

Introdução

Portugal e outros países à escala global, têm assistido a uma trajetória ascendente no que diz respeito ao número da população idosa (INE, 2012). Na sequência deste aumento demográfico, a institucionalização tornou-se uma realidade para vários idosos e no nosso país, é cada vez maior o número de idosos institucionalizados nos diferentes tipos de estruturas residenciais para idosos (e.g., ERPI's: lar, residência, acolhimento familiar, centro de dia ou centro de noite) (Pinto, 2013). Atualmente, o envelhecimento não é acompanhado por uma expectativa de vida saudável (Veloso, 2015), sendo que a institucionalização poderá agravar a perceção do idoso relativamente à sua expectativa de vida (Pereira, 2013).

Embora a institucionalização tenha uma intenção positiva de responder às necessidades do idoso, recentes investigações têm apontado este tipo de resposta social como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento e/ou agravamento de doenças psicológicas e diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa (Almeida & Quintão, 2012).

De uma forma geral o envelhecimento é percecionado de uma forma negativa a nível social e individual (Oliveira, 2010), encontrando-se a ele associado a perdas, doença (física e psicológica), incapacidade física, dependência, tristeza, solidão, abandono, isolamento social, pensamentos automáticos negativos (à cerca de si e dos outros) baixa autoestima, perda de prazer das atividades de vida diárias, pensamentos recorrentes acerca da morte (sobre os outros e sobre si mesmo) (Lima et al., 2016). Contudo, durante o processo de institucionalização o indivíduo experiência estes sentimentos comuns, mas de uma forma agravada.

De acordo com Runcan (2012), o risco de sintomatologia depressiva aumenta em idosos institucionalizados, quando comparado com idosos não-institucionalizados. Pavarini (1996) apontou igualmente a institucionalização como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva, pela ideia da institucionalização se encontrar diretamente relacionada a questões de solidão e abandono. Ainda, alguns estudos sugerem que idosos com sintomatologia depressiva apresentam uma maior probabilidade de morrer no primeiro ano de institucionalização (O'Connor, & Vallerand, 1998; Rovner, 1991).

A autoperceção negativa do envelhecimento causa um impacto negativo a nível físico, cognitivo e emocional na vida da pessoa idosa (Pereira, 2013). De acordo com o autor, a forma como o idoso autoperceciona o seu envelhecimento é fundamental na adaptação a esta nova fase e para muitos idosos a velhice não significa mais do que o *terminus* da sua vida.

Desta forma, torna-se urgente a criação de estratégias com o fim de promover a qualidade de vida física e psicológica deste grupo populacional (Young & Baime, 2010). De acordo com alguns autores, o *Mindfulness*, inserido nas Terapias de Terceira Geração, poderá tornar-se uma estratégia, não só de intervenção, mas também de prevenção, no combate a estes desafios, promovendo a qualidade de vida ao idoso institucionalizado (Lopes, 2017; Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2015; Cunha & Galhardo, 2019).

No decorrer dos últimos anos têm-se assistido ao aumento do número de investigações na área do *Mindfulness* (Tabela 1) e o seu impacto na regulação emocional do idoso, apontando a capacidade de estar *Mindful* como protetor para quadros psicopatológicos (como a ansiedade e depressão) neste grupo populacional (Cunha & Galhardo, 2019). Contudo, em Portugal, é ainda escasso o número de investigações desenvolvidas à cerca desta matéria.

Tabela 1

Síntese de Estudos sobre a Intensidade de Mindfulness em Idosos

Amostra	Investigação	Instrumento	M	DP	Min-Max
Idosos Institucionalizados	Helmes & Ward (2015)	MAAS	65,88	12,89	15-90
			58,66	13,73	
Universidade Sénior	Cruz (2013)	MAAS	64,67	7,49	31-87 (15-90)
Universidade Sénior	Moushegian (2015)	FFMQ	150,40	17,38	39-195
Clínica ^a	Van Den Hurk, Schellekens, Molema, Speckens, & Van Der Drift (2015)	MAAS	67,5	14,4	15-90
Mista ^b	Wong, Coles, Chambers, Wu, & Hassed (2017)	FMI	39,25	5,69	14-56
Idosos da Comunidade	Lenze et al. (2014)	MAAS	58,1	—	15-90
Idosos da Comunidade	Splevins, Smith, & Simpson (2009)	KIMS	110,4	15,1	39-195
Idosos da Comunidade	Creswell et al. (2012)	KIMS	137,61	3,99	39-195
Idosos da Comunidade	Moynihan et al. (2013)	MAAS	5,08	-0,29	15-90
Idosos da Comunidade	Mahoney, Segal & Coolidge (2015)	MAAS	4,47	0,84	15-90
Idosos da Comunidade	Mallya & Fiocco (2015)	MAAS	4,36	0,72	15-90
			4,42	0,71	

Nota. ^a amostra recolhida em Hospital Universitário em Idosos diagnosticados com Cancro; ^b = amostra recolhida Cognitive, Dementia and Memory Service (CDAMS) + comunidade; MAAS = Escala de Atenção de Mindfulness; FFMQ = Questionário das Facetas de Mindfulness; FMI = Inventário de Mindfulness de Freiburg; KIMS = Inventário de Mindfulness de Kentucky

Conceptualizando, o *Mindfulness* consiste na capacidade do indivíduo se envolver no momento presente, num estado de atenção plena, consciente de si (*awareness*), com uma mente aberta, de forma a aceitar o momento presente, com uma perspetiva neutra, sem qualquer julgamento (Rahal, 2018). Embora seja uma matéria cada vez mais abordada, o termo *Mindfulness* não é um conceito atual, tendo surgido há cerca de 2.500 anos na corrente budista, com o propósito de eliminar o sofrimento pessoal (Siegel, Germer, & Olendzki, 2008).

A revisão da literatura expõe-nos a uma diversidade de abordagens e diferentes definições, dificultando a criação de única definição global de *Mindfulness*. Na tentativa de definir este conceito, Germer (2004) identificou três perspetivas: (a) *Mindfulness* como constructo teórico, (b) *Mindfulness* como processo psicológico e (c) *Mindfulness* como prática que fomenta a atenção plena. O autor sugere que o *Mindfulness* é uma característica individual, diferenciando-a por isso do *Mindfulness* como prática meditativa, sendo que esta pode ser utilizada para desenvolver a capacidade de estar *Mindful* (consciente de si).

John Kabat-Zinn e Langer foram dos primeiros autores a investigar o *Mindfulness*. Kabat-Zinn é considerado o responsável por ter integrado o *Mindfulness* na prática clínica, tendo criado para esse efeito o primeiro programa de *Mindfulness - Mindfulness based stress reduction* com o objetivo de lidar com a doença crónica (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985). Kabat-Zinn et al. (1985) define este conceito como o comportamento intencional de prestar atenção, ao momento presente, sem qualquer julgamento. Para Langer (1989), o *Mindfulness* consiste num processo no qual o indivíduo é observador da sua realidade, experienciando não o que é “importante”, mas sim desfrutando do momento presente, sem julgamento e descentralização da sua realidade, assumindo um papel de espetador.

Na sequência da inexistência de um conceito global de *Mindfulness* e a fim de facilitar investigações na comunidade científica, Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody e Devins (2004) propuseram um novo modelo constituído por dois componentes: (a) componente que inclui a autorregulação da atenção relativamente ao momento presente, mantida em qualquer experiência; (b) componente que inclui a adoção de uma postura de abertura e aceitação, em qualquer experiência, o que irá permitir diversas interpretações e perspetivas dessas mesmas experiências.

Alguns autores têm ainda colocado em evidência, a relação entre o *Mindfulness* e a Autocompaixão (Cunha & Galhardo, 2019; Neff, 2003). De uma forma breve, a autocompaixão traduz-se na capacidade do indivíduo compreender e aceitar a sua realidade, de uma forma compreensiva (ao invés de ser crítico com ele próprio), equilibrando os seus pensamentos e sentimentos negativos, evitando a sobre-identificação (Neff, 2003). Perante uma experiência negativa, indivíduos com maiores níveis de autocompaixão, observam os seus problemas, sem se autocriticarem ou julgarem, aceitando aquele momento como parte integrante do seu ciclo de vida (Brion, Leary, & Drabkin, 2014).

No caso das pessoas com idade avançada, o *Mindfulness* atua na diminuição de sentimentos e emoções negativos, para que o idoso observe a sua realidade (não como sua), aproveitando o momento presente sem julgamentos (Geiger et al., 2016), desenvolvendo na pessoa idosa, uma perceção menos negativa ou mais positiva acerca de si, originando a aceitação da sua condição, diminuindo sentimentos negativos. A diminuição de sentimentos negativos, encontra-se intimamente ligada com a aceitação dos próprios sentimentos e emoções, numa postura neutra (no papel de observador) (William & Pennam, 2011). Os autores referem que a autonomia também poderá estar diretamente ligada com os níveis de *Mindfulness*, isto é, indivíduos com maior nível de mindfulness desenvolvem maior autonomia no desenvolvimento das suas atividades de vida diárias.

