



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster de Iniciación a la Investigación
en Ciencias de la Enfermería

Curso Académico 2018/19

TRABAJO FIN DE MASTER

Intervención del programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena en la calidad de vida de las/os inscritas/os en la Asociación A.G.U.A.

Intervention of Mindfulness-Based Reduction Stress on the quality of life of those enrolled in the Association A.G.U.A.

Autor/a: Miguel Ángel Tonello Gallego

Director/a: Emmanuel Echániz Serrano

En Zaragoza a 4 de Septiembre de 2019



ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	3
RESUMEN.	3
ABSTRACT.....	4
CALIDAD DE VIDA.	5
EVOLUCIÓN EN LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PLENA.	9
EFECTO DE LA ATENCIÓN PLENA EN LA CALIDAD DE VIDA.....	11
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR/A.....	13
2.PREGUNTA DE INVESTIGACION.OBJETIVOS.HIPOTESIS.	15
3.MÉTODO.....	16
DISEÑO DEL ESTUDIO.	16
POBLACIÓN.	16
FUENTES Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	17
HERRAMIENTAS EN EL ESTUDIO:	18
PERMISOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS:.....	20
ANÁLISIS REALIZADO DE LOS DATOS	21
CRONOGRAMA.....	21
PRESUPUESTO.	22
4.RESULTADOS.	24
5. DISCUSIÓN.....	39
LIMITACIONES.	45
6. CONCLUSION.....	47
7. ANEXOS.	48
BIBLIOGRAFÍA.....	48



1.INTRODUCCIÓN.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: Las situaciones a las que nos enfrentamos cada día, pueden llegar a provocar altos niveles de estrés, afectando negativamente en muchos de los casos a nuestra salud y calidad de vida. Este estudio se centra en esas intervenciones que ayudan a la personas a vivir mejor, por ejemplo el ejercicio, aprender un idioma, y sobretodo, practicar mindfulness ó atención plena. Todas las personas tienen diferentes capacidades para atender y ser conscientes del momento presente, y es un rasgo intrínseco pero modificable. En la década de los 80, Jon Kabat Zinn introdujo el programa de reducción del estrés basado en atención plena. Además existe evidencia que indica que las terapias relacionadas con atención plena y psicología positiva mejoran el síndrome de quemado del cuidador.

OBJETIVO: Analizar el impacto sobre la calidad de vida en los participantes de un programa de reducción del estrés basado en atención plena comparándolo con los grupos de inglés y espalda sana de la asociación cultural de mujeres Agustina d´Aragón.

METODOLOGÍA: Estudio cuasi-experimental que se llevó a cabo en 2 meses, con 98 inscritas que acudían a las actividades de atención plena, espalda sana e inglés de la asociación en diferentes centros cívicos de Zaragoza.

RESULTADOS: En el grupo de intervención hay una mejora significativa en la salud física de los participantes. Los de espalda sana perciben su calidad de vida peor y el grupo de inglés sirve como control sin relevancias significativas. Además existe una buena correlación con las escalas de atención plena y sobrecarga del cuidador.

CONCLUSIÓN: El programa de reducción del estrés basado en atención plena se ha mostrado efectivo pero con unas limitaciones en este estudio. Es por ello, que se necesitan más estudios de la calidad de vida de personas sin clínica específica que practiquen atención plena.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, ejercicio físico, atención plena, mindfulness, programa de reducción del estrés basado en atención plena, sobrecarga del cuidador.

ABSTRACT.

INTRODUCTION: The situations that we face everyday can provoke high levels of stress, negatively affecting our health and quality of life in many cases. This study focuses on those interventions that help people to live better, for example exercise, learn a language, and above all to practice mindfulness. All people have different capacities to attend and be aware of the present moment, and it is an intrinsic but modifiable trait. In the 1980s, Jon Kabat Zinn introduced the mindfulness based stress reduction program. There is also evidence that the rapies related to mindfulness and positive psychology improve care giver burnout syndrome.

