older adults with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 619-625. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.038>
- Tárraga, L. (1998). Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de neurología*, 27(1), 51-62.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99
- Wells, R., Yeh, G., Kerr, C., Wolkin, J., Davis, R., Tan, Y., Spaeth, R., Wall, R., Walsh, J., Kaptchuk, T., Pulse, D., Phillips, R. y Kong J. (2013). Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: a pilot study. *Neuroscience Letters*, 556, 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2013.10.001>
- Wetherell, J., Ripperger, H., Voegtle, M., Ances, B., Balota, D., Bower, E., Depp, C., Eyler, L., Foster, E., Head, D., Hershey, T., Hickman, S., Kamantigue, N., Klein, S., Miller, S Yingling, M., Nichols, J., Nicol, G., Patterson, B., Rodebaugh, T., Shimony, J., Snyder, A., Stephens, M., Tate, S., Urich, M., Wing, D., Wu, G., Lenze, E., (2020). Mindfulness, Education, and Exercise for age-related cognitive decline: Study protocol, pilot study results, and description of the baseline sample. *Clinical Trials*, 17(5), 581-594. DOI: 10.1177/1740774520931864
- Wood, G. (2008) *Fundamentos de la Investigación Psicológica*. Editorial Trillas. https://www.academia.edu/27010586/LIBRO_PSICOLOGIA_FUNDAMENTOS_INVESTIGACION
- Wu, Y., Fratiglioni, L., Matthews, F., Lobo, A., Breteler, M., Skoog, I. y Brayne, C. (2016). Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making. *The Lancet Neurology*, 15 (1), 116-124. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00092-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00092-7)
- Yu, J., Rawtaer, I., Feng, L., Fam, J., Kumar, A., Kee-Mun, I., Honer, W., Su, W., Kun, Y., Choo, E., Heok, E., y Mahendran, R. (2021). La intervención de atención plena para el deterioro cognitivo leve condujo a mejoras relacionadas con la atención y cambios neuroplásticos: resultados de un ensayo controlado aleatorio de 9 meses. *Revista de investigación psiquiátrica*, 135, 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.032>

Zanafria, D. y Zambrano, L. (2020). *Mindfulness (atención plena) para disminuir la depresión en adultos mayores* [Trabajo de grado, Programa de Licenciatura como Tecnólogo Médico, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio de la Universidad Central del Ecuador.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22535>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: Programa de Estimulación Basado en la Atención Plena para Prevenir el Deterioro Cognitivo en un Centro De Salud Para Adulto Mayor, Lima, 2022.						
INTRODUCCIÓN				MARCO TEÓRICO		
REALIDAD PROBLEMÁTICA Y VARIABLES	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	JUSTIFICACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	ANTECEDENTES	MARCO TEÓRICO
<p>Realidad problemática:</p> <p>La pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2), que tiene un poder infeccioso lo suficientemente alto y veloz con una tasa de mortalidad.</p> <p>Se añade a esta situación el confinamiento que trae consigo problemas financieros, psicológicos y emocionales</p> <p>En estas circunstancias, los adultos de la etapa media han tenido que enfrentar esta situación</p>	<p>General</p> <p>¿Cómo influye un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.?</p>	<p>Teórica:</p> <p>Compilación de información relevante sobre el tema</p> <p>desarrolla sistemáticamente cada una de las variables</p> <p>se convierte en una fuente confiable de información para futuras investigaciones, considerando las características demográficas de la muestra</p> <p>Práctica:</p> <p>Modelo para diseñar programas de intervención en torno a la</p>	<p>General</p> <p>Determinar la influencia de un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.</p>	<p>General</p> <p>H₁</p> <p>Si se aplica un programa de estimulación basado en la atención plena entonces retrasa y/o mejora el deterioro cognitivo en la adultez media</p> <p>H₀</p> <p>Si no se aplica el programa de estimulación basado en la atención plena entonces no se retrasa ni mejora el deterioro cognitivo en la adultez media</p>	<p>Novoa, A. M., Juárez, O., & Nebot, M. (2008). Demostraron que la intervención cognitiva previene el deterioro cognitivo en la memoria de personas adultas mayores.</p> <p>Allegri, R. F. (2016). Sostiene que el envejecimiento poblacional viene aumentando sostenidamente en los últimos años, siendo esta problemática mayor en los países en vías de desarrollo como sucede en Latinoamérica.</p>	<p>Estrategias de afrontamiento al estrés: definición, importancia, modelos y tipos explicativos de estrategias de afrontamiento.</p> <p>Deterioro Cognitivo Definición, tipos, características, factores de riesgo.</p> <p>Programa de prevención Definición, importancia.</p> <p>Adultez media Definición, características.</p>
	<p>Específicos:</p> <p>¿Cómo influye un Programa de estimulación</p>	<p>diseñar programas de intervención en torno a la</p>	<p>Específicos:</p> <p>Determinar la influencia de un Programa de</p>	<p>Específicas</p> <p>H₂</p> <p>Si se aplica un Programa de</p>		

<p>Son necesarias para para afrontar la crisis y la enfermedad, entre otros.</p> <p>Las estrategias del afrontamiento como estrategia para afrontar el estrés pues se definen como un proceso complejo y multidimensional que se delimita a modo de esfuerzos cognitivos y conductuales que ejecuta un individuo para el manejo/control tanto a demandas externas e internas</p>	<p>basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.?</p>	<p>problemática de estudio</p> <p>Social: Aplicación del programa a un grupo de la población que será beneficiado.</p> <p>Metodológica: Base para futuras investigaciones las cuales se pueden replicar en contextos similares con poblaciones mucho más amplias.</p> <p>Incrementa suficiente información y datos relevantes que renuevan el punto de vista de los adultos con deterioro cognitivo</p>	<p>estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.</p>	<p>estimulación basado en la atención plena entonces se retrasa y/o mejora el deterioro de la orientación en persona en la adultez media</p> <p>Ho Si no se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces no se previene el deterioro de la orientación en persona en la adultez media</p>		
<p>En el caso específico de los adultos en la etapa media, son los sujetos responsables de asumir la carga económica, emocional y social de la familia, lo que</p>	<p>¿Cómo influye un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.?</p>		<p>Determinar la influencia Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.</p>	<p>H₃ Si se aplica un de estimulación basado en la atención plena entonces se retrasa y/o mejora el deterioro de la orientación en tiempo en la adultez media</p>		

<p>incrementa el estado de estrés y por lo tanto, agudiza la posibilidad de desarrollar deterioro cognitivo.</p>				<p>H₀ Si no se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces no se retrasa ni mejora el deterioro de la orientación en tiempo en la adultez media</p>		
<p>VI Programa de afrontamiento al estrés</p> <p>VD Deterioro cognitivo</p> <p>VC Adultez media</p>	<p>¿Cómo influye un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.?</p>		<p>Determinar la influencia de un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.</p>	<p>H₄ Si se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces se retrasa y/o mejora el deterioro de la orientación en espacio en la adultez media</p> <p>H₀ Si no se aplica un de estimulación basado en la atención plena entonces no se retrasa ni mejora el deterioro de la orientación en</p>		

				espacio en la adulthood media		
	¿Cómo influye un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.?		Determinar la influencia de un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.	H ₅ Si se aplica un de estimulación basado en la atención plena entonces se retrasa y/o mejora el deterioro del registro de información en la adulthood media H ₀ Si no se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces no se retrasa ni mejora el deterioro del registro de información en la adulthood media		
	¿Cómo influye un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.?		Determinar la influencia de un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo	H ₆ Si se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces se retrasa y/o mejora el deterioro de la		

			en adultos mayores de Lima.	atención y cálculo en la adultez media H ₀ Si no se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces no se retrasa ni mejora el deterioro de la atención y cálculo en la adultez media		
	¿Cómo influye un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima.?		Determinar la influencia de un Programa de estimulación basado en la atención plena para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores de Lima..	H ₁ Si se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces se retrasa y/o mejora el deterioro de la evocación, lenguaje y nominación en la adultez media. H ₀ Si no se aplica un Programa de estimulación basado en la atención plena entonces no se retrasa ni mejora el		

				deterioro de la evocación, lenguaje y nominación en la adultez media.		
--	--	--	--	---	--	--

Anexo 2: Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA
Deterioro cognitivo	Organización Panamericana de la Salud (2018) El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.	El deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico que ocurre con el transcurrir de los años en sus diferentes ámbitos como consecuencia del estrés que se produce en la etapa de la madurez media.	Orientación en persona	Nombre completo, edad,		MINIMENTAL	Normal (sin deterioro) Daño cognitivo leve Daño cognitivo moderado Daño cognitivo severo
			Orientación en tiempo	Día, semana, mes, estación del año y año.	1,2,3,4,5		
			Orientación en espacio	Lugar, ciudad, provincia, país.	6,7,8,9,10		
			Registro	Objetos	11,12,13		
			Atención y cálculo	Deletreo	14,15		
			Evocación	Memoria	16,17,18		
			Lenguaje y nominación	Identificación, repetición de texto, realización de actividades mencionadas	19,20,21,22 23,24,25,26, 27,28,29,30		

Anexo 3: Propuesta del programa de prevención

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA: “ATENCIÓN PLENA EN PRO DE FUNCIONES EJECUTIVAS”

DENOMINACIÓN

“Atención plena en pro de funciones ejecutivas”.

DATOS INFORMATIVOS

Ciudad: Lima

Significancia: Adultos mayores en adultez tardía con deterioro cognitivo leve.

Estructura: 20 sesiones

Tiempo de aplicación: Diurno

Duración del Programa: 5 meses

Fundamento teórico: *Estimulación para el Alzheimer basada en Mindfulness*

(MBAS)

I. MARCO REFERENCIAL

La demencia afecta actualmente a casi cincuenta millones de personas en todo el mundo y que cada año se detectan 7.7 millones de nuevos casos. Según informe emitido por la OMS (2016), en la Unión Europea se estima que 6.4 millones de personas padecen demencia. El mismo informe alude a que la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependiente de las personas mayores en el mundo con un altísimo nivel de impacto social, psicológico y económico tanto para las personas que lo padecen como para cuidadores y familiares.