A consciência plena de si desenvolve no indivíduo uma resposta adaptativa perante eventos stressantes (Zeller & Lamb, 2011). Schroevers e Brandsma (2010) indicam que o bem-estar e a felicidade, se encontram correlacionados com o maior estado de consciência de si.

Na área das Neurociências, estudos apontam alterações a nível da atividade cerebral, evidenciando efeitos positivos da sequência da prática de *Mindfulness*. O estudo de William & Pennam (2011), conclui que os níveis de felicidade, empatia e autocompaixão aumentaram, quando o indivíduo pratica meditação. Outro estudo desenvolvido por Lopes (2017), observou um aumento significativo da atividade da ínsula (sistema límbico), evidenciando um efeito positivo na gestão de emoções. Embora os estudos do *Mindfulness* em pessoas idosas seja recente, os autores têm-se centrado mais no seu efeito em diversos contextos (nomeadamente

no impacto que este constructo tem em quadros psicopatológicos), desvalorizando o impacto desta competência como traço psicológico.

Desta forma, a existência de instrumentos que avaliem a capacidade de *Mindfulness* na pessoa idosa torna-se assim um aspeto fundamental, no sentido de avaliar o estado atual do indivíduo, analisando a necessidade de intervenção e seus efeitos. Atualmente, existem vários instrumentos para a avaliação de *Mindfulness* (FMI, Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006; MAAS, Brown & Ryan, 2003; CAMS-R, Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, & Laurenceau, 2007; KIMS, Baer, Smith, & Allen, 2004; PHLMS, Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008; FFMQ, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006 e tradução e adaptação para a população portuguesa, por Gregório & Pinto-Gouveia, 2011) desenvolvidos e validados para a população geral. No entanto, apesar do leque variado, persiste a necessidade de um instrumento de avaliação de forma a avaliar a capacidade de *Mindfulness* na pessoa idosa institucionalizada.

Com o crescente número de investigações na área do *Mindfulness*, o instrumento de avaliação FMI tem vindo a ser cada vez mais utilizado na comunidade científica devido às suas características. Para além das suas qualidades psicométricas, o FMI é considerado um instrumento de avaliação de resposta simples e direta, podendo ser auto ou hetero-administrado, se necessário.

O Inventário de *Mindfulness* de Freiburg foi originalmente desenvolvido e validado, por Walach e seus colaboradores em 2005, numa parceria de investigadores de universidades da Alemanha e Inglaterra (Walach et al., 2006). O instrumento foi criado com o objetivo de medir a intensidade de consciência de si do indivíduo (*Mindfulness*), em contexto geral.

Os autores originais (Walach et al., 2006) desenvolveram inicialmente um inventário de 30 itens (FMI-30, alfa de Cronbach de 0,93) e posteriormente, ainda no mesmo estudo, o inventário reduzido com apenas 14 itens (FMI-14, alfa de Cronbach de 0,86) (Walach et al., 2006), sendo o último mais utilizado.

Atualmente o instrumento (FMI) conta com quatro validações internacionais (Tabela 2) e uma adaptação para a população brasileira (Hirayama, Milani, Rodrigues, Barros & Alexandre, 2014).

Tabela 2
Validações Anteriores do Inventário de Mindfulness de Freiburg

Validações	Itens	M	DP	Variação	α de Cronbach
Walach et al. (2005) *	14	37,24	5,63	14-56	0,79
Trousselard et al. (2010) **	14	38,98	5,43	14-56	0,74
	13	36,08	5,45	13-52	0,77
Chen & Zhou (2013) ***	13	—	—	13-52	0.80
Bruggeman-Everts et al. (2017) ****	14	—	—	14-56	0,82 a 0.85

Nota. * autores originais do FMI - Alemanha; ** autores da validação do FMI França; *** autores da validação do FMI China; **** autores da validação Holanda.

Todas as validações anteriormente referidas (Tabela 2) avaliam o nível de consciência do indivíduo relativamente ao momento presente (*Mindful*) para a população geral, permanecendo até a data a inexistência de um instrumento de avaliação de *Mindfulness* direcionado para a população idosa portuguesa.

Assim, na sequência da temática da presente investigação e da necessidade de um instrumento capaz de avaliar a intensidade de consciência do idoso institucionalizado, procedeu-se, à validação do FMI para idosos institucionalizados, de forma a ser possível uma avaliação fidedigna.

Desta forma, o presente estudo de validação foi desenvolvido com o objetivo de contornar limitações existentes nas validações realizadas anteriormente por outros autores (acima referidos), tendo em conta o fator idade, bem como a seleção de itens que tenham em conta a especificidade e funcionamento da população em estudo.

Para terminar, e de acordo com o referido anteriormente, devido ao número reduzido de estudos relacionados com o *Mindfulness* em idosos institucionalizados no nosso país, são os nossos objetivos: (1) validar do Inventário de *Mindfulness* de Freiburg para idosos institucionalizados, a) estudando a sua validade interna e b) verificando a sua validade de constructo, incluindo a sua estrutura fatorial e validade convergente; (2) determinar a validade de critério, a) verificando a distribuição das pontuações e b) analisando os níveis de *Mindfulness* medidos pelo FMI relativamente às características sociodemográficas da amostra em estudo; e, por fim, (3) realizar uma análise de comparação entre os níveis de *Mindfulness* dos idosos institucionalizados do presente estudo com os de outras investigações nacionais e internacionais na área do *Mindfulness* em idosos.

Métodos

Âmbito geral

O estudo *Mindfulness* em Idosos Institucionalizados, insere-se no projeto Trajetórias do Envelhecimento, do Instituto Superior Miguel Torga, iniciado no ano de 2010, tendo sido aprovado pelo Departamento de Investigação e Desenvolvimento do Instituto Superior Miguel Torga. A finalidade deste compreende o rastreio cognitivo e o estudo da regulação emocional de idosos no distrito de Coimbra, tendo sido alargada, a avaliação de idosos institucionalizados para o distrito de Aveiro. É importante referir que a presente investigação contou com a avaliação de *Mindfulness* em idosos institucionalizados, sem prática formal de *Mindfulness*. É de referir ainda, que este estudo contou com a colaboração de três discentes.

Por forma a cumprir os pressupostos éticos e deontológicos inerentes à investigação, o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética, órgão do Departamento de Investigação & Desenvolvimento (CE-DI&D) do Instituto Superior Miguel Torga (DI&D-ISMT/2-2013).

Participantes

A fim de recolher uma amostra homogénea e específica, foram estabelecidos critérios de inclusão, limitando a participação no estudo a indivíduos não-institucionalizados, com idades inferiores a 65 anos, com afasia sensorial, com afasia anterior e com diagnóstico de demência.

Assim, a amostra do presente estudo ficou constituída por 151 idosos institucionalizados em Estruturas Residências para Pessoas Idosas (ERPI), nomeadamente, centros de convívio, centros de dia e noite, lares de idosos e serviço de apoio domiciliário, nos Distritos de Aveiro e Coimbra.

Relativamente às características sociodemográficas, como podemos observar na Tabela 3, participaram neste estudo 68 idosos do Distrito de Aveiro (45,0%) e 83 Distrito de Coimbra (55,0%). A faixa etária da amostra ($M = 81,76$; $DP = 7,99$) foi categorizada em *Novos-velhos* (65-79 anos) e *Velhos-velhos* (80-100), sendo que a maioria dos participantes se incluíam na categoria de *Velhos-velhos* (67,3%). No que concerne ao Estado Civil, também ele categorizado, a maioria não tinha companheiro (77,5%).

Ainda relativamente aos dados sociodemográficas, relativamente ao nível de escolaridade dos participantes ($M = 2,60$; $DP = 1,43$), 42 não tinham escolaridade, 17 sabiam ler mas não tinham escolaridade (11,3%), 79 tinham o 1º ciclo do ensino básico (52,3%), dois tinham o 2º ciclo do ensino básico (1,3%), dois tinham o 3º ciclo do ensino básico (1,3%), um frequentou o ensino secundário (0,7%) e oito frequentaram o ensino superior (5,3%).

Por fim, no concerne à profissão dos participantes, a maioria dos participantes ($n = 131$) teve uma profissão manual (87,3%).