OBJECTIVE: To analyze the impact of a minfullnes based stress reduction program on the quality of life of participants in the Agustina women's cultural association d'Aragón by comparin git to English and healthy back groups.

METHODOLOGY: Quasi-experimental study carrie dout in 2 months, with 98 participants attending the association's full attention, healthy back and English activities in different civic centres in Zaragoza.

RESULTS: In the intervention group there is a significant improvement in the physical health of the participants. Those with a healthy back perceive their quality of life to be worse and the English group serves as a control without significant relevance. In addition, there is a good correlation with the scales of full attention and caregiver overload.

CONCLUSION: The mindfulness based stress reduction program has been show nto be effective but with some limitations in this study. There fore, more studies of the quality of life of people with out a specific clinic practicing full care are needed.

KEY WORDS: quality of life, physical exercise, mindfulness, mindfulness stress, minfullnes based stress reduction program, caregiver overload.

CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida (CdV) ó calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se considera un índice subjetivo y multidimensional, determinado por distintas aptitudes personales que comprenden; la función física y el estado psicológico, las tareas ocupacionales, la interacción social y la sensación somática. En la investigación clínica la CVRS se puede usar como medida de resultado, ya que muestra la capacidad de respuesta a cambios importantes en el funcionamiento diario y el bienestar de las personas (1-4).

El impacto fisiológico del estrés crónico es difícil de estudiar en humanos. En la literatura de investigación que examina los biomarcadores que se ven afectados por el estrés se puede encontrar que: el cortisol aumentó en la mayoría de los estudios, que existen diferencias en los valores de la epinefrina, norepinefrina y otros marcadores cardiovasculares, un alto nivel de heterogeneidad en las medidas del sistema inmune y el acortamiento acelerado de los telómeros. Los efectos dañinos del cortisol elevado a lo largo del día y durante periodos de tiempo prolongados están asociados a la depresión y el síndrome del intestino irritable (4-6).

Los factores estresantes externos son parte de la vida y no se pueden cambiar, pero sí los métodos para sobrellevar el estrés, es decir llevar a cabo unas estrategias adecuadas de afrontamiento (2,4).

La Organización Mundial de la Salud diseñó la escala Whoqol-bref (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) en el año 1993 como instrumento para evaluar la calidad de vida en personas sanas y enfermas. A diferencia de otras escalas, considera la percepción del sujeto en sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental, de manera integral, y también es utilizada como medida válida para evaluar la efectividad de los programas de intervención en la asistencia sanitaria (1,3).

Algunas intervenciones que están disponibles en la literatura científica para mejorar la calidad de vida de las personas son: la Actividad Física (AF), el aprendizaje de un idioma nuevo, la práctica de Mindfulness o atención plena (AP) (2,4).

1. ACTIVIDAD FÍSICA.

Son muchos los estudios que afirman que la práctica regular de ejercicio está directamente relacionada con el bienestar psicológico, mejorando el humor y la calidad del sueño e incrementando la satisfacción con la vida y la energía vital (4).

Por lo que respecta a la duración aconsejable de la práctica de AF el estudio de Liern Serrano, y García Toro, M. (2017)., aconsejan que entre 20-30 minutos al día o un gasto energético de entre 200 y 300 kilocalorías aportan al sujeto una importante sensación de bienestar subjetiva. Además se producen unos beneficios adicionales en el organismo cuando dicha actividad supera los 150 minutos semanales (4).

La actividad física es uno de los principales factores que contribuyen a un estilo de vida personal saludable. A pesar de eso, muchas personas o no lo hacen o dejan de practicarlo después de un corto período de tiempo. Las personas físicamente inactivas pertenecen a un grupo que tiene un gran riesgo de desarrollar diferentes enfermedades como la osteoporosis, afecciones cardíacas o la diabetes (4,7,8).