En este contexto se requieren estrategias tocantes a explorar y potenciar aquellas terapias que puedan contribuir a mejorar la prevención de estas patologías, además de la calidad de

vida de cuidadores y familiares. Según algunas investigaciones, el uso de terapias no farmacológicas puede ser de beneficio tanto para los pacientes (Montes, 2013) como para las intervenciones que se puedan desarrollar con familiares y cuidadores (Da Silva, 2015). Dos aspectos que refuerzan este tipo de tratamientos son la tolerancia del paciente, y la relación coste-eficacia de las mismas (Iglesias et al 2016).

En el abordaje de las enfermedades de deterioro cognitivo con la tercera edad, la implementación del Mindfulness ha experimentado un alcance más que significativo durante los últimos años, por los efectos que se vienen evidenciando en la reducción de aquellos síntomas relacionados con este tipo de patologías. Esta técnica introduce una serie de herramientas que muestran a corto plazo importantes beneficios tanto en el ámbito de la prevención como de la intervención propiamente dicha.

II. MARCO TELEOLÓGICO

OBJETIVOS

GENERAL

Reducir el avance de deterioro cognitivo en adultos mayores a través de la estimulación cognitiva basada en atención plena.

ESPECÍFICOS

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la *orientación*.

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la *atención*.

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la *memoria*.

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro del *lenguaje*.

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la *praxia*.

III. MARCO SUSTANTIVO

Bases del deterioro cognitivo

Deterioro cognitivo:

El deterioro cognitivo es un síntoma no motor común en la enfermedad de Parkinson (Litvan et al., 2011). Los síntomas cognitivos pueden variar en términos de su dominio y gravedad. Los síntomas cognitivos incluyen dificultades con el funcionamiento ejecutivo, la atención, la memoria de trabajo y el funcionamiento visuoespacial.

Es un síntoma no motor común en la enfermedad de Parkinson (Litvan et al., 2011). Los síntomas cognitivos pueden variar en términos de su dominio y gravedad. Los síntomas cognitivos incluyen dificultades con el funcionamiento ejecutivo, la atención, la memoria de trabajo y el funcionamiento visuoespacial. Enfermedad de Parkinson Deterioro cognitivo leve y demencia por enfermedad de Parkinson son clasificaciones comunes de la gravedad del deterioro cognitivo. El Parkinson es una forma grave de deterioro cognitivo. Los criterios para esta enfermedad incluyen la presencia de deterioro cognitivo en al menos dos dominios (p. ej., atención, función ejecutiva, visuoespacial, memoria o lenguaje) y dificultades en las actividades de la vida diaria atribuidas a dificultades cognitivas (Murat et al., 2007).

Áreas cognitivas

a. Orientación espacial y temporal

La orientación es la capacidad que nos permite ser conscientes de nosotros mismos y del contexto en el que nos encontramos en un momento determinado.

Orientación personal: capacidad de integrar información relativa a la historia e identidad personal.

Orientación temporal: capacidad de manejar información relativa al día, hora, mes, año, momento de realizar conductas, festividades, estaciones, etc.

Orientación espacial: capacidad de manejar información relativa a de dónde viene, dónde se encuentra en un momento específico, a dónde va, etc.

b. Atención

Es el proceso por el cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas entre las posibles. Hace referencia al estado de observación y de alerta que nos permite tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro entorno (Ballesteros, 2000).

En otras palabras, la atención es la capacidad de generar, dirigir y mantener un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información. Dentro de esta función debemos hablar de 5 procesos diferentes:

Atención sostenida: capacidad de mantener de manera fluida el foco de atención en una tarea o evento durante un periodo de tiempo prolongado.

Atención selectiva: capacidad para dirigir la atención y centrarse en algo sin permitir que otros estímulos, bien externos o internos, interrumpen la tarea.

Atención alternante: capacidad de cambiar nuestro foco de atención de una tarea a otra de manera fluida.

Velocidad de procesamiento: ritmo al que el cerebro realiza una tarea (evidentemente, varía según la tarea, dependiendo del resto de funciones cognitivas implicadas en la misma).

Heminegligencia: gran dificultad o incapacidad para dirigir la atención hacia uno de los lados (normalmente, el izquierdo), tanto en relación al propio cuerpo como al espacio.

c. Memoria

es la capacidad de codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva información aprendida o un suceso vivido. Dentro de memoria distinguimos entre:

Memoria episódica: hace referencia a información sobre hechos y experiencias vividas, todos ubicados en el espacio y en el tiempo.

Memoria semántica: hace referencia a conocimientos de carácter general.

Memoria procedimental: hace referencia a acciones o secuencia de actos aprendidos, la mayoría de los cuales hacemos de manera automática sin necesidad de pensar en cada gesto o movimiento que hacemos (suele resultar difícil verbalizarlos).

d. Lenguaje

Es una función superior que desarrolla los procesos de simbolización relativos a la codificación y decodificación.

La producción del lenguaje consiste en la materialización de signos (sonoros o escritos) que simbolizan objetos, ideas, etc., de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística (Lecours y cols., 1979).

Dentro del lenguaje hay diversos procesos que pueden verse afectados:

Expresión: capacidad de formular ideas con sentido y de manera gramaticalmente correcta.

Comprensión: capacidad de entender el significado de palabras e ideas.

Vocabulario: conocimiento del léxico.

Denominación: capacidad de nombrar objetos, personas o hechos.

Fluidez: capacidad para producir de manera rápida y eficaz contenidos lingüísticos.

Discriminación: capacidad de reconocer, diferenciar e interpretar contenidos relacionados con el lenguaje.

Repetición: capacidad para producir los mismos sonidos que se escuchan.

Escritura: capacidad para transformar ideas en símbolos, caracteres e imágenes.

Lectura: capacidad para interpretar símbolos, caracteres e imágenes y transformarlos en habla.

e. Praxia

Denominamos praxias a las habilidades motoras adquiridas. En otras palabras, son los movimientos organizados que realizamos para llevar a cabo un plan o alcanzar un objetivo.

Dentro de las praxias diferenciamos entre.

Praxias ideomotoras: capacidad de realizar un movimiento o gesto simple de manera intencionada.

Praxias ideatorias: capacidad para manipular objetos mediante una secuencia de gestos, lo que implica el conocimiento de la función del objeto, el conocimiento de la acción y el conocimiento del orden serial de los actos que llevan a esa acción.

Praxias faciales: capacidad de realizar de manera voluntaria movimientos o gestos

con diversas partes de la cara: labios, lengua, ojos, cejas, carrillos, etc.

Praxias visoconstructivas: capacidad de planificar y realizar los movimientos necesarios para organizar una serie de elementos en el espacio para formar un dibujo o figura final.

Bases del mindfulness

a) Definición

del mindfulness, para Kabat-Zinn éste reside en proveer atención de una determinada manera: intencionadamente en el tiempo presente y sin juzgamientos (Kabat-Zinn, 1994; Segal et al., 2015) y que pertenece a las terapias denominadas de tercera generación. La traducción castellana del Mindfulness más aceptada hace referencia a la de “Atención plena”, y según Vallejo (2006) es la que más se utiliza hace referencia al desarrollo de la habilidad, con rasgos universales y básicos para ser consciente de los contenidos mentales, momento a momento. Y su ejercicio contiene factores cognitivos como la meditación trabajados conjuntamente con relajación y/o actividades focalizadas en sensaciones corporales.

b) Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)

La reducción del estrés basada en la atención plena es un programa grupal desarrollado por Jon Kabat-Zinn en la década de 1970 para tratar a pacientes que luchan con dificultades de la vida y enfermedades físicas y/o mentales (Kabat-Zinn, 2013). Según el Center for Mindfulness de la Universidad de Massachusetts, más de 24.000 personas han aprovechado el programa MBSR que el centro inauguró en 1979 (Center for Mindfulness, 2017).

MBSR es un enfoque flexible y personalizable para la reducción del estrés. Se compone de dos componentes principales: la meditación de atención plena y el yoga. En lugar de seguir un guión o representar pasos meticulosamente descritos, la atención plena se practica de la manera que mejor se adapte a la persona (Center for Mindfulness, 2017).

Si bien MBSR suele ser diferente para cada persona en la práctica, se basa en el mismo conjunto de principios. Hacer de la experiencia un desafío en lugar de una

tarea y, por lo tanto, convertir la observación consciente de la propia vida en una aventura de vivir en lugar de una cosa más que uno "tiene" que hacer para estar saludable;

Un énfasis en la importancia del esfuerzo individual y la motivación y la práctica regular y disciplinada de la meditación en sus diversas formas, ya sea que uno "tenga" ganas de practicar en un día en particular o no.

La importancia de hacer que cada momento cuente al traerlo conscientemente a la conciencia durante la práctica, saliendo así del tiempo del reloj hacia el momento presente;

Un entorno médicamente heterogéneo, en el que personas con una amplia gama de condiciones médicas participan juntas en clases sin segregación por diagnóstico o condiciones y especializaciones de intervención.

Este enfoque tiene la virtud de centrarse en lo que las personas tienen en común en lugar de lo que es especial acerca de su enfermedad en particular (lo que está "bien" en ellos en lugar de lo que está "mal" en ellos), que se deja a la atención de otras dimensiones. del equipo de atención médica y a grupos de apoyo especializados para clases específicas de pacientes, cuando sea apropiado (Center for Mindfulness, 2017).

Como era de esperar, la atención plena está muy presente en las técnicas MBSR. Si bien es fácil pensar en la atención plena como un cierto estado mental, en realidad hay varias formas diferentes de practicar o participar en la atención plena, con diferentes áreas de énfasis.