Tabela 3

Caracterização Sociodemográfica de uma Amostra de Idosos Institucionalizados ($n = 151$)

		<i>N</i>	%
Região	Aveiro	68	45,0
	Coimbra	83	55,0
Sexo	Masculino	45	29,8
	Femino	106	70,2
Idade ($n = 150^a$) ($M = 81,76$; $DP = 7,99$)	Novos Velhos	49	32,7
	Velhos Velhos	101	67,3
Estado Civil	Sem Companheiro	117	77,5
	Com Companheiro	34	22,5
Escolaridade ($M = 2,60$; $DP = 1,43$)	Sem escola	42	27,8
	Sabe ler mas não tem escolaridade	17	11,3
	1º Ciclo do Ensino básico	79	52,3
	2º Ciclo do ensino básico	2	1,3
	3º Ciclo do ensino básico	2	1,3
	Ensino Secundário	1	0,7
	Ensino Superior	8	5,3
Profissão ($n = 150^b$)	Manual	131	87,3
	Intelectual	19	12,7

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; N = número de sujeitos; ^a um participante não soube indicar a idade; ^b esta questão não foi colocada a um participante. A negrito estão indicadas as categorias com maiores números de sujeitos.

Procedimentos

Para a concretização do presente estudo, foram contactadas dez instituições através de via telefónica, correio eletrónico e forma direta e presencial. O balanço foi positivo (80% aceitaram participar), sendo que apenas duas não responderam ao nosso pedido (20%).

A seleção das instituições foi ponderada de acordo com a facilidade geográfica das investigadoras. Fizeram parte desta investigação, instituições dos distritos de Aveiro e Coimbra. No distrito de Coimbra, os dados foram recolhidos na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel e na Santa Casa da Misericórdia de Soure. Relativamente ao distrito de Aveiro, foram efetuados pedidos de participação a oito instituições, contudo apenas seis (Santa Casa da misericórdia de Oliveira do Bairro, Santa Casa da Misericórdia de Águeda, Centro Social de Recardães, UCC - Hospital José Luciano de Castro¹ e Ílhavo), responderam assertivamente à integração dos seus utentes no estudo. Em reunião com os representantes e/ou responsáveis das respetivas instituições, foram expostos os vários pontos de trabalho, nomeadamente, a apresentação da investigação e dos seus objetivos, os respetivos documentos utilizados (Pedido de Autorização de Participação às instituições, Consentimento Informado para o utentes e o protocolo de avaliação. O protocolo foi constituído por um questionário sociodemográfico e 15 instrumentos de avaliação neuropsicológica. Os instrumentos de avaliação utilizados foram o Avaliação Cognitiva Montreal, Bateria de Avaliação Frontal, a Escala sobre o Optimismo, a Escala sobre a Esperança, Lista de Afetos Positivos e Negativos, o Inventário de Ansiedade Geriátrico, a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Arrependimento, o Questionário sobre o Sono na Terceira Idade, a Escala de Solidão, a Escala de Autocompaixão, o Inventário de *Mindfulness* de Freiburg, o Questionário sobre o Bem-estar Espiritual e ao Questionário de Avaliação da Saúde Física do Idoso.

Todas as instituições facultaram uma lista de utentes que poderiam integrar o estudo, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos.

A fim de facilitar todo o processo de recolha de amostra, tanto para as instituições como para as investigadoras, foi elaborada uma calendarização dos respetivos momentos de avaliação, em cada uma das instituições. A recolha dos dados foi realizada de forma presencial. As

¹ A amostra recolhida na Unidade de Cuidados Continuados do Hospital José Luciano de Castro, corresponde a idosos institucionalizados nos diferentes tipos de estruturas residenciais para pessoas idosas, tendo sido incluídas na amostra por esse mesmo fator.

condições do estudo foram explicadas a cada indivíduo, através do documento de *Consentimento Informado*, elucidando-os, que poderiam levantar qualquer questão e/ou abandonar a avaliação a qualquer momento, se assim o pretendessem.

Os instrumentos de avaliação foram aplicados de acordo com uma ordem estabelecida entre as investigadoras (após a explicação do estudo, foram aplicados os instrumentos de avaliação cognitiva e posteriormente os instrumentos de avaliação emocional, terminando com a avaliação da condição física e saúde).

Durante a administração do protocolo, não houve desistências ou recusas por parte dos idosos. No entanto, algumas avaliações não decorreram no prazo pretendido, devido ao número de atividades de lazer do indivíduo ou relativamente ao fato destes sujeitos terem elevada prevalência de sintomatologia ansiosa e depressiva e solidão associados, demonstrando a sua necessidade de serem ouvidos. Estes momentos obrigaram a novas calendarizações para determinados idosos. De uma forma geral, a administração do protocolo demorou cerca uma hora por indivíduo e decorreu entre os meses de novembro de 2015 e setembro de 2016.

Instrumentos

A recolha dos dados para a presente amostra foi concretizada através da aplicação de vários instrumentos de avaliação inseridos na bateria de avaliação da Regulação Emocional, do projeto de investigação Trajetórias do Envelhecimento, do Instituto Superior Miguel Torga.

O *Questionário Sociodemográfico* tratou-se de um instrumento estruturado, que permitiu recolher informação de natureza sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão, naturalidade e local de institucionalização).

O *Inventário de Mindfulness de Freiburg* foi construído por Walach e seus colaboradores, em 2006, com a emergência do *Mindfulness*. O instrumento foi desenvolvido para analisar os níveis de intensidade da consciência de si e do momento presente do indivíduo. Originalmente os autores criaram um inventário constituído por 30 itens e uma versão reduzida de 14 itens, sendo que a versão utilizada na presente investigação foi o FMI-14. Este instrumento é constituído por 14 itens, distribuídos por duas subescalas: *Presença* (itens 1, 2, 3, 5, 7 e 10) e *Aceitação* (itens 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13 e 14). Os itens encontram-se formulados de forma positiva (excetuando o Item 13), sendo respondidos através de uma escala tipo Likert com as opções de (1) Raramente, (2) Ocasionalmente, (3)

Frequentemente e (4) Quase Sempre, o indivíduo assinala a frequência em que ocorrem os comportamentos ligados ao *Mindfulness*. A cotação desta escala é obtida através da soma de todos os itens, invertendo apenas o item número 13. A sua pontuação varia entre 14 e 56 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é o nível de consciência de si. Relativamente às suas características psicométricas, de acordo com os autores originais o FMI apresenta um bom nível de consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,79 (Walach et al., 2006).

O ***Inventário Geriátrico da Ansiedade (GAI, Geriatric Anxiety Inventory)*** foi elaborado por Pachana e seus colaboradores em 2007, e traduzida e validada para a população portuguesa, por Daniel, Vicente, Guadalupe, Silva, & Espirito-Santo (2015). O GAI tem como finalidade avaliar a presença de sintomatologia ansiosa na população geriátrica. Este instrumento é constituído por 20 itens com duas opções de resposta (1) Concordo e (2) Não Concordo. Trata-se de um instrumento de administração simples e rápida. Relativamente à sua cotação, esta poderá oscilar entre 0 pontos (sendo considerado o melhor resultado, evidenciando a ausência de sintomatologia ansiosa) e 20 pontos (considerado o pior resultado do instrumento, demonstrando a presença de sintomatologia ansiosa). De acordo com Pachana et al. (2006), o instrumento apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,91, sendo que nesta investigação pudemos observar um valor de consistência interna de 0,95.

A ***Escala Geriátrica da Depressão (GDS, Geriatric Depression Scale)*** foi criada por Yesavage et al. (1983), tendo sido validada recentemente para a população idosa geriátrica portuguesa (Ferreira, 2018). Trata-se de uma escala de avaliação de sintomatologia depressiva, direcionada para a população geriátrica (indivíduos > 65 anos). Este instrumento é composto por 30 itens, com duas possibilidades de resposta (1) Concordo e (2) Discordo. As respostas aos itens são alusivas à última semana do indivíduo. A cotação deste instrumento é realizada de forma minuciosa: é cotado um ponto aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, e cotado 0 aos restantes. Yesavage e seus colaboradores (1983) encontraram boas propriedades psicométricas, apontando para um alfa de Cronbach de 0,94. O presente estudo demonstrou um alfa de Cronbach de 0,82.

A ***Escala de Solidão (UCLA - Loneliness Scale)*** foi desenvolvida por Russell, Peplau & Ferguson (1978), com o objetivo de avaliar o nível de intensidade de solidão ou isolamento

social no indivíduo. A escala original é constituída por 20 itens de resposta tipo Likert, variando entre “Nunca” e “Frequentemente”. O instrumento foi traduzido e validado para a população geriátrica portuguesa, tendo alterado a sua estrutura relativamente à escala original para 16 itens, mantendo o tipo de resposta (Pocinho, Farate, & Dias, 2010). A cotação da escala é concretizada de forma invertida. O ponto de corte deste instrumento situa-se no valor 32, o que significa que a presença de um valor superior indica a solidão ou isolamento social no indivíduo avaliado. No que concerne ao nível de consistência interna, os autores originais da escala identificaram um alfa de Cronbach de 0,91. Na presente investigação, o alfa foi de 0,92.