La investigación psicológica es abundante en intervenciones que facilitan la iniciación del cambio de comportamiento, donde la satisfacción juega un papel crucial, ya que aumenta el estado de conciencia saludable en una situación positiva específica. Como la reducción de pensamientos negativos, por ejemplo, sobre el desarrollo de una actividad física, el abandono del hábito de fumar o la pérdida de peso (7,8).

Todos vivimos en umbrales muy altos de ansiedad, con la tensión sobredimensionada, que se refleja en la crispación neuromuscular, contracturas y bloqueos mentales y emocionales. Como refleja Calle (2005) en su estudio, son pocas las personas que saben respirar y relajarse. La mayoría de los seres humanos respiran superficial y arrítmicamente, e incluso, por la boca a pesar de que la nariz hace la función de filtro y calentamiento del aire, y con ello permite una respiración más regular (9).

Mosh Feldenkrais científico y uno de los fundadores de la disciplina que hoy en día se denomina Educación Somática, desarrolló dos modalidades originales y distintas para poner en práctica: un método individual que denominó integración funcional y uno grupal llamado autoconciencia a través del movimiento; donde utilizaba la autoexploración y el aprendizaje dirigido. En ambas modalidades se utilizaban técnicas neuromusculares fundamentales o sinérgicas para facilitar patrones de movimiento más sanos y eficaces, y desarrollar una mejor postura.

Sus ideas son ratificadas por investigaciones actuales que respaldan la neuroplasticidad, que plantea que nuestro cerebro es capaz de modificar su organización y sus respuestas a través de la experiencia y del aprendizaje a lo largo de la vida (10).

Su tesis principal siempre se basó en que el nexo entre el aprendizaje, la toma de conciencia y el movimiento ofrece el medio más directo para mejorar el bienestar de una persona. Como decía Feldenkrais (2014) en su libro *Cuerpo y mente* (10):

El movimiento es vida. La vida es un proceso. Si mejoras la calidad del proceso mejoras la calidad de vida (p. 15)

2. APRENDIZAJE DE UN IDIOMA NUEVO.

El proceso de aprender y hablar varios idiomas no sólo enriquece culturalmente sino que mejora nuestra salud ya que tiene múltiples beneficios:

- Desarrollo de la neuroplasticidad y habilidades cognitivas, ya que mejora la concentración, al aprender a ignorar aquellas interferencias que puedan distraerte. "Los idiomas pueden aprenderse a cualquier edad, el principal factor es la motivación",

considera Juan Antonio Planas, presidente de la Asociación Aragonesa de Psicopedagogía (11,12).

- Mejor funcionamiento de "todas las funciones cognitivas, la atención, la percepción, la memoria, la inteligencia y el lenguaje", aseguran científicos del University College de Londres, que realizaron un estudio con cien personas de las cuales 80 eran bilingües. Su conclusión fue que aprender otro idioma altera la estructura cerebral, en concreto el área que procesa información. Otro estudio de la Universidad de York, en Canadá, señala que aprender un nuevo idioma, por ejemplo el inglés, bastaría para conseguir una mayor rapidez cognitiva (12,13).

Es en conjunto una gimnasia cerebral que retrasa el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades como el alzhéimer. De acuerdo con un estudio realizado por la Universidad de Lund, aprender idiomas favorece el crecimiento del hipocampo; un área cerebral ligada a la memoria. En 2011, la American Association for the Advancement of Science, analizó a 450 pacientes con Alzheimer y las personas bilingües desarrollaron la enfermedad de media 5 años más tarde (11,13,14).

Los neurólogos coinciden en que cuanto más se utiliza el cerebro menos frecuentes son los fallos en sus funciones. Porque se activa la memoria y se crean nuevas conexiones al cambiar de un idioma a otro, algo parecido a tener una reserva cognitiva; el cerebro se acostumbra a variar de una a otra actividad sin que por ello dejemos de centrarnos en cada una de ellas. Así, funciones como el lenguaje quedan activas, al igual que otras como el raciocinio, el juicio, la abstracción o la capacidad de cálculo (11-13).