1. Centrarse en la atención plena

Practicar la atención plena con énfasis en el enfoque implica mirar hacia adentro para observar lo que sucede en tu mente.

Se puede describir como "ojos en el camino" en el sentido de que hay un enfoque singular en una experiencia.

Para mantener su enfoque, puede ser útil usar un estímulo particular (como la respiración) para mantenerse conectado a tierra en el momento (The Mindful Word, 2012).

2. *Atención consciente*

A diferencia del enfoque, practicar la conciencia enfatiza lo externo en lugar de lo interno. La conciencia se enfoca en la mente pero desde una perspectiva externa. Cuando pruebe la atención plena desde un ángulo de conciencia, trate de ver su actividad mental como si perteneciera a otra persona.

En general, la conciencia plena se puede describir como mirar tus pensamientos y sentimientos desde fuera de tu experiencia egocéntrica habitual y observar tu mente como una corriente de conciencia sin juzgar.

Para ver un ejemplo de un ejercicio de concientización simple, use la siguiente guía:

“Empieza por llevar tu mente hacia adentro por un momento enfocándote en la respiración. Tome algunas respiraciones suaves y profundas, desde el vientre. dentro y fuera Relax. Déjalo ir. Continúe respirando todo el tiempo que desee.

Ahora lleva tu mente hacia el exterior. Vea sus pensamientos, sentimientos, estados de ánimo y sensaciones como objetos flotando río abajo, apareciendo y desapareciendo de la vista. Simplemente mire sin juzgar ni analizar. Solo míralos pasar.

Ahora toma un objeto del flujo y concéntrate en él. Deja que las demás sensaciones y pensamientos pasen a un segundo plano. Tenga en cuenta cualquier nuevo pensamiento o sentimiento que surja al observar este objeto. Siéntate con estos pensamientos y sentimientos por un momento.

Cuando estés listo para dejar este objeto atrás, simplemente deposítalo en una hoja y déjalo flotar río abajo” (La Palabra Consciente, 2012).

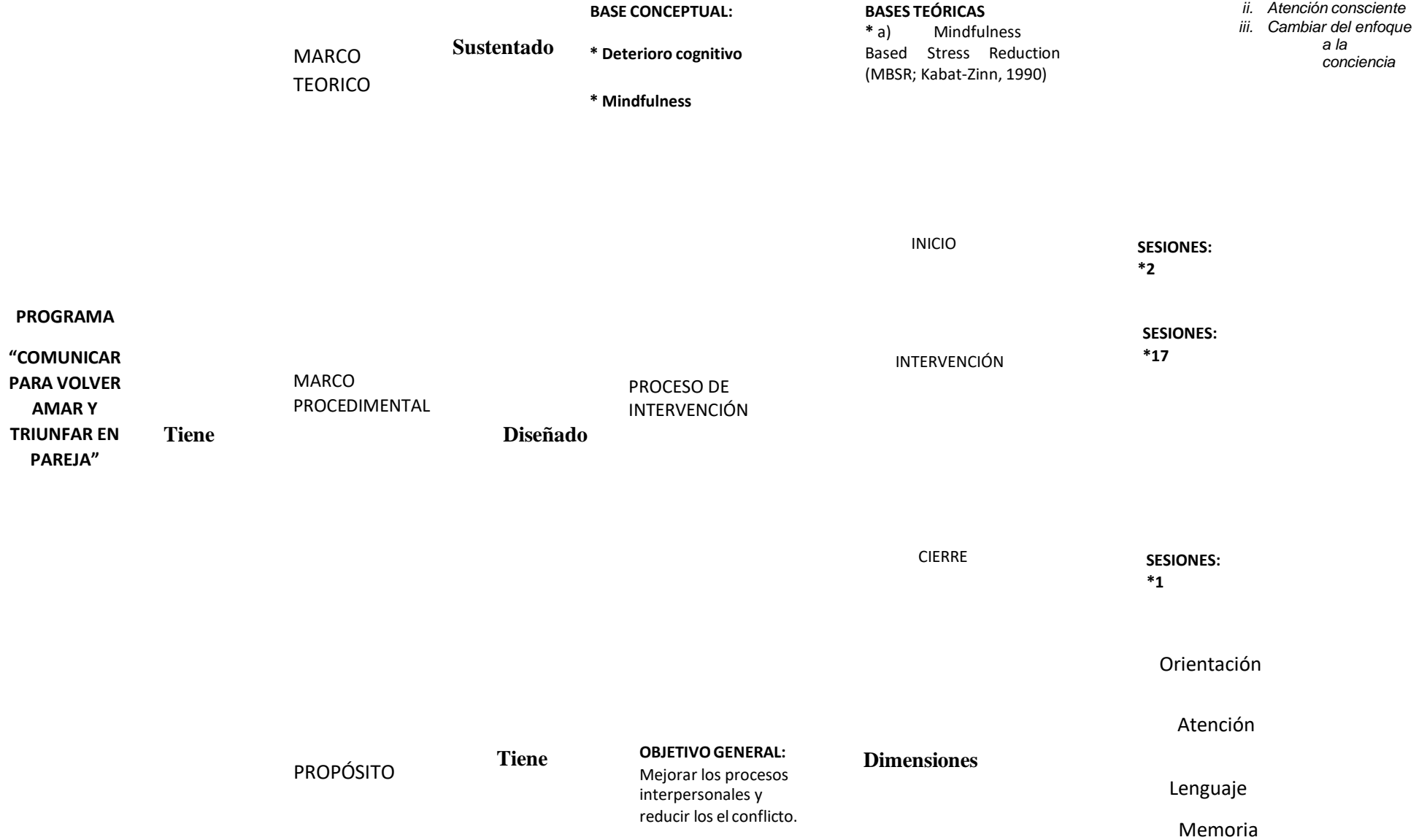
3. *Cambiar del enfoque a la conciencia*

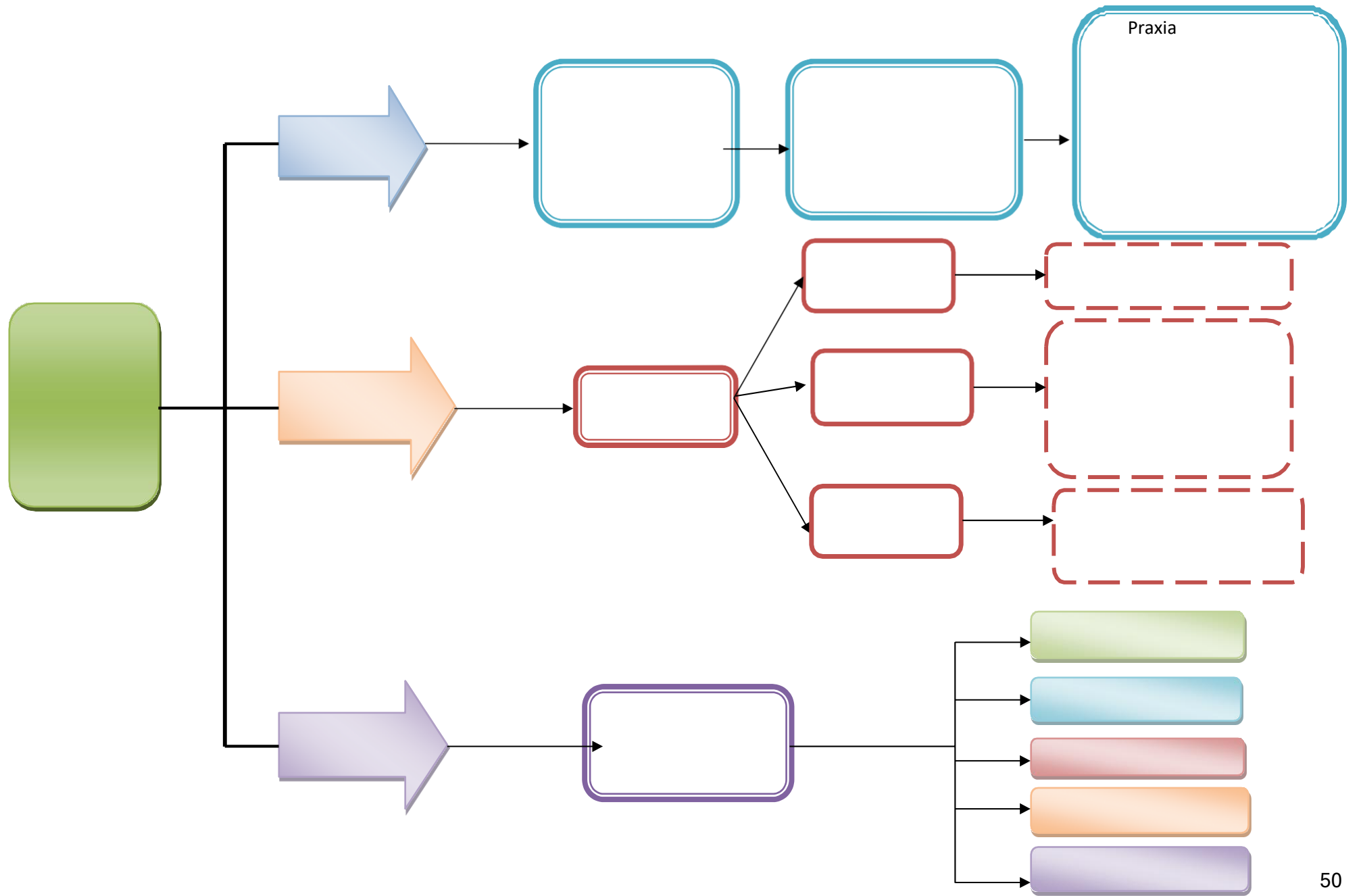
Para pasar de la atención plena centrada a la atención plena consciente, pruebe estos consejos:

Mira la corriente de la conciencia, desapasionadamente

Tomar algo de la corriente y enfóquelo deliberadamente (por ejemplo, una imagen de un sueño, un recuerdo, un sentimiento doloroso).