A ***Escala de Autocompaixão (SELFCS)*** foi elaborada por Neff (2003), com o objetivo de avaliar os níveis de autocompaixão do indivíduo, tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Castilho & Pinto-Gouveia (2011). Relativamente à sua estrutura, a escala é constituída por 26 itens de autorresposta, dividida por seis subescalas (calor/compreensão, autocrítica, condição humana, isolamento, *Mindfulness* e sobre-identificação). No presente estudo, vamos utilizar somente a subescala de *Mindfulness*. É uma escala tipo Likert com 5 níveis, sendo que 1 = quase nunca e 5 = quase sempre. No que concerne à sua pontuação, os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser invertidos, para obter a cotação total da escala. Quanto maior for o resultado, maior é o nível de autocompaixão do indivíduo. A versão portuguesa do instrumento (Castilho et al., 2011) confirmou que este apresenta um bom nível de consistência interna (alfa de Cronbach 0,89). No presente estudo, o instrumento apresentou um valor de alfa máximo de 0,90 para a escala total e de 0,73 para a subescala de *Mindfulness*.

Análise estatística

Preliminarmente, foi utilizado o programa G*Power 3 (Faul, Erdfelder, & Buchner, 2007) para determinar o tamanho da amostra necessária para a concretização do presente estudo. Assim para um poder superior a 80%, tamanhos de efeito médios ($d = 0,5$; $f = 0,25$; $r = 0,5$) e alfa de 0,05 para, respetivamente, testes t de Student, ANOVA e correlações, as dimensões mínimas da amostra teriam de ser 76 (correlações), 102 (teste t de Student) ou 159 (ANOVA) sujeitos. Quanto à análise fatorial, seguimos a recomendação de Nunnally

(1978) que indicou um rácio de 10 sujeitos por item (i.e., $14 \times 10 = 140$ sujeitos). Desta forma, com 151 sujeitos, o poder estatístico para a ANOVA foi efetivamente de 78,3%, valor que se encontra muito próximo do convencionado (Cohen, 1988).

De seguida procedeu-se ao tratamento e a análise estatística dos dados através do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 25.0 para *MacOs*, SPSS, 2012).

Primeiramente, conduziram-se análises estatísticas descritivas com vista a analisar as características da amostra nas variáveis em estudo, nomeadamente, as médias, desvios-padrão e percentagens.

No que respeita à análise da consistência interna do FMI, efetuou-se o cálculo do alfa de Cronbach e análises correlacionais.

Posteriormente, foi feita uma análise fatorial exploratória com rotação Varimax de forma a verificar a estrutura do FMI, complementando esta com a análise paralela de Monte Carlo. No sentido de verificar a fatorabilidade dos dados, recorreu-se à medida de Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*) de adequação da amostra que deveria ser superior a 0,6 e ao teste de esfericidade de Bartlett que deveria ser significativo ($p < 0,05$) (Pallant, 2011). Para esta análise consideraram-se como valores adequados de saturação fatorial os que se situassem acima de 0,50, pois de acordo com Hair et al. (1995), somente esses valores têm significância prática (p. 385). Na inspeção da matriz de correlações tomaram-se como valores de referência os que se situavam acima de 0,3 (Pallant, 2011). Outro dos aspetos tidos em consideração foi a análise das *comunalidades* que informa sobre a quantidade da variância que é explicada em cada item, considerando-se valores acima de 0,30 para indicar se um item se integra com os outros itens num fator (Pallant, 2011).

Com vista a perceber as relações entre os diferentes constructos em estudo, procedeu-se a análises de correlação de Pearson e respetivos coeficientes de determinação. A interpretação das magnitudes das correlações seguiu os critérios de Cohen, Cohen, West e Aiken (2003), em que se considera de magnitude fraca as correlações entre 0,1 e 0,3, moderada entre 0,3 e 0,5 e forte iguais ou superiores a 0,5.

Seguidamente, foi analisada a distribuição das pontuações dos instrumentos para averiguar da sua normalidade e também da adequação dos dados para análises posteriores. Para tal, recorreu-se à análise dos valores de assimetria (*Skewness*; *Sk*) e de curtose (*Kurtosis*; *Ku*) e ao teste de Shapiro-Wilk (Pallant, 2011). Foi também analisada a relação entre o FMI e as variáveis sociodemográficas, através do teste *t* de Student para amostras independentes e da análise de variância de uma via (ANOVA). Por forma a complementar esta análise, foram ainda calculados os *d* de Cohen para o tamanho de efeito para os testes *t* de Student de acordo com as recomendações de Espírito-Santo e Daniel (2015) e os eta-quadrados para as ANOVA seguindo as indicações de Richardson (2011) e as recomendações de Espírito-Santo e Daniel (2018) para a sua interpretação.

Por fim, de forma a comparar os níveis de *Mindfulness* do presente estudo com os de outras investigações na área do *Mindfulness* em idosos, procedeu-se à conversão das pontuações do FMI em percentagem do máximo possível (POMP) recorrendo à fórmula $Mpomp = [(Média - pontuação\ mínima\ possível) / (pontuação\ máxima\ possível - pontuação\ mínima\ possível) \times 100]$ de Cohen, Cohen, Aiken & West (2010).

O nível de significância foi estabelecido em 0,05.

Resultados

Validade interna: Análise de Confiabilidade

A confiabilidade do FMI com catorze itens revelou um valor do alfa de Cronbach de 0,91. No entanto, o valor do *alfa se item 13 eliminado* subiu para 0,93, indicando que este item não parecia contribuir significativamente para a consistência interna.

Comparada com a mesma análise para treze itens, eliminando o Item 13, o valor do alfa de Cronbach subiu ligeiramente (0,93) e quando analisados os valores de *alfa se item eliminado*, todos os valores foram inferiores ou iguais aos valores de alfa do FMI total, pelo que não se salientou a exclusão de nenhum item (Tabela 4).

Tabela 4

Descritivas, Consistência Interna e Comunalidades do Inventário de Mindfulness de Freiburg com 13 Itens (n = 151)

#	Itens	M	DP	r	α se item eliminado
1	Estou receptivo(a) à experiência do momento presente	2,62	0,92	0,72	0,92
2	Estou consciente do meu corpo enquanto como, cozinho, limpo ou falo	2,58	0,96	0,72	0,92
3	Quando noto que a minha mente vagueia, retorno suavemente à experiência do aqui e agora	2,59	0,90	0,74	0,92
4	Sou capaz de gostar de mim próprio(a)	3,39	0,90	0,59	0,92
5	Presto atenção ao que está por detrás das minhas ações	2,70	0,96	0,64	0,92
6	Observo os meus erros e dificuldades sem os julgar	2,54	0,93	0,67	0,92
7	Sinto-me ligado à minha experiência do aqui e do agora	2,54	0,94	0,79	0,92
8	Aceito experiências desagradáveis	2,58	1,0	0,50	0,93
9	Quando as coisas correm mal sou compreensivo comigo mesmo(a)	2,83	0,93	0,79	0,92
10	Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles	2,54	0,97	0,76	0,92
11	Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente	2,60	1,1	0,66	0,92
12	Experimento momentos de paz interior e de calma, mesmo quando as coisas se tornam agitadas/confusas	2,62	1,0	0,66	0,92
14	Consigo sorrir quando percebo como, algumas vezes, torno a vida difícil	2,72	0,90	0,58	0,93

Nota. M = média; DP = desvio-padrão; r = correlação item-total corrigida

Validade de constructo: Análise Fatorial

Uma das formas de averiguar a validade de constructo relacionada com os dados foi analisar a estrutura dos itens, recorrendo a uma análise fatorial exploratória. Os valores de *KMO* (0,92) e o teste esfericidade de Bartlett's ($p < 0,001$) sustentaram a adequabilidade da amostra para a realização da análise fatorial. A maioria dos valores da matriz de correlação foi superior a 0,3, o que sustentou a estrutura da escala (Pallant, 2011). Relativamente ao valor de variância total explicada, o FMI obteve um valor de 69,93% e uma solução de três fatores com valores próprios (*eigenvalues*) superiores a um. Contudo, quando analisada a matriz de componentes rodada, verificou-se que apenas um item (13 = "Sou impaciente comigo próprio/a e com os outros") saturou no terceiro fator. Desta forma, procedeu-se análise paralela de Monte Carlo que destacou dois componentes com valores próprios superiores aos valores aleatórios equivalentes para uma matriz de dimensão idêntica (14 x 151 idosos).

Assim, realizou-se novamente a análise fatorial, desta vez forçada a dois fatores. Com efeito, quando inspecionados os valores de comunalidades, o valor do Item 13 revelou um valor inferior a 0,4. Consequentemente, procedeu-se novamente à análise fatorial, desta vez com treze itens (exclusão do Item 13) e ainda forçada a dois fatores. Os valores de *KMO* (0,93) e do índice de esfericidade de Bartlett ($p < 0,001$) foram adequados; a matriz de correlações teve a maioria dos valores superiores a 0,3; a variância total explicada foi de 67,16% e os valores de comunalidade não sugeriram a extração de mais nenhum item ($h^2 > 0,4$).