3. MINDFULNESS Ó ATENCIÓN PLENA.

Mindfulness es la palabra inglesa empleada para traducir sati, un término que se encuentra en el lenguaje Védico "Pali". Siendo una adaptación occidental de la técnica de meditación budista (15,16).

Para traducir al castellano este vocablo anglosajón la literatura científica en España se han empleado varias expresiones, siendo las más frecuentes las de "atención plena" y "conciencia plena". En muchos casos, se opta por utilizar sencillamente el término inglés, sin traducirlo.

Actualmente el campo de estudio sobre atención plena se encuentre en expansión continua y ello no ha favorecido a que se haya consensuado una definición única (15,17-19).

Meditación tiene un significado menos preciso, ya que puede referirse a una variedad de técnicas muy diversas, pero es el término preferido cuando no nos movemos en un contexto científico (15).

Thich Nhat Hanh, en 1976, que definía la atención plena como "mantener viva la conciencia de uno focalizada en la realidad presente, y su práctica como mantener la



atención centrada en el trabajo, estar alerta y preparado para manejar con habilidad y con inteligencia cualquier situación que pueda surgir (p.114)” (Rodríguez Ledo, Orejudo Hernández y Rodríguez Barreiro, 2015) (17). Otra definición es la propuesta en 2002 por Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale, como “una clase de conciencia centrada en el presente, no elaborativa ni condenatoria, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal y como es (p.23)” (Urcola Pardo, Germán Bes y García Campayo, 2017) (18).

Todas las personas tienen diferentes capacidades para atender y ser conscientes del momento presente, que se denomina atención plena disposicional, como conjunto de conductas observables, disposiciones o tendencias innatas de los seres humanos en la cual se presentan rasgos específicos pero modificables. Esto podría explicar por qué la atención plena parece mediar la relación que existe entre la motivación intrínseca y la satisfacción desempeñado un papel crucial en los cambios de comportamiento (7,18,19).

También se puede experimentar una mayor satisfacción con la práctica de una actividad física, dado que es obligado desarrollarla estando consciente del presente, de ese modo se desarrolla la atención plena en movimiento (4,8).

EVOLUCIÓN EN LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN PLENA.

Desde las más antiguas sabidurías sapiencias y ciencias orientales ya se hablaba de la práctica de atención plena y silencio interior, aunque su naturaleza es de carácter universal y alejada de cualquier dogma religioso (20).

En la década de 1970 varios profesionales de la Universidad de Massachusetts comienzan a incluir la práctica de atención plena en sus actividades personales y a sus pacientes. Cabe destacar el Dr. Jon Kabat-Zinn profesor emérito de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts y fundador del Centro de atención plena en medicina, salud y sociedad (19-23).

Shapiro y colaboradores tratan de identificar los mecanismos de acción y presentan la teoría de los tres axiomas o componentes de la atención plena: Intención (I), Atención (A) y Actitud (A). Potenciar estos tres mecanismos lleva a las personas a desarrollar lo que ellos denominan “re percibir”. Supone desarrollar competencias personales de manera directa como la autorregulación emocional, la clarificación de valores, la flexibilidad cognitiva, emocional y comportamental, y la exposición abierta a nuevas situaciones (Rodríguez Ledo, Orejudo Hernández y Rodríguez Barreiro, 2015) (17,19).

En el mundo sanitario las intervenciones basadas en atención plena (Mindfulness-Based Interventions, MBI) se han convertido en una herramienta útil por ser una terapia efectiva para una variedad de trastornos psicológicos, especialmente para mejorar la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo (regulación emocional), afecciones relacionadas con el estrés, depresión y bienestar. Como en el tratamiento de diversas patologías (fibromialgia, hipertensión arterial, menopausia, dolor, cirrosis, entre otros). Todo ello avalado por multitud de estudios que relacionan esta terapia con los beneficios en los campos de la medicina, la neurociencia, la psicología, la educación y en el mundo empresarial (3,7,17,19,21-27).