IV. MARCO ESTRUCTURAL





VI MARCO PROCEDIMENTAL

5.1. Herramientas o ejercicios

The Mindful Word describe varios ejercicios populares de atención plena, que incluyen:

- *La respiración*
- *Escaneo corporal*
- *Meditación de objetos*
- *Alimentación consciente*
- *Meditación caminando*
- *Estiramiento consciente*
- *Simplemente mirando*
- *Preocupación o urgencia por “navegar”*

Fases del programa.	Nro. sesión	Área abordada	Cronograma propuesto																				
			Sna	Sna	Sna	Sna	Sna	Sna	Sna	Sna	Sna	Sna	Sna	Sna1	Sna1	Sna1	Sna1	Sna1	Sna1	Sna1	Sna1	Sna1	Sna2
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
Inicio	1	Apertura y	■																				
	2	Evaluación y Dx		■	■																		
Intervención	3 - 5	Orientación				■	■	■															
	6 - 8	Atención							■	■	■												
	10 - 12	Memoria										■	■	■									
	13 - 15	Lenguaje													■	■	■						
	16 - 18	Praxia																■	■	■			
Cierre	19 - 20	Evaluación final Plan de seguimiento																			■	■	

V. MARCO ADMINISTRATIVO

5.1 Humanos:

- ✓ Psicólogo con formación Mindfulness

5.2 Servicios:

- 5.2.1 Fotocopias
- 5.2.2 Internet
- 5.2.3 Impresiones
- 5.2.4 Luz

5.3 Materiales:

- 5.3.1 Reproductor de audio y video
- 5.3.2 Test o pruebas
- 5.3.3 Historia clínica
- 5.3.4 Protocolos de intervención
- 5.3.5 Lápiz
- 5.3.6 Lapiceros
- 5.3.7 Plumones
- 5.3.8 Hojas bond

VI. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Pre y pos-test

- Mini-Mental Cognitivo MEC

Cambios en el proceso terapéutico

- Protocolo de registro de la sesión de intervención

VII. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

SESIÓN Nº 01

“FASE DE INICIO O SOCIALIZACIÓN”

DATOS INFORMATIVOS:

Tiempo de ejecución: 30 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Demanda de ayuda

Contextualización del problema

OBJETIVO:

Realizar la socialización terapéutica y establecer el contrato terapéutico con el familiar del paciente.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
Socialización del problema.	<ul style="list-style-type: none">✓ Llamada telefónica o contacto inicial terapeuta-usuario✓ Determinar el contexto de intervención✓ Realizar el encuadre o determinar el marco terapéutico.✓ Realizar el análisis de la demanda.✓ Establecer los límites de la relación terapéutica.	<p>Cuaderno de apuntes</p> <p>Formato de contrato de intervención</p>	30´

CONTRATO DE INTERVENCION

Yo, _____ de 20 _____
_____, familiar de
_____, con parentesco
_____, acepto voluntariamente la participación de mí
_____, en el programa de intervención:

comprometiéndome a seguir las indicaciones y normas expuestas a continuación:

1. Presentar atención y acompañar a mi familiar en llevar a cabo las tareas o indicaciones establecidas por los terapeutas.
2. Me comprometo a llevar de manera puntual a mi familiar a sus sesiones de intervención; y, si por algún motivo no podré asistir a la sesión, avisaré previamente al profesional asignado.
3. Autorizo que todas las sesiones terapéuticas sean grabadas a fin de preparar las sesiones de trabajo en mi propio beneficio.
4. Tengo derecho a solicitar información sobre mi proceso terapéutico.
5. En caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso, acepto que perderé el derecho de mi horario y tendré que solicitar una nueva cita.
6. Se me explicó que todo proceso terapéutico es particular en cada caso y, por lo tanto, la duración del mismo será variable.
7. El presente contrato estará vigente hasta que el terapeuta me dé el alta o de manera personal yo decida terminar el proceso terapéutico.

Firman de común acuerdo:

Nombre y firma del terapeuta

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma de familiar

SESIÓN N° 02

“EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO”

I. **DATOS INFORMATIVOS:**

- 1.1 **Tiempo de ejecución:** 45 minutos.
- 1.2 **Encargado:** Psicólogo con formación en Mindfulness
- 1.3 **Indicaciones:**

II. **CONTENIDOS BÁSICOS:**

- Historia clínica
- Dx y nivel de deterioro
- Áreas cognitivas alteradas

III. **OBJETIVO:**

Establecer el diagnóstico de deterioro cognitivo según nivel de deterioro y según función cognitiva alterada.

IV. **DESARROLLO:**

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none">• Entrevista estructurada.• Evaluación neuropsicológica	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de las funciones cognitivas.• Historia clínica de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista de detección de demencia leve a moderada AD8• Mini-mental test (MMSE)• Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer	De 90´

ENTREVISTA DE DETECCIÓN DE DEMENCIA LEVE A MODERADA AD8

Una prueba de detección no es suficiente para diagnosticar un trastorno de demencia. Sin embargo, la entrevista AD8 es bastante sensible para detectar los primeros cambios cognitivos asociados con la demencia por enfermedad de Alzheimer.

DIRECTIVAS PARA LA ADMINISTRACIÓN Y PUNTUACIÓN

QUIÉNES DEBEN REALIZAR LA PRUEBA:

Es preferible realizar la entrevista AD8 a un informante (como un cuidador), siempre que haya uno disponible. Si no hay un informante disponible, se puede realizar la entrevista AD8 al paciente. Se pueden entregar las preguntas al entrevistado en un sujetapapeles (para que responda él mismo) o leérselas en voz alta, en persona o por teléfono.

INSTRUCCIONES DE LA PRUEBA:

- ✓ Cuando realice la entrevista a un informante, pídale específicamente que califique los cambios en el paciente.
- ✓ Cuando realice la entrevista al paciente, pídale específicamente que califique los cambios
- ✓ en sus capacidades para cada ítem, sin atribuir causas.
- ✓ Si le lee la entrevista al paciente en voz alta, es importante que lea cada frase textualmente y ponga énfasis, tomando nota de los cambios que se deben a problemas cognitivos (no a problemas físicos). Debe haber una pausa de 1 segundo entre los diferentes ítems.
- ✓ No se requiere un marco de tiempo para el cambio.

PUNTUACIÓN DE LA PRUEBA:

El puntaje final es la suma de la cantidad de ítems marcados con “Sí, se produjeron cambios”. Los puntajes dentro del rango de deterioro (ver más abajo) indican la necesidad de realizar otras evaluaciones. Los puntajes dentro del rango de lo “normal” sugieren que el trastorno de demencia es improbable, pero que no se puede descartar un proceso de la enfermedad en su etapa muy temprana. Es posible que se justifique realizar evaluaciones más avanzadas en casos en los que existen otras evidencias de deterioro objetivas. Según hallazgos provenientes de investigaciones clínicas, de 995 personas incluidas en las muestras de desarrollo y validación, se pueden realizar las siguientes valoraciones:

0-1: cognición normal / 2 o superior: es posible que exista deterioro cognitivo

Entrevista de detección de demencia leve a moderada

(AD8)

ENTREVISTA DE DETECCIÓN DE DEMENCIA LEVE A MODERADA AD8

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____

CS ID #: _____

FECHA: _____

Recuerde, "Sí, se produjeron cambios" indica que se han producido cambios en los últimos años causados por problemas cognitivos (pensamiento y memoria).	Sí, se produjeron cambios	No, no se produjeron cambios	No disponible, no sabe
1. Problemas del juicio (como problemas para tomar decisiones, malas decisiones financieras, problemas con el pensamiento)			
2. Menos interés en pasatiempos/actividades			
3. Repite lo mismo una y otra vez (preguntas, relatos o frases)			
4. Problemas para aprender a utilizar una herramienta, un dispositivo o un aparato (por ejemplo, una videograbadora, una computadora, el microondas, un control remoto)			
5. No recuerda cuáles son el mes y el año correctos			
6. Dificultades para ocuparse de asuntos financieros complicados (por ejemplo, administrar la chequera, liquidar los impuestos sobre la renta, pagar facturas, etc.)			
7. Problemas para recordar citas			
8. Problemas con el pensamiento y/o la memoria a diario			
PUNTAJE TOTAL DE LA ENTREVISTA AD8			

©2006 Washington University. The Washington University no está afiliada a ninguna empresa que publique o utilice este documento y no evalúa ningún producto que haga uso de este documento.

Reproducción con autorización. La entrevista AD8 es un instrumento con derechos de autor del Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri. Todos los derechos reservados.

Adaptado de Galvin JE, Roe CM, Powlishta KK, et al. The AD8: a brief informant interview to detect dementia. *Neurology*. 2005;65(4):559-564.

Recuerde que las herramientas de detección como esta no se deben utilizar en forma independiente para el diagnóstico de demencia leve a moderada por enfermedad de Alzheimer

Examen de Estado Mini-Mental (MMSE)

ANEXO 1: MMSE MODIFICADO

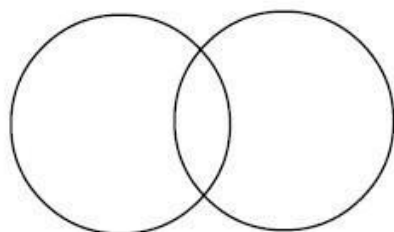
MMSE m

Fecha: __/__/__

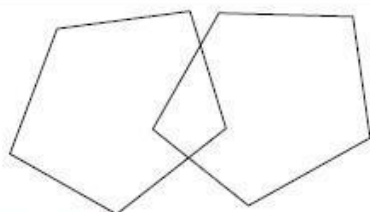
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver como está su memoria y concentración».