Na Tabela 5 são apresentados os resultados da análise fatorial para a solução final de dois fatores, variância explicada, alfas de Cronbach e valores de comunalidade.

Em abono da validade interna, os dois fatores associaram-se de forma positiva e elevada ($r = 0,65$; $p < 0,01$).

Tabela 5

Saturações Fatoriais e Comunalidades (h^2) para a Estrutura Fatorial do Inventário de Mindfulness de Freiburg

# Itens	Fator 1	Fator 2	h^2
1 Estou receptivo(a) à experiência do momento presente	0,88		0,81
2 Estou consciente do meu corpo enquanto como, cozinho, limpo ou falo	0,84		0,77
3 Quando noto que a minha mente vagueia, retorno suavemente à experiência do aqui e agora	0,84		0,78
4 Sou capaz de gostar de mim próprio(a)		0,58	0,46
5 Presto atenção ao que está por detrás das minhas ações	0,79		0,66
6 Observo os meus erros e dificuldades sem os julgar		0,66	0,58
7 Sinto-me ligado à minha experiência do aqui e do agora	0,86		0,83
8 Aceito experiências desagradáveis		0,80	0,65
9 Quando as coisas correm mal sou compreensivo comigo mesmo(a)		0,75	0,76
10 Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles	0,64		0,66
11 Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente		0,57	0,51
12 Experimento momentos de paz interior e de calma, mesmo quando as coisas se tornam agitadas/confusas		0,82	0,72
14 Consigo sorrir quando percebo como, algumas vezes, torno a vida difícil		0,72	0,56
% Variância	54,2%	12,9%	
α de Cronbach	0,93	0,88	

Nota. h^2 = comunalidade.

Validade de constructo: Análise convergente e divergente

O FMI-13 poderá ser considerado um instrumento válido se medir o atributo teórico que pretende medir. Para tal, procedeu-se à análise da correlação de Pearson entre o FMI-13 (e suas subescalas) e a SELFCS, com especial destaque para a sua subescala de *Mindfulness* (Tabela 6). Destacou-se então uma correlação positiva fraca do FMI-13 total com as pontuações totais da SELFCS ($r = 0,23$; $p < 0,05$; $R^2 = 5,3\%$) e uma correlação positiva moderada com a subescala *Mindfulness* ($r = 0,38$; $p < 0,01$) com um coeficiente de determinação de 14,4%. Quanto às subescalas, somente a subescala *Aceitação* do FMI-13 se correlacionou com a subescala de *Mindfulness* da SELFCS ($r = 0,49$; $p < 0,01$; $R^2 = 24,01\%$). Apesar de os instrumentos usados neste estudo não avaliarem constructos opostos (GAI, GDS e UCLA), a revisão da literatura mostrou que as pessoas idosas com níveis mais altos de *Mindfulness* sofrem de menos sintomas psicopatológicos (revisão de Cunha & Galhardo, 2019). Desse modo, foram encontradas correlações negativas moderadas e estatisticamente significativas com o GAI, GDS e UCLA (Tabela 6) com coeficientes de determinação similares (9,61% a 10,2%).

Tabela 6

Correlações de Pearson entre o FMI, GAI, GDS, UCLA e SELFCS (N = 151)

Instrumentos	Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8
1. FMI	Total	—	0,90**	0,91**	0,23 *	0,38**	-0,31**	-0,32**	-0,31**
	2. Presença		—	0,65**	0,38**	0,10	-0,24**	-0,17*	-0,25**
	3. Aceitação			—	0,07	0,49**	-0,31**	-0,40**	-0,32**
4. SELFCS	Total				—	0,09	-0,07	0,05	-0,12
	5. Mindfulness					—	-0,10	-0,24	-0,05
6. GAI							—	0,62**	0,41**
7. GDS								—	0,53**
8. UCLA									—

Nota. FMI = Inventário de *Mindfulness* de Freiburg; SELFCS = Escala de Autocompaixão; GAI = Inventário de Ansiedade Geriátrico; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; UCLA = Escala de Solidão; $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. A Subescala Presença corresponde ao Fator 1 deste estudo e a Subescala Aceitação ao Fator 2.

Análise complementar

Para uma melhor compreensão das correlações analisadas anteriormente entre o FMI e GAI, GDS e UCLA, tornou-se pertinente a realização de uma análise complementar, com o objetivo de perceber de forma mais elucidativa o que acontecia à intensidade das pontuações das medidas emocionais consoante os níveis de *Mindfulness*. Os níveis de *Mindfulness* do FMI foram determinados através do seu cálculo percentílico.

De um modo geral, os resultados foram idênticos. De acordo com as Figuras 1, 2 e 3, é possível verificar que quanto mais elevados os níveis de *Mindfulness*, menores as intensidades dos sintomas ansiosos, depressivos e de solidão.

No entanto, é possível também observar que nos níveis moderados de *Mindfulness* as pontuações do GDS foram um pouco superiores no nível "moderado" comparando com o nível de "algum" *Mindfulness*.

Ainda assim, a ANOVA com *post-hoc* de Gabriel revelou que as diferenças não foram significativas ($p > 0,05 / 6 = 0,0083$; correção de Bonferroni).

Todas as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,0083$) encontradas nas pontuações do GAI, GDS e UCLA ocorreram na comparação entre os pares extremos (Pouco nível de *mindfulness* e Alto nível de *mindfulness*).

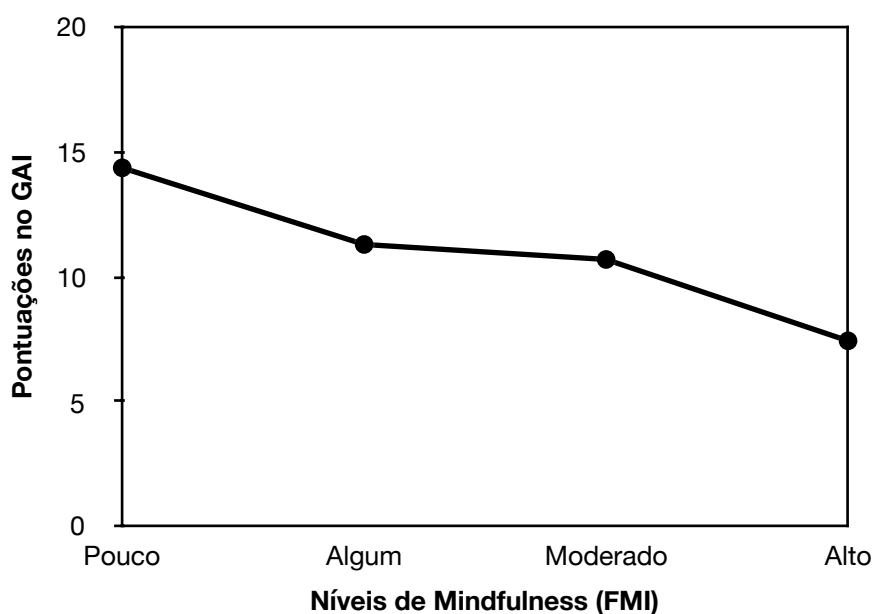


Figura 1. Pontuação média do Inventário de Ansiedade (GAI) para cada nível de Mindfulness (FMI).

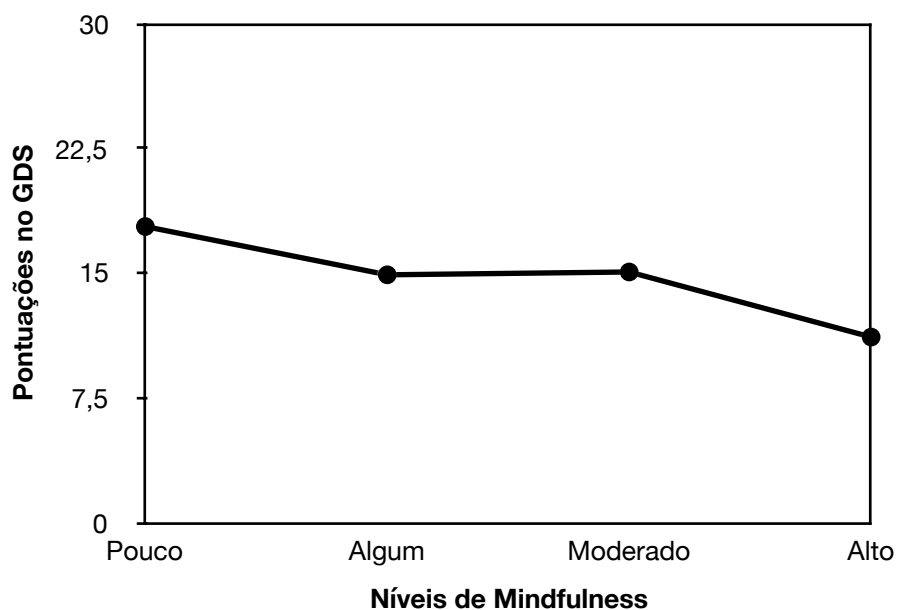


Figura 2. Pontuação média da Escala de Depressão (GDS) para cada nível de Mindfulness (FMI).