En un principio las técnicas psicológicas de segunda generación como la Terapia dialéctica conductual (Dialéctica Behavior Therapy, DBT) y la Terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Terapia, ACT) utilizaban el cambio conductual para cambiar un comportamiento. Existen muchos estudios que utilizan terapias contextuales ó de tercera generación como la Terapia cognitiva basada en conciencia plena (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) para la recaída en la depresión, y argumentan que lo importante no es tanto si el contenido del pensamiento es positivo o negativo, sino cómo nos relacionamos con él produciendo cambios más significativos.

Pionero fue Jon Kabat-Zinn en la década de los 80 con el programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena, REBAP [(Mindfulness Based Stress Reduction program, MBSR (ANEXO.1)]. Aplicado en centros médicos, hospitales e instituciones

de salud, en los Estados Unidos, el Reino Unido, España y, en menor medida países, como Brasil (16,17,19,21-22,29).

La práctica implica una atención sostenida a los estímulos sensoriales internos y externos, como el escaneo corporal meditativo que se trata de mover un foco de atención de una parte del cuerpo a otra en una posición sentada cómoda, estableciendo recomendaciones mínimas sobre la posición de la columna vertebral, el pecho, las manos, los pies, la cara y los ojos. El énfasis está en la respiración para establecerla como anclaje para volver a ella cuando la concentración se dispersa aunque se puede elegir cualquier otra zona del cuerpo. El practicante debe siempre volver a la respiración, cuando observa que se desconcentra, aprendiendo con ello el manejo de las distracciones, distanciándose de ellas (13,16,19,21-23).

La relajación profunda no es solamente un medio para prevenir o superar las tensiones neuromusculares, psicósomáticas y emocionales, sino también un viaje hacia lo más interno de uno mismo. En la medida en que se inmoviliza el cuerpo, se va pacificando la mente desarrollando una grata sensación de bienestar y calma, con lo que poco a poco se, va accediendo a uno mismo, absorbiéndose en el revelador y renovador silencio interior. El aprendizaje de la relajación profunda nos enseña el arte de parar, conectándonos con un descanso muy profundo y la capacidad de conectar con lo más nuclear de nosotros mismos (9).

También se dan distintos consejos para mantener la práctica como un estilo de vida durante las actividades rutinarias viviendo el presente como un momento único e irrepetible: 1) debe ser importante practicar a diario y que ocupe un lugar preferente en nuestros valores; 2) la práctica individual debe ser reforzada por la práctica grupal (Sangha en Sánscrito); 3) leer periódicamente libros o artículos sobre el tema, o asistir a conferencias y cursos y/o visitar páginas web relacionadas. 4) realizar periódicamente retiros de fines de semana o de día para profundizar en el silencio y apartarnos de las obligaciones y distracciones diarias. 5) convertirlo en parte de la profesión y ayudar a los demás (16).

En dependencia de la investigación a realizar existen diferentes escalas: como la escala de la atención plena consciente (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS; Brown & Ryan, 2003), que mide la falta de desatención en el momento presente, aplicable si se pretende medir el índice global de atención plena en personas sin experiencia en meditación. Mientras que otras escalas como la The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al, 2006), permiten investigar sobre diferentes aspectos de la atención plena, o requieren experiencia previa en las prácticas meditativas. Otras escalas muy utilizadas son: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld, Grossman, &Walach, 2001), The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer et al., 2004), The Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Feldman et al., 2004; Hayes &Feldman, 2004), The Mindfulness Questionnaire (MQ; Chadwick et al., 2005) (18,19).

EFFECTO DE LA ATENCION PLENA EN LA CALIDAD DE VIDA.

Del concepto de atención plena, es importante conocer su aplicación práctica en la vida cotidiana, y hasta qué nivel supone una técnica útil para las personas en el mundo actual.