Item	si	no	n/s	respuesta
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta (calle, número)				
7 En que país estamos				
8 En que ciudad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				
<p>1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS ()</p> <p>Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento). NUMERO DE REPETICIONES ()</p>				
<p>¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuento 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).</p>				
Item	si	no	n/s	respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
<p>«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).</p>				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
Item	si	no	n/s	respuesta
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mí: «tres perros en un trigal». (permítame un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
Item	si	no	n/s	respuesta
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto 0
Correcto 1



Incorrecto 0
Correcto 1

PUNTAJE TOTAL MMSE / _ / _ /

Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer

Anexo 2. Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer

PFEFFER M (del informante)	Fecha: __/__/__				
0 normal	0 nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora				
1 difícilmente, pero lo hace	1 nunca lo ha hecho, y tendría dificultad para hacerlo				
2 requiere ayuda	3 dependiente				
Item	0	1	2	3	
1. ¿Maneja él/ella su propio dinero?					
2. ¿Es él/ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa, y comestibles?					
3. ¿Es él/ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?					
4. ¿Es él/ella capaz de preparar una comida?					
5. ¿Es él/ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales, también de la comunidad o del vecindario?					
6. ¿Es él/ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o TV, diario o revista?					
7. ¿Es él/ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?					
8. ¿Es él/ella capaz de manejar sus propios medicamentos?					
9. ¿Es él/ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?					
10. ¿Es él/ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?					
11. ¿Puede él/ella ser dejado en casa en forma segura?					
Puntaje Total Pfeffer Activities Questionnaire / / /					
<i>(Pfeffer et al. 1982, modificado)</i>					

SESIÓN N° 03

VI. DATOS INFORMATIVOS:

1.4 **Tiempo de ejecución:** de 45 minutos.

1.5 **Encargado:** Psicólogo con formación en Mindfulness

1.6 **Indicaciones:**

VII. CONTENIDOS BÁSICOS:

- Ejercicio mindfulness: Mecanismos de acción de mindfulness. Introducción a la práctica
- **Función cognitiva:** Orientación.

VIII. OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la orientación.

IX. DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none">• Mecanismos de acción de mindfulness. Introducción a la práctica.	<ul style="list-style-type: none">• Inducción en el entrenamiento• Entrenamiento en ejercicios Mindfulness “MEDITACIÓN de 3 MINUTOS”, con repeticiones secuenciales• Tarea para casa: Se practica este último ejercicio durante la semana mínimo 2 veces al día.	<ul style="list-style-type: none">• Protocolo de seguimiento de sesión.• Guía de ejercicios de Mindfulness• Ficha de trabajo	45´ cada sesión

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: _ / _ / H.C.: _

Nro. de sesión: _____

OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO:

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación	x	
Atención		
Memoria		
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA 4.4.1.: LAS TRES INSTRUCCIONES FUNDAMENTALES DE LA PRÁCTICA

1. *Detenerse y recogerse en uno mismo.*
2. *Observar la experiencia (interna/externa).*
3. *Regresar al momento presente usando los anclajes principales: Respiración, Sensaciones Corporales.*

PARAR-OBSERVAR-VOLVER AL PRESENTE

FICHA 4.4.2.: REGLAS GENERALES DE PRÁCTICA DE MINDFULNESS:

1. *OBSÉRVALO*
2. *HAZTE CONSCIENTE DE ELLO*
3. *PERMITE QUE OCURRA*
4. *APLÍCALE LA COMPASIÓN*
5. *SUÉLTALO, DÉJALO PASAR*
6. *VUELVE AL PRESENTE*

FICHA 4.4.3.: MEDITACIÓN de 3 MINUTOS PARA MOMENTOS DE ESTRÉS

- *Se hace siempre que haya momentos desagradables de estrés o tensión.*
- *MINUTO 1: Me aísto y centro la atención en la respiración, focalizando en la espiración, **AQUÍ, AHORA.***
- *MINUTO 2: **Observo** mis pensamientos, emociones y sensaciones.*
- *MINUTO 3... O los que necesites: Permite que tu atención se expanda por todo el cuerpo, especialmente allí donde sientas malestar, tensión o resistencia. Entonces lleva tu conciencia allí y **envía allí tu respiración.** Respira sobre esas sensaciones de tensión ablandándolas y abriéndolas con cada espiración. Durante la espiración te dirás a mí mismo: "sentirme de esta forma está bien, sea lo que sea". Permítete sentirlo.*

SESIÓN Nº 04 - 05

DATOS INFORMATIVOS: 1.10Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Ejercicio mindfulness: El estado de presencia.

Ejercicio mindfulness: Meditación del ahora.

Anclaje 1º: práctica de la respiración focalizando en la espiración

Función cognitiva: Orientación.

OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de laorientación.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
El estado de presencia. Meditación delahora	Registros de las tareas asignadas Entrenamiento en ejercicio Mindfulness “ESTADO DE PRESENCIA”. Entrenamiento en práctica de la respiración focalizando en la espiración. Tarea para casa: Practicar la meditación del ahora y la practica de la focalización en la espiración.	Protocolo de seguimientode sesión. Guía de ejercicios deMindfulness Ficha de trabajo	45´ cada sesión

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: _ / _ / H.C.: _

Nro. de sesión: _____

OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO: _____

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación	x	
Atención		
Memoria		
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA 4.5.1.: EL ESTADO DE PRESENCIA

- *En la práctica de mindfulness el Presente tiene un sentido diferente al usado habitualmente.*
- *Es importante **no confundir el Presente con lo que sucede en el presente**: lo que sucede en el presente es una forma y es temporal. El Presente en Mindfulness es el “espacio contenedor” en el cual las formas mentales surgen y se mueven en este mismo instante.(28)*
- *Para estar en el Presente es necesario **separarse de la voz que habla en nuestra mente**. En el instante en el que cesamos de perdernos o identificarnos con un pensamiento, surge ese estado en nosotros.*
- *Estar atento es estar presente, estar en el Ahora: Entrar en el flujo del Ahora a través de lo que percibimos. Esta calidad de atención es mindfulness.*
- *Al principio ese estado de atención puede **confundirse con la concentración**, que todavía es un estado mental muy dirigido y tiene una finalidad, un objetivo. Eso ya hace que esté proyectado hacia el futuro y no en el Presente, generando cierto grado de tensión.*
- *La atención de la que hablamos no es concentración: es **relajada, periférica, abarca toda la percepción, no tiene objetivos, habita el momento**. Es un estado vigilante de curiosidad, sin razón alguna, similar a la de un niño pequeño que escucha algo por primera vez.*
- *Cuando se percibe ese Presente que describimos, se produce el “Estado de Presencia”.*

SESIÓN Nº 06

DATOS INFORMATIVOS: 1.13Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Ejercicio mindfulness: Aceptación vs. Lucha y evitación

Ejercicio mindfulness: La conciencia de las sensaciones corporales

Ejercicio mindfulness: Meditaciones en movimiento para situaciones agudas

Función cognitiva: Atención.

OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la atención.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
Aceptación vs. Lucha y evitación. la respiración y el cuerpo Meditaciones en movimiento para situaciones agudas	Registros de las tareas asignadas Entrenamiento en ejercicio Mindfulness "ESTADO DE PRESENCIA". Entrenamiento en práctica de la respiración focalizando en la espiración. Tarea para casa: Practicar a diario la meditación formal caminando, al menos dos veces a la semana.	Protocolo de seguimiento de sesión. Guía de ejercicios de Mindfulness Ficha de trabajo	45' cada sesión

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: _ / _ / _

Nro. de sesión: _____

~~OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO:~~

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación		
Atención	x	
Memoria		
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA: PASEO MEDITATIVO INFORMAL

El paseo meditativo consiste en empezar a caminar por la calle, y mejor aún si es posible, en un entorno natural como la playa o la montaña. Es una práctica ideal para combatir estados agudos de ansiedad. Se aconseja una duración de entre 20 y 30 minutos, como mínimo.

Antes de empezar a caminar se sugiere dedicar un par de minutos a hacerse consciente de la respiración y a continuación se empieza a caminar por el entorno elegido al ritmo que se necesite, pero focalizando la atención en las extremidades inferiores y las sensaciones corporales del movimiento. Cada vez que uno sienta que los pensamientos, preocupaciones o síntomas de la ansiedad nos arrollan (los podemos llamar interferencias), se vuelve de nuevo, suavemente y sin juzgar, al ancla de esas sensaciones corporales que ocurren en el presente.

Cuando pasen unos diez minutos iremos ampliando el foco de la atención al entorno, observando muy atentamente el paisaje que nos rodea. Podemos empezar por los elementos que hay en el suelo e ir subiendo paulatinamente como haciendo un escáner detallado de cuanto nos envuelve. Podemos detenernos si algún elemento nos llama la atención especialmente y dedicar un tiempo a la observación detallada del mismo. Seguirá habiendo interferencias y el anclaje consiste en volver de nuevo a sentir los movimientos de nuestro caminar y de ahí devolver la atención a lo que estábamos observando en ese momento. No importa si el paisaje es más o menos hermoso. No se trata de emitir juicios de valor sobre lo observado sino de percibir lo que hay con una actitud de plena conciencia, curiosidad, aceptación y amabilidad.

SESIÓN Nº 07 - 08

DATOS INFORMATIVOS: 1.16 Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Ejercicio mindfulness: Práctica de barrido corporal adaptada

Ejercicio mindfulness: Exposición mindful interoceptiva

Función cognitiva: Atención.

OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la atención.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
Práctica de barrido corporal adaptada. Exposición mindful interoceptiva.	Registros de las tareas asignadas Entrenamiento en ejercicio Mindfulness "Práctica de barrido corporal adaptada". Entrenamiento en práctica de la Exposición mindful interoceptiva. Tarea para casa: Realizar la práctica del barrido corporal por zonas corporales, cada día. Recorriendo todo el cuerpo a lo largo de la semana.	Protocolo de seguimiento de sesión. Guía de ejercicios de Mindfulness Ficha de trabajo	45' cada sesión

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: _ / _ / H.C.: _

Nro. de sesión: _____

OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO: _____

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación		
Atención	x	
Memoria		
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA 4.7.2.: PRÁCTICA DE MINDFULNESS FOCALIZANDO EN LAS SENSACIONES CORPORALES DE ANSIEDAD

1. *Centrarse en la respiración durante dos o tres minutos.*
2. *Poner la atención en aquella parte del cuerpo que está manifestando síntomas de ansiedad. Si hay varias zonas, se comienza por aquella que posea menos intensidad.*
3. *Tomamos como objeto de observación esos síntomas, notando como se despliegan y expresan, con actitud **mindful**, es decir con mente de principiante, investigando lo que ocurre, sin intentar escapar a ninguna otra parte ni a ningún otro tiempo, con aceptación. Son fenómenos que pasan de largo ante el observador. Percibimos como van cambiando esos síntomas, sus matices, oscilaciones, etc., sin pretender otra cosa que percibir con todo detalle nuestro paisaje interior, igual que cuando hacemos el paseo meditativo.*
4. *Notamos como enseguida **aparecen** “interferencias” en ese presente: pensamientos, juicios, imágenes, ganas de evitar. Las observamos tomando conciencia de ellas y suavemente retornamos a la respiración uno o dos ciclos completos y de ahí a los síntomas físicos que estábamos observando. Así cuantas veces sea necesario.*
5. *Cuando los síntomas corporales vayan acallándose (lo cual ocurre sin duda con esta práctica como pasa con las técnicas de exposición) pasamos a la siguiente zona o terminamos con unos minutos de práctica centrada en la respiración focalizando en la espiración.*

SESIÓN Nº 09 - 11

DATOS INFORMATIVOS: 1.19 Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Ejercicio mindfulness: Práctica de barrido corporal adaptada

Ejercicio mindfulness: Exposición mindful interoceptiva

Función cognitiva: Memoria.

OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la memoria.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
Defusión cognitiva. Desliteralización.	Registros de las tareas asignadas Entrenamiento en ejercicio Mindfulness “• Defusión cognitiva”. Tarea para casa: Se graba esta práctica durante la sesión y se entrega al paciente para que la realice en casa todos los días como practica formal.	Protocolo de seguimiento de sesión. Guía de ejercicios de Mindfulness Ficha de trabajo	45´ cada sesión

PROCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: _ / _ / H.C.: _

Nro. de sesión: _____

OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO: _____

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación		
Atención		
Memoria	x	
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA 4.8.1.: DEFUSIÓN COGNITIVA: RECORDAR SIEMPRE QUE...

1. *Aquello que temes, te preocupa o te ansía son contenidos internos pasajeros.*
2. *Los pensamientos, emociones, recuerdos, imágenes, sensaciones son sólo fenómenos, objetos, eventos mentales.*
3. *Si no haces nada por alimentar todos esos objetos mentales, verás como simplemente “pasan” de largo.*
4. *“Alimentar” esos objetos, significa cualquier acción de resistencia que ejerzamos sobre ellos: evitarlos, intentar disolverlos, aferrarse a ellos, negarlos, intentar controlarlos, etc.*
5. *Esos objetos mentales “no son Yo”. O dicho de otra forma: “Yo no soy mis pensamientos, emociones, sensaciones... siempre cambiantes” “Yo no soy los fenómenos que pasan por mi conciencia”. Yo “sigo ahí” mientras los contenidos transitan y pasan.*

FICHA: DESLITERALIZACIÓN

El psicoterapeuta invita al paciente a que describa sus experiencias tal y como son. A esto le llamamos “etiquetar”. Por ejemplo: “no puedo hacer esto” sería sustituido por “tengo en este momento el pensamiento de que no puedo hacer esto”. Es particularmente importante de cara a pacientes con trastornos de ansiedad el pedirles que sustituyan la conjunción “pero” por la conjunción “y”. Por ejemplo: “quiero dar un paseo con mi mujer pero me da miedo salir de casa” por “quiero dar un paseo con mi mujer y (además) me da miedo salir de casa”.

En esta reformulación se trataría de dos fenómenos objetivamente no vinculados: Puedo elegir dar un paseo con mi mujer y aceptar la sensación de miedo, no como un obstáculo objetivo que me impide salir de casa, sino simplemente como una emoción que “pasará” si no le doy credibilidad como hecho objetivo e irrefutable. Se le indica al paciente que recuerde que “sólo es una emoción”.

FICHA 4.8.2.: ¿QUÉ HAGO y QUÉ NO HAGO CON LOS PENSAMIENTOS?

En la práctica de mindfulness cuando emerja un pensamiento ante nuestra conciencia-observadora, lo más adecuado es:

QUÉ HAGO

1. *Reconocerlo*
2. *Observar su ciclo natural (Emerge–Se despliega–Se desvanece)*
3. *Volver al presente*

QUÉ NO HAGO

4. *No seguirlo*
5. *No intentar detenerlo*
6. *No alimentarlo o aferrarse a él*
7. *No disolverlo o evitarlo*

FICHA 4.8.1.: PRÁCTICA DE MINDFULNESS PARA PENSAMIENTOS DE PREOCUPACIÓN Y TEMOR

1. *Comenzar el ejercicio cuando notemos que nos están asaltando con intensidad pensamientos de preocupación, temor, inquietud, etc.*
2. *Centrarse en ciclos completos de respiración de tres a cinco minutos focalizando en la espiración (Ver anexo1).*
3. *Al cabo de unos instantes los pensamientos comenzarán a aparecer a borbotones. Los tomamos como objeto de observación, notando como discurren, sin intentar cambiarlos o silenciarlos. Le indicamos al paciente que perciba su mente como un programa de televisión mientras que él es realmente un espectador curioso y a la vez consciente de todo cuanto ocurre.*
4. *Se le indica al paciente que quizá en algún momento sienta que se ha dejado absorber por el "programa" de su mente, de tal manera que ya está dentro de la pantalla y ha perdido la perspectiva del observador. Simplemente se ha identificado con los contenidos y le sugerimos que recurra a los anclajes de la respiración y/o de las sensaciones corporales durante unos instantes y de ahí, que vuelva de nuevo a su "trono" de espectador privilegiado. Se le invita a que perciba qué cambios se producen en él cuando eso sucede y que retorne a su posición de espectador con suavidad, sin juzgar ni juzgarse.*
5. *Desde la posición del observador se le pide que etiquete el contenido que aparezca como lo que es, de forma descriptivo-objetiva: "Es sólo un pensamiento" "Es sólo un recuerdo" "Es sólo una imagen" "Es sólo una emoción" "Es sólo una idea" "Es sólo un fenómeno mental" "Es sólo un contenido más", etc.*
6. *Si esa imagen de espectador-programa no funciona bien con algún paciente, se pueden utilizar otras imágenes tradicionales como poner los pensamientos en un riachuelo que fluye cuya corriente los arrastra como si fueran hojas flotando. Otra imagen es verse a sí mismo como una sólida montaña y observar a sus pensamientos como nubarrones u otros fenómenos atmosféricos que pasan de largo mientras la montaña permanece imperturbable (31). Se pueden crear otras imágenes o metáforas que le resulten útiles al paciente.*
7. *Terminamos el ejercicio al cabo de 15 o 20 minutos y dedicamos 5 minutos más finales para centrar la atención en la respiración.*

SESIÓN Nº 12 - 15

DATOS INFORMATIVOS: 1.22Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Ejercicio mindfulness: Compasión o bondad amorosa hacia uno mismo

Ejercicio mindfulness: Trabajo con valores

Ejercicio mindfulness: Práctica de compasión para sentirse a salvo

Función cognitiva: Lenguaje.

OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro del lenguaje.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
Compasión obondad amorosa hacia unomismo. Trabajo con valores. Práctica de compasión para sentirse asalvo	Registros de las tareas asignadas Entrenamiento en ejercicio Mindfulness “Compasión o bondad amorosa hacia sí mismo” y “• Práctica decompasión para sentirse asalvo”. Tarea para casa: Empezar a practicar el Plan Personal de Autocompasión y hacer la práctica de compasión.	Protocolo de seguimientode sesión. Guía de ejercicios deMindfulness Fichas de trabajo	45´ cada sesión

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: _ / _ / H.C.: _

Nro. de sesión: _____

OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO: _____

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación		
Atención		
Memoria	x	
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA: PLAN PERSONAL DE AUTOCOMPASIÓN

Consiste en desarrollar unos objetivos concretos de cuidado, protección y cariño en aquellas áreas de su vida en las que se ha detectado un sufrimiento importante que se ha mantenido a lo largo del tiempo con actitudes y comportamientos ruines, es decir, dañinos para sí mismo.

1. **Área Física:** cuidar del cuerpo. No hacerse daño
2. **Área Mental:** Permitirse los pensamientos. No luchar. No juzgarse.
3. **Área Emocional:** Aceptar las emociones. Estas en paz con ellas sin residuos.
4. **Área Relacional:** Conectar con los demás. No aislarse.
5. **Área Espiritual:** Comprometerse con los valores. No ser egoísta.