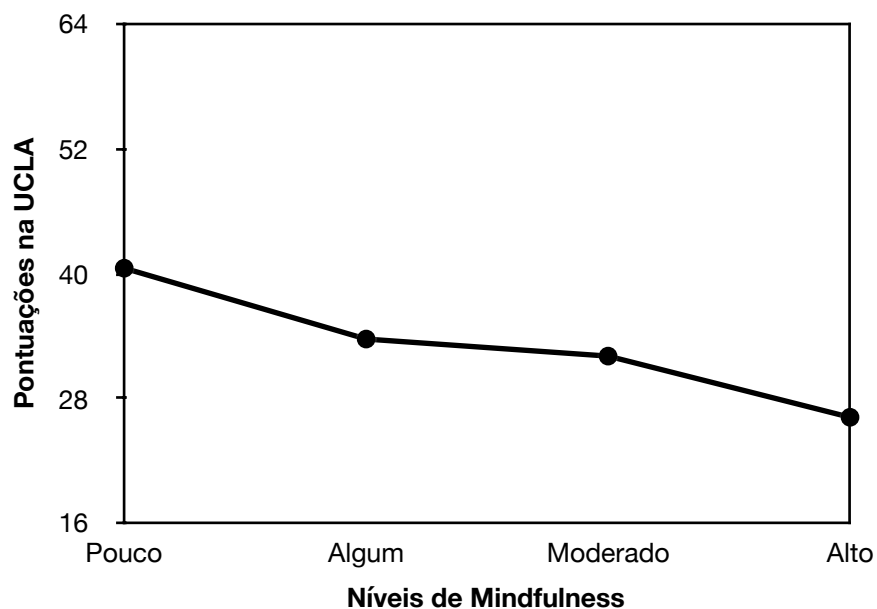


Figura 3. Pontuação média do Inventário de Solidão (UCLA) para cada nível de Mindfulness (FMI).

Validade de critério

Intensidade do Mindfulness medido pelo FMI e restantes medidas

Na Tabela 7 são apresentadas as estatísticas descritivas relativamente às variáveis estudadas.

Tabela 7

Intensidade de FMI e suas Subescalas, do GAI, da GDS e da UCLA na Amostra de Idosos Institucionalizados (N = 151)

Instrumentos	Subescalas	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
	FMI Total	38,85	9,03	13	50
FMI	FMI Presença	15,55	4,83	6	24
	FMI Aceitação	19,30	5,12	7	28
SELFCS	Total	93,33	17,65	38	184
	<i>Mindfulness</i>	13,51	3,32	5	20
GAI		11,16	6,90	0	20
GDS		14,95	5,88	0	30
UCLA		33,30	14,31	11	64

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *Máx* = Máximo; *Mín* = Mínimo; FMI = Inventário de Mindfulness de Freiburg; GAI = Inventário de Ansiedade Geriátrico; GDS = Escala de Depressão Geriátrica; UCLA = Escala de Solidão.

O teste de Shapiro-Wilk mostrou que a distribuição das pontuações do FMI-13 foi significativamente não-normal ($p < 0,01$). No entanto, a análise da assimetria e curtose permitiu confirmar que a violação ao pressuposto da normalidade da distribuição das pontuações não foi exagerado ($|Sk|$ e $|Ku| < 3,29$; Kim, 2013), tendo sido encontrados valores de assimetria de -2,53 e de curtose de -1,69.

Para a validade de constructo é importante verificar a capacidade de um instrumento de encontrar diferenças entre os participantes (Troussleard, 2010). Assim, na Tabela 8 é mostrada a comparação das pontuações do FMI entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, através de testes *t* de Student para amostras independentes, bem como de ANOVA. Tal como se pode observar, as pontuações do FMI-13 foram independentes de todas as variáveis sociodemográficas (ausência de diferenças entre os sexos, grupos etários, níveis

de escolaridade e profissão prévia), com exceção do contexto de residência: verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os idosos institucionalizados do distrito de Aveiro ($M = 37,76$; $DP = 8,89$) quando comparados com os idosos institucionalizados do distrito de Coimbra ($M = 32,46$; $DP = 8,48$). No entanto, a magnitude do efeito foi moderada (d de Cohen = 0,61; IC 95% de 0,28 a 0,94).

Tabela 8

Comparação das Pontuações do FMI entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 151)

		FMI	
		M	DP
Região	Aveiro	37,76	8,89
	Coimbra	32,46	8,48
<i>t Student (t, d)</i>		(-3,74***; 0,61++)	
Sexo	Masculino	35,4	8,58
	Feminino	34,61	9,25
<i>t Student (t, d)</i>		(0,49 ^{NS} ; 0,09 ⁺)	
Idade	Novos Velhos	33,94	9,97
	Velhos Velhos	35,34	8,59
<i>t Student (t, d)</i>		(-0,89 ^{NS} ; 0,15 ⁺)	
Estado Civil	Sem Companheiro	34,59	9,41
	Com Companheiro	35,74	7,66
<i>t Student (t, d)</i>		(-0,65 ^{NS} ; 0,13 ⁺)	
Escolaridade	Sem escolaridade	35,71	8,27
	< 12 anos de escolaridade	34,26	9,62
	≥ 13 anos de escolaridade	34,88	8,46
ANOVA (F ; η^2)		(0,44 ^{NS} ; 0,01 ⁺)	
Profissão	Manual	34,66	9,26
	Intelectual	35,84	7,62
<i>t Student (t, d)</i>		(-0,53 ^{NS} ; 0,13 ⁺)	

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); d = d de Cohen; FMI = Inventário de Mindfulness de Freiburg.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{NS} Não significativo. ⁺ tamanhos do efeito insignificantes; ⁺⁺ tamanho do efeito moderado.

Análise Mpomp

Por fim, relativamente à análise Mpomp, converteram-se as pontuações dos diferentes instrumentos utilizados em diversas investigações em percentagens do máximo possível, no sentido de comparar os resultados do presente estudo com outros na avaliação do *Mindfulness* em idosos (Tabela 9).

Tabela 9

Comparação Entre Estudos da Percentagem do Máximo Possível na Avaliação do Mindfulness em Idosos Institucionalizados

Amostra	Investigação	N	Idade (M; DP)	Mindfulness Mpomp
Idosos Institucionalizados	Presente investigação	151	81,76; 7,99	66,20
Idosos Institucionalizados	Helmes & Ward (2015)	26	83; —	67,84
		26		58,21
Universidade Sénior	Cruz (2013)	213	68,26; 7,37	66,22
Universidade Sénior	Moushegian (2015)	10	73,0; 4,37	74,62
Clínica ^a	Van Den Hurk et al. (2015)	19	61,7; —	70,00
Mista ^b	Wong et al. (2017)	12	76,5; 6,7	60,10
Idosos da Comunidade	Lenze et al. (2014)	16	70,9; 4,5	57,40
Idosos da Comunidade	Splevins et al. (2009)	22	65; —	45,70
Idosos da Comunidade	Creswell (2012)	40	65,16; —	62,80
Idosos da Comunidade	Moynihan et al. (2012)	105	73,3; 6,7	81,60
Idosos da Comunidade	Mahoney et al. (2015)	85	71,8; —	69,40
Idosos da Comunidade	Mallya & Fiocco (2015)			67,20
				68,40

Nota. ^a amostra recolhida em Hospital Universitário em Idosos diagnosticados com Cancro; ^b amostra recolhida Cognitive, Dementia and Memory Service (CDAMS) + comunidade; N = número de sujeitos; M = média; DP = desvio padrão; Mpomp = (M - valor mínimo possível) / (valor máximo possível - valor mínimo possível) x 100.

Discussão

Nos últimos dez anos, vários autores têm estudado o *Mindfulness*, tentando definir globalmente o seu conceito e as suas áreas de aplicação (Bishop et al., 2004; Germer, 2004; Rahal, 2018). Quanto à sua aplicação, recentes investigações mostram evidências científicas

dos efeitos positivos do *Mindfulness* na população idosa. Porém, apesar de ser uma matéria cada vez mais investigada, em Portugal permanecem ainda algumas questões relativas à avaliação do *Mindfulness* em pessoas idosas, especialmente em contexto institucional. Assim, a presente investigação pretende responder a algumas destas mesmas questões.