La terapia cognitivo-conductual entiende que el origen del malestar emocional (ansiedad, depresión,...) está en los esquemas cognitivos disfuncionales que dan lugar al pensamiento negativo o irracional, por lo que su finalidad es reducir el nivel de malestar y cambiar los esquemas cognitivo (enseñar a pensar de manera más racional y positiva). Sin embargo, las terapias contextuales se centran en que la persona aprenda a reaccionar de modo diferente ante sus eventos privados (emociones, sensaciones, pensamientos, recuerdos....sean de contenido positivo o negativo) y que consiga implicarse en sus valores (aspectos significativos y vitalmente valiosos para la persona). Es decir, se abandona la lucha contra los síntomas (malestar emocional o eventos privados con contenidos negativos) y se reorienta a la persona hacia la vida (compromiso con los valores y acciones valiosas), lo que finalmente le llevará a tener una mayor satisfacción vital (1,3,17,24,28,29).

Según Brown (2003), depositar el foco de la atención en el momento presente junto con una postura cómoda, y con una actitud de aceptación, genera un aumento de la autoestima, un mayor conocimiento de uno mismo y una consecuente disminución de la ansiedad. Estudios recientes afirman que un mayor control atencional y una mayor autoconsciencia parecen mejorar la capacidad de regulación emocional y con ello el estado de ánimo.

De igual modo, existe ya evidencia suficiente de que las emociones positivas, la misericordia, la alegría, la compasión y la ecuanimidad parecen aumentar tras una intervención de la atención plena, tanto en población general como en población clínica. Estos estados mentales positivos recientemente han comenzado a recibir atención por su capacidad para aumentar la satisfacción con vida, mejorar la resiliencia y "vivir bien" (4,30). Además estudios indican que las personas mayores también tienen sueños y deseo de cultivar la paz interior y la calma dentro de sí mismos. Aprenden a hacer frente a los desafíos que llegan al envejecer, como la perspectiva de perder amigos queridos y el enfrentarse a su propia finitud de manera amable y con una mente abierta (31).

Otro aspecto que mejora tras la práctica de atención plena, es el referido al control y la reducción de los pensamientos recurrentes negativos como son la rumiación o la preocupación, al aceptarlos como parte de nosotros mismos, junto con otros asociados a problemas importantes de regulación emocional que son claves en el desarrollo de futuros trastornos de ansiedad (4,16,22) Toda persona a lo largo de su vida se ve afectada por emociones insanas (odio, envidia, celos, ira y tantas otras), sin que por ello mismo, resulten destructivas autodestructivas. El resultado personal va a depender de cómo se deje uno afectar por el problema (31).

Hay autores, como Simón y Alonso (2011), que hacen hincapié en la práctica de la compasión, sinónimo de bondad amorosa. Según ellos, los neurotransmisores implicados en la compasión serían los opiáceos endógenos, que hacen que el sujeto se sienta tranquilo y seguro, y la oxitocina, vinculada al amor desinteresado, ya sea paternal, fraternal o amistoso. De ahí la importancia de las buenas relaciones sociales y el enorme poder adictivo de las redes sociales (16,20).

Los estudios que introducen los efectos de la atención plena en el cerebro actualmente están en auge, y de cómo se procesa las emociones positivas y sus efectos en el bienestar personal produciendo cambios meta cognitivos, atencionales, neurocientíficos y en especial en el sistema inmune (17,30).

Aunque se desconoce el mecanismo exacto de la relación entre los niveles de atención y la mejora de la salud mental, estudios neurobiológicos recientes pueden arrojar algo de luz sobre las posibles razones de esta relación. La reducción del estrés percibido entre los participantes de un programa de REBAP se asoció con una disminución de la densidad de materia gris en la amígdala baso lateral derecha. También se observó mayor actividad en las corticalidades pre frontales e ventrolaterales que los autores atribuyeron como asociado al aumento del control inhibitorio asociada con la atención, la concentración y la regulación de la emoción (32,33).