FICHA 4.9.1.: PRÁCTICA DE COMPASIÓN PARA SENTIRSE A SALVO

1. *Introducción a la práctica: La idea central es cultivar un corazón valeroso, que no se cierra bajo ninguna circunstancia, que está **siempre totalmente abierto para poder sentirlo todo**. Sólo así nos acabaremos sintiendo a salvo y encontrando la seguridad.*
2. *Nos centramos en la **práctica básica de la respiración focalizada en la espiración**, durante cinco minutos (ver anexo 1).*
3. *Posamos la atención en la **zona del corazón** y permitimos que aflore el sufrimiento que nos aflige en este momento. A continuación **nos centramos en la inspiración y a la vez nos permitimos sentir plenamente nuestro dolor**, desasosiego, desazón, inseguridad, miedo. Con cada inspiración exploramos el sufrimiento, en lugar de rehuirlo.*
4. *Nos tomamos unos instantes para permitir la expresión natural de ese sufrimiento, para dejarle su tiempo y que sea expresado sin resistencias. Vamos permitiendo, sin forzar, de forma natural, **que se vaya disolviendo en el espacio interior de nuestra conciencia**. A veces, sugiero al paciente que se imagine que dentro de sí hay una amplitud enorme, un espacio interno inmenso y cualquier objeto mental que observamos o sentimos flota en ese espacio infinito hasta que acaba desapareciendo.*
5. *Con cada **espiración nos abrimos al sentimiento de seguridad, sosiego, tranquilidad, ternura, bienestar y bondad** que tanto anhelamos. Si hay dificultades con esto, sugiero al paciente que recuerde lo que siente por su ser más querido, o que recuerde un instante en el que se haya sentido profundamente amado y cuidado, a salvo y seguro, para luego proyectar esa sensación sobre sí mismo.*
6. *Mantenemos estos ciclos (3-4-5) durante 15 minutos y el paciente va regulando sus inspiraciones y espiraciones al ritmo que precise. Si tiene mucha dificultad con el ejercicio, le proponemos una etapa previa: que al inspirar visualice el color negro o algo sombrío y al espirar el color blanco o una luz brillante. Como aparecerán **interferencias mentales durante el ejercicio**, le pedimos que tome conciencia de ellas y suavemente retorne a la respiración uno o dos ciclos completos y de ahí a las instrucciones 3,4 y 5 de nuevo.*
7. *Terminamos con 5 o 10 minutos de **práctica de la respiración focalizada en la espiración**.*

SESIÓN Nº 15 - 16

DATOS INFORMATIVOS: 1.25Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Ejercicio mindfulness: Exposición mindful interoceptiva

Función cognitiva: Praxia.

OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la praxia.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
Exposición mindful interoceptiva: meditación de compasión de las emociones.	Registros de las tareas asignadas Entrenamiento en ejercicio Mindfulness “• Exposición mindful interoceptiva”. Tarea para casa: Practicar la exposición en mindful durante 20-25 minutos	Protocolo de seguimiento de sesión. Guía de ejercicios de Mindfulness Fichas de trabajo	45´ cada sesión

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: __/__/H.C.: _

Nro. de sesión: _____

OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO: _____

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación		
Atención		
Memoria	x	
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA 4.10.1.: ACOGER Y ACUNAR LAS EMOCIONES.

1. *Centrarse en el presente, practicando la atención focalizada en la espiración durante 5 minutos.*
2. *Traer a la memoria un suceso emocional: con los pacientes ansiosos aconsejamos empezar esta práctica con emociones recientes (de ese mismo día si es posible) y no muy intensas, para pasar gradualmente a exponerse a emociones de mayor intensidad y luego a emociones del pasado no resueltas. Cuando la práctica ya resulte muy familiar se puede recrear incluso una situación de trauma, pero eso llevará varias sesiones y mucha práctica.*
3. *Revivir la emoción de aquel suceso lo más detalladamente posible en primera persona y luego como observador mindful, viéndolo "desde fuera" o "en perspectiva".*
4. *Aceptar el suceso, las consecuencias emocionales de aquel suceso, el estado emocional de aquel suceso.*
5. *Trabajar la compasión hacia la emoción: Se utiliza la metáfora de una madre (el sujeto) y su bebé (la emoción). Se trata de mecer la emoción en los brazos, darle cariño, acogerla como si fuéramos una madre y la emoción fuera nuestro bebé, hasta que ese bebé se serene de forma natural.*
6. *Opcional pero recomendable: Darnos compasión a nosotros mismos por el sufrimiento que nos invade, según la práctica 4.9.1.*
7. *Soltar el suceso y volver al Presente, practicando la respiración focalizada en la espiración durante 5 minutos.*

SESIÓN Nº 18 - 19

DATOS INFORMATIVOS: 1.28 Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en Mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Ejercicio mindfulness: La paradoja de mindfulness

Ejercicio mindfulness: Práctica de exposición mindful interoceptiva

Función cognitiva: Praxia.

OBJETIVO:

Entrenar al usuario en recursos de mindfulness para reducir el avance de deterioro de la praxia.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
La paradoja de mindfulness. Práctica de exposición mindful interoceptiva: caminando hacia el miedo	Registros de las tareas asignadas Entrenamiento en ejercicio Mindfulness “• Exposición mindful interoceptiva”. Tarea para casa: Practicar la exposición en mindful durante 20-25 minutos	Protocolo de seguimiento de sesión. Guía de ejercicios de Mindfulness Fichas de trabajo	45´ cada sesión

PROTOCOLO DE REGISTRO DE LA SESIÓN Y EVALUACIÓN

Identificación del usuario: _____ Fecha de la sesión: __/__/H.C.: _

Nro. de sesión: _____

OSERVACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL USUARIO: _____

FASES DEL CAMBIO		INDICADORES
Orientación		
Atención		
Memoria	x	
Lenguaje		
Praxia		

EJERCICIO DE INTERVENCIÓN:

- _____
- _____

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

[Muy mal] 1 -- 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 [Muy bien]

FICHA 4.11.1.: FICHA DE LA PARADOJA DE MINDFULNESS

1. *El aprendizaje de mindfulness no puede forzarse; es un proceso de tolerancia, descubrimiento y revelación, que se abre a medida que lo practicamos.*
2. *La conciencia que uno va creando no intenta cambiar nada. Primero sucede la aceptación y el cambio llega más tarde como consecuencia de la primera, y es guiado por la conciencia.*
3. *Es muy probable que realices cambios significativos en la gestión del miedo, la ansiedad y el pánico, pero sólo lo lograrás una vez que hayas atravesado profundamente esas experiencias con conciencia plena y compasión.*
4. *La aceptación y la apertura a cuanto acontece en el momento presente sin controlar, sin evitar, sin aferrarse, sin zafarse de nada, de forma ecuánime es la clave que nos permite alcanzar el equilibrio emocional.*

FICHA: PRÁCTICA DE EXPOSICIÓN MINDFUL INTEROCEPTIVA: CAMINANDO HACIA EL MIEDO

Instrucciones:

1. *Comenzamos con 5 minutos de meditación formal con el anclaje de la respiración focalizada en la espiración.*
2. *Una vez hemos estabilizado la atención en el presente, descartando otros contenidos, comenzamos a escanear nuestro cuerpo como hacíamos con la práctica de barrido corporal, para ver si podemos **detectar cualquier sensación de ansiedad o tensión**. Si no, se intentan generar dichas sensaciones de forma intencionada, pensando en alguna situación o pensamiento que nos provoca ansiedad, de la forma más vívida posible. Hacemos esto durante un par de minutos.*
3. *Una vez se ha localizado esa tensión en el cuerpo, vemos si la podemos **intensificar**. Quizá lo podemos hacer simplemente focalizando la atención en la señal fisiológica activada en el cuerpo. Si no, podemos recurrir a pensamientos o imágenes más atemorizantes. **La idea es crear un fuerte sentimiento de ansiedad lo mejor que podamos**, de forma que podamos practicar el llegar a soportarlo mientras estamos centrados en el presente. Estamos así 3 ó 4 minutos.*
4. *Ahora que hemos desarrollado una clara experiencia de ansiedad, tratamos de **intensificarla voluntariamente aún más**. **La hacemos tan fuerte como podamos**.*
5. *A continuación **nos quedamos con ella en actitud mindful, la acompañamos con la respiración**, nos “abrimos” a ella con afecto y aceptación y mantenemos la ansiedad en ese nivel al menos durante 10 minutos. Si comienza a disminuir, la intensificamos de nuevo. **Estamos así hasta que observemos como cada vez nos resulta más difícil intensificarla y como poco a poco se va aquietando**.*
6. *Entonces podemos descansar simplemente en **la respiración focalizada en la espiración**, durante los 5 minutos finales y/o realizar alguna práctica de compasión (muy recomendable).*

SESIÓN Nº 20

“Evaluación final”

DATOS INFORMATIVOS:

Tiempo de ejecución: de 45 minutos.

Encargado: Psicólogo con formación en mindfulness

Indicaciones:

CONTENIDOS BÁSICOS:

Plan personalizado de ejercicios en casa

Eficacia del tratamiento

Plan de seguimiento

OBJETIVO:

Revisar los logros conseguidos tras la aplicación del plan intervención y valorar la necesidad de seguimiento a mediano o largo plazo.

DESARROLLO:

Técnicas terapéuticas	Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Evaluación neuropsicológica	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de las funciones cognitivas.• Historia clínica de la enfermedad.• Alta clínica y valoración de seguimiento	<ul style="list-style-type: none">• Entrevista de detección de demencia leve a moderada AD8• Mini-mental test (MMSE)• Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer• Plan de seguimiento	De 90´

ENTREVISTA DE DETECCIÓN DE DEMENCIA LEVE A MODERADA AD8

Una prueba de detección no es suficiente para diagnosticar un trastorno de demencia. Sin embargo, la entrevista AD8 es bastante sensible para detectar los primeros cambios cognitivos asociados con la demencia por enfermedad de Alzheimer.

DIRECTIVAS PARA LA ADMINISTRACIÓN Y PUNTUACIÓN

QUIÉNES DEBEN REALIZAR LA PRUEBA:

Es preferible realizar la entrevista AD8 a un informante (como un cuidador), siempre que haya uno disponible. Si no hay un informante disponible, se puede realizar la entrevista AD8 al paciente. Se pueden entregar las preguntas al entrevistado en un sujetapapeles (para que responda él mismo) o leérselas en voz alta, en persona o por teléfono.

INSTRUCCIONES DE LA PRUEBA:

Cuando realice la entrevista a un informante, pídale específicamente que califique los cambios en el paciente.