Iniciamos com o nosso estudo, apresentando a validação do Inventário de *Mindfulness* de Freiburg na população idosa institucionalizada em Portugal. A validação do FMI foi concretizada através da análise das características psicométricas numa amostra de 151 idosos institucionalizados em diversas ERPI's.

Relativamente à análise da validade interna, o FMI-13 apresenta um elevado valor de alfa de Cronbach de 0,93, superior aos valores obtidos noutros estudos que apresentaram valores moderados (Bruggeman-Everts et al., 2017; Chen & Zhou, 2013; Trousselard, et al. 2010; Walach et al., 2006); no entanto, é importante salientar que esses estudos não foram realizados com idosos.

Através da análise fatorial, observou-se a presença de uma estrutura composta por dois fatores, tendo ficado excluído somente o Item 13 dos catorze itens originais. Os itens incluídos no Fator 1 relacionam-se com a *Presença*, ou seja, com a atenção e ligação ao momento presente, consciencialização do corpo, notar o vagoio da mente e os sentimentos e regressar ao que se está a vivenciar. Os itens que integram o Fator 2 estão relacionados com a *Aceitação*, referindo-se à capacidade de parar para observar erros pessoais e experiências desagradáveis sem julgamento, mantendo paz interior, capacidade para gostar de si mesmo e de sorrir. Os resultados obtidos mostram que as duas subescalas apresentam uma boa consistência interna, com boas saturações dos itens e correlação elevada entre si. Note-se que a presente validação não foi a primeira eliminar o Item 13 do instrumento original, sendo suportada pelo estudo de Trousselard et al. (2010) na validação do FMI para a população francesa. Também Chen & Zhou (2013), na validação para a população chinesa, referiu problemas com o Item 13. Em reforço deste aspeto, Sauer, Walach, Offenbacher, Lynch e Kohls (2011) apontaram falhas na compreensão do FMI-14 em jovens e idosos, sugerindo a criação de uma nova versão de 13 itens para estes dois grupos. Destaque-se, no entanto, que o Item 13 é o único item do inventário com cotação invertida e como alguns o demonstraram, a inversão de itens levanta problemas à estrutura fatorial de um instrumento (Zhang, Noor, & Savalei, 2016).

Seguidamente, o FMI apresenta um valor de correlação positivo moderado com a subescala de *Mindfulness* da SELFCS, atestando a sua validade convergente.

Quanto à validade divergente, os resultados mostraram valores de correlação negativos, moderados e significativos com o GAI, GDS e UCLA. A análise suplementar permitiu observar de forma gráfica que quanto maior o nível de *Mindfulness* menores os níveis de sintomatologia ansiosa, depressiva e de solidão. Em suporte dos resultados relativos aos sintomas ansiosos e depressivos, um estudo preliminar Português, no seguimento do projeto de investigação *Trajelórias do Envelhecimento*, que avaliou o Mindfulness-traço em 85 idosos institucionalizados, concluiu que este traço (*Mindful*) se correlaciona com estados emocionais negativos (Cunha & Galhardo, 2019). Outros estudos realizados em Portugal também parecem apoiar o resultado da presente investigação, confirmando o efeito positivo de estar *Mindful* como elemento protetor de sintomatologia ansiosa e depressiva (Lima & Oliveira, 2015; Lima, Oliveira & Godinho, 2011; Pereira, 2013; Oliveira & Cruz, 2013, Venâncio, 2016; Ribeiro 2017). Também o estudo de Mahoney et al. (2015) com idosos da comunidade apontou uma correlação negativa do *Mindfulness* e sintomas ansiosos. Outra pesquisa que avaliou o *Mindfulness*-traço em pessoas idosas saudáveis concluiu que este traço se encontra intimamente relacionado com a saúde mental do indivíduo idoso (Frias & Whyne, 2015). Da mesma forma, Splevins et al. (2009), Helmes & Ward (2015), Van Den Hurk et al. (2015) e Wong et al. (2017) concluíram que o nível de *Mindfulness* diminui significativamente os sintomas de ansiedade e *stresse*. Assim, não só se atesta a validade divergente do FMI, como também se acrescenta à literatura prévia que mostra que o *Mindfulness* é uma competência importante para a regulação emocional em pessoas idosas.

Quanto à solidão, a única investigação encontrada suporta igualmente o resultado do nosso estudo, evidenciando a relação desta com o nível de *Mindfulness*. Creswell et al. (2012) num estudo pioneiro, concluiu que a capacidade de estar *Mindful*, reduz significativamente os níveis de solidão em idosos, apontando a importância da prática meditativa de forma a estimular esta capacidade.

A realização da análise Mpomp também se mostrou um ponto de trabalho essencial, visto que possibilitou a comparação entre vários estudos na área do *Mindfulness* em idosos avaliados

com diferentes instrumentos, já que foi encontrado um número reduzidos de estudos que utilizaram o Inventário de *Mindfulness* de Freiburg. Assim, após a aplicação da fórmula Mpomp (Cohen et al., 2010) e de acordo com os resultados, foi possível verificar que os idosos da amostra do presente estudo, de uma forma geral, experienciam um bom nível de consciência de si (sem prática formal de *Mindfulness*). Assim, em termos de percentagens do máximo possível, verificou-se um valor (66,20%) semelhante às percentagens do máximo possível das restantes investigações na área do *Mindfulness* em idosos institucionalizados (Helmès & Ward, 2015) e, surpreendentemente, também em idosos da comunidade (Creswell, 2012; Mahoney et al., 2015; Mallya & Fiocco, 2015; Moynihan et al., 2012). Desta forma, constata-se que mesmo sem prática formal, o *Mindfulness* existe na população idosa apesar de institucionalizada, provavelmente porque é um traço de personalidade independente das circunstâncias, ainda que variável ao longo da vida (Kabat-Zinn, 2003).

Por fim, no que concerne às variáveis sociodemográficas, o presente estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas, à exceção da variável *Região*, que demonstrou que os idosos avaliados do distrito de Aveiro parecem apresentar níveis mais altos de *Mindfulness* quando comparados com os idosos avaliados do distrito de Coimbra. Na realidade, um estudo prévio já tinha mostrado que o viver próximo do mar está relacionado com o bem-estar, incluindo a "paz de espírito", especialmente em idosos (Peng, Yamashita, & Kobayashi, 2016). Relativamente às restantes variáveis, à exceção da variável *Idade*, não foram encontrados estudos que fizessem referência à relação entre as mesmas e a capacidade de estar *Mindful*. Assim, no que concerne à idade, foram encontrados dois estudos com resultados contraditórios. Para Mahoney et al. (2015), os idosos encontram-se mais propensos a aceitar as suas experiências internas aceitando-as, sem julgamento e resistência, aproveitando o momento presente. Contudo, para Cruz (2013), a capacidade de estar consciente de si não aumenta, mas diminui com a idade avançada, limitando e incapacitando o idoso de observar a sua experiência do momento e aceita-la, sem julgamento. O resultado deste estudo poderá ser explicado pelo facto de a amostra ter características homogéneas e muito próximas, ficando a sugestão da elaboração de um estudo, numa amostra maior, alargando a outros tipos de faixas etárias (não só idosos), de forma a concluir se estas variáveis (idade, sexo, escolaridade, estado civil e profissão) têm influência ou não na capacidade de estar *Mindful*.

Por fim, há que apontar algumas limitações no nosso estudo: (1) a falta de disponibilidade de horário dos idosos institucionalizados devido ao elevado número de atividades praticadas; (2) avaliações demoradas na sequência da fragilidade emocional em que se encontravam alguns idosos participantes no presente estudo; e (3) o desequilíbrio nos subgrupos respeitantes às categorias sociodemográficas. Por contraste, como forças do nosso estudo há que destacar a novidade do estudo e a razoável dimensão da amostra.

Conclusão

Em jeito de conclusão, a validação do FMI mostrou um instrumento com boas características psicométricas, de resposta simples e direta e de fácil compreensão para esta população, mantendo o objetivo principal de Walach et al. (2006) na criação do inventário original. Assim, considera-se que a presente validação do FMI-13 poderá tornar-se útil em futuras avaliações e investigações na área do *Mindfulness*, visto ser o único instrumento de avaliação validado para a população idosa institucionalizada em Portugal.

Desta forma, pensamos que este instrumento poderá fazer parte pequeno passo para uma grande mudança, já que assistimos a uma degradação psicológica deste grupo populacional, alvo de diversos estudos mas infelizmente pouco alvo de intervenção.

Mais do que nunca é necessário colocar em prática anos de investigação e criar estratégias para melhorar a qualidade de vida de todos os idosos. A curto prazo estamos a pensar neles, mas a longo prazo estaremos a melhorar a realidade que um dia será a nossa.