En una investigación en fase preliminar que estudia el efecto de los MBI respecto a los biomarcadores (citoquinas, neuropéptidos y proteína C reactiva (PCR)) descubrió que aumentaban los niveles del factor de crecimiento similar al neuropéptidoinsulínico 1 (IGF-1). En relación a la PCR, podrían ser efectivos en individuos con un Índice de Masa Corporal (IMC) más bajo. Aunque no fue posible determinar cuáles citoquinas fueron afectadas. Una posibilidad es que los MBIs puedan ayudar a la recuperación del sistema inmunológico, incrementando la producción de interleucina (IL)-4 e interferón gamma decreciente (IFN- γ) (33).

Con cada estudio de investigación, la atención plena gana credibilidad como un método efectivo para mejorar la calidad de vida para diferentes tipos de poblaciones que puede integrarse con éxito en una institución médica conservadora y convencional por ser un enfoque simple y económico (2)

De todos modos ha habido críticas sustanciales a la práctica de la atención plena como forma de intervención en el tratamiento de los pacientes. Algunos dicen que los efectos positivos han sido exagerados y que la práctica puede estimular la ansiedad, la depresión o incluso desencadenar síntomas psicóticos. En la lista de contraindicaciones estarían las personas con actitud hipercrítica u opositora; personas en fase aguda de cualquier trastorno (depresión, trastorno bipolar, psicosis, estrés postraumático, deterioro cognitivo severo, epilepsia, fuertemente medicadas). También se sugiere usar oraciones de autocompasión y de perdón, y recurrir a la ayuda de un profesional en caso necesario (16).

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR/A.

El envejecimiento de la población se está produciendo a una velocidad sin precedentes a nivel mundial como resultado del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fertilidad. Se espera que esta situación aumente drásticamente el número de personas que necesitan cuidado y con ello las afecciones crónicas, lo que requiere un aumento sustancial en la cantidad de cuidadores. Por apoyo y cuidado se entiende un conjunto de actividades orientadas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas (34-37).

En nuestra sociedad, los vínculos multigeneracionales de la familia han sido considerados una fuente importante de apoyo y solidaridad formando parte de lo que se denomina red informal. Distintos estudios desde la perspectiva de género han señalado que la mayoría de los cuidados recaen en las mujeres de la familia (hijas y esposas) como consecuencia de un proceso de socialización basado en la desigualdad de roles femeninos y masculinos (36,37).

Actualmente, los cambios socioculturales y demográficos junto a la crisis del Estado de Bienestar hacen que, el cuidado, que ha estado siempre dentro del hogar, se esté reestructurando, por una disminución del número de personas dispuestas a realizarlos de forma desinteresada, incluso dentro de la familia (5,34,38).

El cuidado otorgado a los más necesitados provoca en el cuidador un cambio de rol, dificultades en las relaciones sociales para alcanzar metas, y en su auto cuidado. Todo ello desencadena el síndrome del cuidador, que es una sobrecarga que se define como un “conjunto de problemas de orden físico, psíquico, social, económico y emocional que experimentan los cuidadores de adultos dependientes”. Este síndrome se puede medir a través de la escala ZARIT validada internacionalmente (5,23,25,34,35,38,39).

Más del 80% de las personas mayores que ahora viven en residencias y hogares de ancianos tienen algún tipo de demencia o problema de memoria, por lo tanto es fundamental para mantener una buena calidad de vida que exista una buena relación entre los residentes y los cuidadores ya que proporcionan la mayor parte de la atención directa (25,27,34,35,40).

Como consecuencia dentro del ámbito profesional sanitario muchos continúan porque encuentran sentido en su trabajo y se sienten gratificados por las relaciones cercanas y personales que tienen con los residentes bajo su cuidado a pesar de la carga que soportan (27).

Muchos cambian de trabajo debido a: trastornos o síntomas de depresión y ansiedad, insomnio, y la cronicidad de estrés, o requieren terapia si continúan en su función de cuidadores. Por ello, es importante intentar evitar que ignoren su propia salud y bienestar y caigan en el abandono personal e incluso desarrollen conductas nocivas (24,25,36,37,39).