Cuando realice la entrevista al paciente, pídale específicamente que califique los cambios en sus capacidades para cada ítem, sin atribuir causas.

Si le lee la entrevista al paciente en voz alta, es importante que lea cada frase textualmente y ponga énfasis, tomando nota de los cambios que se deben a problemas cognitivos (no a problemas físicos). Debe haber una pausa de 1 segundo entre los diferentes ítems.

No se requiere un marco de tiempo para el cambio.

PUNTUACIÓN DE LA PRUEBA:

El puntaje final es la suma de la cantidad de ítems marcados con "Sí, se produjeron cambios". Los puntajes dentro del rango de deterioro (ver más abajo) indican la necesidad de realizar otras evaluaciones. Los puntajes dentro del rango de lo "normal" sugieren que el trastorno de demencia es improbable, pero que no se puede descartar un proceso de la enfermedad en su etapa muy temprana. Es posible que se justifique realizar evaluaciones más avanzadas en casos en los que existen otras evidencias de deterioro objetivas. Según hallazgos provenientes de investigaciones clínicas, de 995 personas incluidas en las muestras de desarrollo y validación, se pueden realizar las siguientes valoraciones:

0-1: cognición normal / 2 o superior: es posible que exista deterioro cognitivo
Entrevista de detección de demencia leve a moderada

(AD8)

ENTREVISTA DE DETECCIÓN DE DEMENCIA LEVE A MODERADA AD8

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: _____

CS ID #: _____

FECHA: _____

Recuerde, "Sí, se produjeron cambios" indica que se han producido cambios en los últimos años causados por problemas cognitivos (pensamiento y memoria).	Sí, se produjeron cambios	No, no se produjeron cambios	No disponible, no sabe
1. Problemas del juicio (como problemas para tomar decisiones, malas decisiones financieras, problemas con el pensamiento)			
2. Menos interés en pasatiempos/actividades			
3. Repite lo mismo una y otra vez (preguntas, relatos o frases)			
4. Problemas para aprender a utilizar una herramienta, un dispositivo o un aparato (por ejemplo, una videograbadora, una computadora, el microondas, un control remoto)			
5. No recuerda cuáles son el mes y el año correctos			
6. Dificultades para ocuparse de asuntos financieros complicados (por ejemplo, administrar la chequera, liquidar los impuestos sobre la renta, pagar facturas, etc.)			
7. Problemas para recordar citas			
8. Problemas con el pensamiento y/o la memoria a diario			
PUNTAJE TOTAL DE LA ENTREVISTA AD8			

©2006 Washington University. The Washington University no está afiliada a ninguna empresa que publique o utilice este documento y no evalúa ningún producto que haga uso de este documento.

Reproducción con autorización. La entrevista AD8 es un instrumento con derechos de autor del Alzheimer's Disease Research Center, Washington University, St. Louis, Missouri. Todos los derechos reservados.

Adaptado de Galvin JE, Roe CM, Powlishta KK, et al. The AD8: a brief informant interview to detect dementia. *Neurology*. 2005;65(4):559-564.

Recuerde que las herramientas de detección como esta no se deben utilizar en forma independiente para el diagnóstico de demencia leve a moderada por enfermedad de Alzheimer

Examen de Estado Mini-Mental

(MMSE)

ANEXO 1: MMSE MODIFICADO

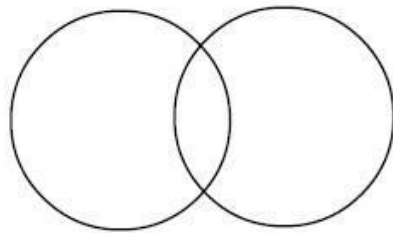
MMSE m

Fecha: / /

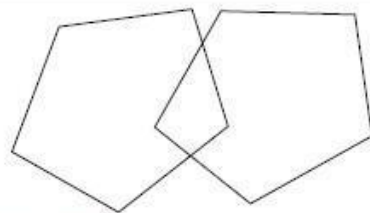
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver como está su memoria y concentración».

Item	si	no	n/s	respuesta
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5 En que año estamos				
6 Que dirección es esta (calle, número)				
7 En que país estamos				
8 En que ciudad estamos				
9 Cuales son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En que piso estamos				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.				
11 árbol				
12 mesa				
13 avión				
<p>1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS ()</p> <p>Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento). NUMERO DE REPETICIONES ()</p>				
<p>¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuento 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).</p>				
Item	si	no	n/s	respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
<p>«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).</p>				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
Item	si	no	n/s	respuesta
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mí: «tres perros en un trigal». (permítame un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos», (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
Item	si	no	n/s	respuesta
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto 0
 Correcto 1



Incorrecto 0
 Correcto 1

PUNTAJE TOTAL MMSE / _ / _ /

Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer

Anexo 2. Cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer

PFEFFER M (del informante)	Fecha: __/__/__			
0 normal	0 nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo ahora			
1 difícilmente, pero lo hace	1 nunca lo ha hecho, y tendría dificultad para hacerlo			
2 requiere ayuda	3 dependiente			
Item	0	1	2	3
1. ¿Maneja él/ella su propio dinero?				
2. ¿Es él/ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa, y comestibles?				
3. ¿Es él/ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?				
4. ¿Es él/ella capaz de preparar una comida?				
5. ¿Es él/ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales, también de la comunidad o del vecindario?				
6. ¿Es él/ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o TV, diario o revista?				
7. ¿Es él/ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?				
8. ¿Es él/ella capaz de manejar sus propios medicamentos?				
9. ¿Es él/ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?				
10. ¿Es él/ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?				
11. ¿Puede él/ella ser dejado en casa en forma segura?				
Puntaje Total Pfeffer Activities Questionnaire /_/				
<i>(Pfeffer et al, 1982, modificado)</i>				

GUÍA DE EJERCICIOS DE MINDFULNESS

Ejercicios de atención plena

Ejercicios y técnicas MBSR populares Escaneo corporal The Mindful Word describe varios ejercicios populares de atención plena, que incluyen:

La respiración

El ejercicio descrito anteriormente es uno de esos ejercicios que facilita la atención plena centrándose en la respiración.

Escaneo corporal

Acuéstese de espaldas en el suelo o en una cama y cierre los ojos.

Mueva su conciencia a través de su cuerpo, concentrándose en un área a la vez.

Deténgase cada vez que encuentre un área inusualmente tensa o dolorida y concentre su respiración en esta área hasta que se relaje.

También puede usar una visualización calmada y curativa en este punto (por ejemplo, una bola de luz blanca que se derrite en el punto dolorido).

Para obtener una guía ampliada para practicar el escaneo corporal, haga clic [aquí](#).

Meditación de objetos

Sostenga un objeto que sea especial o interesante para usted. Enfoca todos tus sentidos en él y observa la información que tus sentidos te envían, incluida su forma, tamaño, color, textura, olor, sabor o sonidos que hace cuando se manipula.

Alimentación consciente

Al igual que el ejercicio anterior, este ejercicio se puede completar con todos los sentidos mientras te enfocas en comer un alimento en particular, como el chocolate amargo o una pasa.

Come despacio, utilizando los cinco sentidos: olfato, gusto, tacto, vista e incluso oído.

Meditación caminando

Dé un paseo tranquilo a un ritmo suave pero familiar. Observa cómo caminas y presta atención a las sensaciones en tu cuerpo mientras caminas.

Observe cómo se sienten sus hombros (¿apretados? ¿flojos? ¿fuertes?), las sensaciones en sus pies al tocar el suelo, el balanceo de sus caderas con cada paso. Haz coincidir tu respiración con tus pasos.

Estiramiento consciente

Puede practicar estiramientos conscientes con cualquier conjunto de estiramientos que desee, pero si desea una práctica guiada, puede probar el yoga (más sobre eso en la siguiente sección).

Ejercicios de conciencia

The Mindful Word también describe dos ejercicios de conciencia. Si desea probar un ejercicio para mejorar su conciencia, intente uno de los siguientes ejercicios.

Simplemente mirando

Este ejercicio te involucra solo a ti y a tus pensamientos. En lugar de concentrarte en tus pensamientos a medida que suben a la superficie, déjalos pasar como nubes en el cielo.

Abstente de adjuntar juicios de valor a tus pensamientos (por ejemplo, "Soy terrible por pensar eso" o "¡Qué pensamiento tan amable! Soy una buena persona").

Si ayuda, puede identificar o incluso vocalizar cada pensamiento, sentimiento o sensación a medida que surja (es decir, "dolor de cuello, pizza, mejor amigo, ira, hormigueo, estómago vacío, pizza otra vez, abuela, la extraño"). (La Palabra Consciente, 2012).

Preocupación o urgencia por "navegar"

Aborda tus pensamientos y sentimientos como si estuvieras surfeando una ola.

Dirija su atención a las señales de advertencia de un sentimiento negativo como la preocupación, la ansiedad o la ira que se aproxima.

Imagina la emoción negativa que viene hacia ti como una ola que se hace más y más grande a medida que se acerca, alcanza su punto máximo cuando te alcanza y cae a

medida que se aleja.

Imagina montar esa ola a medida que pasa, y deja que la emoción negativa se vaya con ella. Asegúrese de celebrar su capacidad de dejar ir la emoción, pero reconozca que eventualmente vendrán más y recuerde "montar la ola" nuevamente cuando lo hagan (The Mindful Word, 2012).



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RODRIGUEZ VEGA JUAN LUIS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Programa de Estimulación Basado en la Atención Plena para Prevenir el Deterioro Cognitivo en un Centro De Salud Para Adulto Mayor, Lima, 2022.", cuyo autor es SCHMIDT URDANIVIA JOHANA SONIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 24 de Julio del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RODRIGUEZ VEGA JUAN LUIS DNI: 16739701 ORCID: 0000-0002-2639-7339	Firmado electrónicamente por: RVEGAJL el 12-08- 2022 19:44:53

Código documento Trilce: TRI - 0366985