Referências

- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 25(6), 350–358. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534586>
- Baer, R. A., Smith G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>

- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 31–39. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Brion, J. M., Leary, M. R., & Drabkin, A. S. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology*, *19*(2), 218–229. <https://doi.org/10.1177/1359105312467391>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822–848.
- Bruggeman-Everts, F. Z., Van der Lee, M. L., Van, E. F. M., & Nyklic, I. (2017). Validation of the Dutch Freiburg Mindfulness Inventory in patients with medical illness. *SAGE Open*, 1–9. <https://doi.org/10.1177/2158244017705936>
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, *15*(2), 204–223. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, *54*, 203–230. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Chen, S. Y., & Zhou, R. L. (2013). Validation of a Chinese version of the Freiburg Mindfulness Inventory – short version. *Mindfulness*, *5*(5), 529–535. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0208-8>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, P., Cohen, J., Aiken, L. S., & West, S. G. (2010). The problem of units and the circumstance for POMP. *Multivariate Behavioral Research*, *34*, 315–346. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_2
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J., Ma, J., & Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, *26*(7), 1095–1101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>

- Cruz, C. (2013). *Envelhecimento ativo em alunos de Universidades Seniores - O papel do sentido da vida, Mindfulness e perspectiva temporal enquanto factores de bem-estar*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cunha, M., & Galhardo, A. (2019). Mindfulness e Compaixão na idade Avançada. In H. Espírito-Santo & F. Daniel. (Eds.), *Trajetos do envelhecimento: Perspetivas teóricas e empíricas* (pp. 353-374). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Daniel, F., Vicente, H., Guadalupe, S., Silva, A., & Espírito-Santo, H. (2015). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Inventário Geriátrico de Ansiedade numa amostra de idosos utentes de estruturas residenciais. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 3–14. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.22>
- Espírito Santo, H., & Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3-16. <https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.14>
- Espírito Santo, H. M., & Daniel, F. (2018). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (3): Guia para reportar os tamanhos do efeito para análises de regressão e ANOVAs. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 43-60. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.72>
- Faul, F., Erdfelder, E., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior, Research Methods*, 39(2), 1202–1206. <https://doi.org/10.1109/ISIT.2013.6620417>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.
- Ferreira, C. F. (2018). *Validação da Escala de Depressão Geriátrica numa amostra de idosos institucionalizados da população portuguesa*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Frias, C. M., & Whyne, E. (2015). Stress on health-related quality of life in older adults: The protective nature of Mindfulness. *Aging & Mental Health*, 19(3), 201. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.924090>

- Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., Caldera, C. A., Combs, H. L., Peters, J. R., & Baer, R. (2016). Mindfulness-Based interventions for older adults: A review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296–307. <https://doi.org/doi:10.1007/s12671-015-0444-1>
- Germer, C. (2004). What is mindfulness? *Insight Journal*, 24–29. <https://doi.org/10.1037/11885-001>
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259–280. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_10
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1995). *Multivariate data analysis with readings* (4ª ed.). NJ: Prentice Hall International Editions.
- Helmes, E., & Ward, B. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & Mental Health*, 21(3), 1364–6915. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1111862>
- Hirayama, M., Milani, D., Rodrigues, R., Barros, N., & Alexandre, N. (2014). A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3899–3914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.12272013>
- INE. (2014). Projeções de população residente 2012-2060. *Destaque*, 1–18.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190.
- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Boston: Addison - Wesley Pub.
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., ... Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 991–1000. <https://doi.org/10.1002/gps.4086>

- Lima, M. P., & Oliveira, A. L. (2015). A integração do mindfulness em intervenções na idade avançada. *Exedra Revista Científica ESEC*, 136–150.
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 165–183.
- Lima, T. S., Santos, W. P., Freitas, F. D., Gouveia, B. L., Torquato, I. B., & Agra, G. (2016). Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 51–65.
- Lopes, A. (2017). *Efeitos do Mindfulness no bem-estar e satisfação no trabalho*. Universidade Católica Portuguesa.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. (2015). *Terapias comportamentais de terceira geração: Guia para profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora.
- Mahoney, C. T., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2015). Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults: Age differences in risk factors for anxiety symptoms. *International Journal of Aging and Human Development*, 81(4), 217–240. <https://doi.org/10.1177/0091415015621309>
- Mallya, S., & Fiocco, A. J. (2015). Effects of mindfulness training on cognition and well-being in healthy older adults. *Mindfulness*, 7(2). <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0468-6>
- Moushegian, N. N. (2015). *Trait mindfulness and emotion regulation in an older adult population*. University of Arizona.
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W., & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-Based stress reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*, 68(1), 34–43. <https://doi.org/10.1159/000350949>
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860390209035>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

- O'Connor, B. P., & Vallerand, R. J. (1998). Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. *Psychology and Aging, 13*(3), 368-374. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.3.368>
- Oliveira, A. L., & Cruz, A. C. (2013). O papel do sentido da vida e do mindfulness na compreensão do bem estar de alunos de Universidades Seniores. *Exedra Revista Científica ESEC, 61*–78.
- Oliveira, J. B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpisc.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics, 19*(1), 103– 114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (4th ed.). Crows Nest NSW: Allen and Unwin.
- Pavarini, S. C. (1996). *Dependência comportamental na velhice: Uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado*. Faculdade de Educação Universidade Estadual de Campinas.
- Peng, C., Yamashita, K., & Kobayashi, E. (2016). Effects of the coastal environment on well-being. *Journal of Coastal Zone Management, 19*, 421. <https://doi.org/10.4172/2473-3350.1000421>
- Pereira, C. M. (2012). *Auto-percepção do envelhecimento, mindfulness e apoio social*. Universidade Lusíada de Lisboa.
- Pinto, D. C. V. (2013). *Por que vão os idosos para lares? Determinantes n o internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2005.00508.x>
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e Novas Modernidades, 18*, 65–77. Retrieved from <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewArticle/304>
- Rahal, G. M. (2018). Atenção plena no contexto escolar: Benefícios e possibilidades de inserção. *Psicologia Escolar e Educacional, 22*(2), 347–358. <https://doi.org/10.1590/2175-35392018010258>

- Ribeiro, M. S. (2017). *Sea your age: Programa intergeracional de Mindfulness para a diminuição do idadismo e promoção de bem-estar em crianças do ensino pré-escolar e pessoas idosas*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Richardson, J. T. E. (2011) Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135-147. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001>
- Rovner, B. W., German, P. S., Brant, L. J., Clark, R., Burton, L., & Folstein, M. F. (1991). Depression and mortality. *JAMA*, 265(8), 993–996. <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03460080063033>
- Runcan, P. L. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.093>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Sauer, S., Walach, H., Offenbacher, M., Lynch, S., & Kohls, N. (2011). Measuring Mindfulness: A Rasch Analysis of the Freiburg Mindfulness Inventory. *Religions*, 2(4), 693–706. <https://doi.org/10.3390/rel2040693>
- Schroevers, M. J., & Brandsma, R. (2010). Is learning mindfulness associated with improved affect after mindfulness-based cognitive therapy?. *British Journal of Psychology*, 101, 95-107. <https://doi.org/10.1348/000712609X424195>
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2008). Mindfulness: What is it? Where does it Come From?. *Clinical Handbook of Mindfulness*. Retrieved from www.nicabm.com
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health*, 13(3), 328–335. <https://doi.org/10.1080/13607860802459807>
- Trousselard, M., Steiler, D., Raphel, C., Cian, C., Duymedjian, R., Claverie, D., & Canini, F. (2010). Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory - short version: Relationships between mindfulness and stress in an adult population. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(8), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-8>
- Van Den Hurk, D. G. M., Schellekens, M. P. J., Molema, J., Speckens, A. E. M., & Van Der Drift, M. A. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for lung cancer patients and their

- partners: Results of a mixed methods pilot study. *Palliative Medicine*, 29(7), 652–660. <https://doi.org/10.1177/0269216315572720>
- Veloso, A. S. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação - Efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Venâncio, J. N. (2016). *Estimulação multissensorial através da arte e estratégias de Mindfulness em idosos*. Universidade de Aveiro.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness - The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543–1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Williams, M., & Penman, D., (2011). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Inglaterra: Little, Brown Book Group.
- Wong, W. P., Coles, J., Chambers, R., Wu, D., & Hased, C. (2017). The Effects of Mindfulness on Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 1(1), 181–193. <https://doi.org/10.3233/ADR-170031>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminar report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Young, L. A., & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-based stress reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review*, 15(2), 59–64. <https://doi.org/10.1177/1533210110387687>
- Zeller, J. M., & Lamb, K. (2011). Mindfulness meditation to improve care quality and quality of life in long-Term care settings. *Geriatric Nursing*, 32(2), 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.11.006>
- Zhang, X., Noor, R., & Savalei, V. (2016). Examining the Effect of Reverse Worded Items on the Factor Structure of the Need for Cognition Scale. *PloS one*, 11(6), e0157795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157795>