Aquí los estudios de enfermería desempeñan un papel importante, porque primero deben reconocer a los cuidadores como una profesión muy valiosa ya que brindan atención a personas que padecen diversas afecciones y desempeñan un papel crucial en su recuperación y en el manejo de la enfermedad, así como en el sistema de atención médica en general. Segundo, en la provisión de intervenciones apropiadas que tienen como objetivo satisfacer las necesidades de atención de los cuidadores, una de ellas es proporcionar la información suficiente para prevenir o diagnosticar situaciones de riesgo o cansancio (35,37,40).

Por ello, se requiere de propuestas innovadoras generados mecanismos sólidos y colectivos para apoyar a las personas que brindan cuidados. El apoyo biopsicosocial como estrategia de cuidado es de vital relevancia para incrementar su calidad de vida.

Investigaciones recientes añaden que las intervenciones en los cuidadores de personas dependientes, basadas en Apoyo de comportamiento positivo basado en atención plena (Positive Behavior Support Based Mindfulness, MBPBS) y psicología positiva pueden mejorar la autogestión de estrés, la autorregulación emocional e incluso aumentar la flexibilidad cognitiva y conductual durante los períodos de estrés psicológico. La práctica disciplinada de la meditación les permite a los cuidadores cambiar gradualmente su relación con sus experiencias mentales y emocionales percibidas que surgen al brindar atención a las personas (34,37,39,41).

Esta capacidad de dar un paso atrás y observar sus pensamientos y emociones a medida que ocurren les ayuda a responder de forma más adaptativa y menos tensa a situaciones difíciles, reduciendo así el estrés psicológico y el agotamiento. Cada vez que los cuidadores pueden ver un evento que se desarrolla con la mente de un principiante, percibiendo cada evento como si estuviera ocurriendo por primera vez, surge la "acción correcta". Ello permitió al personal responder de una manera calmada y consciente en lugar de reaccionar negativamente a las conductas desafiantes de los individuos (39,41).

La literatura científica de la calidad de vida en relación con las personas sin clínica establecida que practican atención plena es muy escasa. Por lo tanto, es de particular interés en este trabajo académico, ver si existe relación en la calidad de vida de personas en tres grupos: uno con un programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), otro grupo con ejercicios de espalda sana, y por último uno que acude a clases de inglés, todos de una misma Asociación Cultural. Además se estudia la influencia y la evolución de las personas que se incluyen en los grupos que se encargan de realizar cuidados.

2.PREGUNTA DE INVESTIGACION.OBJETIVOS.HIPOTESIS.

a) PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe relación entre el programa de reducción de estrés basado en atención plena y una mejora en la calidad de vida, en comparación con los participantes que acuden a clases de inglés y espalda sana de la Asociación A.G.U.A.?

b) OBJETIVO GENERAL:

Analizar el impacto de la calidad de vida en los participantes de un programa de reducción de estrés basado en atención plena comparándolo con los grupos de inglés y espalda sana de la Asociación A.G.U.A.

c) OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Discernir la relación que existe entre el nivel de calidad de vida de las personas inscritas y la actividad que se realiza en la Asociación a través de la escala WHOQOL-BREF.

Valorar el efecto de las actividades de la Asociación sobre la atención plena en los participantes con la escala MAAS.

Describir la calidad de vida de los cuidadores que acuden a las clases de la Asociación, y evaluar la sobrecarga de dicha actividad a través de la escala de Zarit.

d) HIPÓTESIS:

La Asociación A.G.U.A mejorará la calidad de vida de sus alumnas con un programa REBAP en comparación con sus grupos de inglés y espalda sana.

3.MÉTODO.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Estudio cuasi-experimental analítico que se llevó a cabo con inscritos/as que acudían a las actividades de la Asociación Cultural A.G.U.A. (Asociación Cultural de Mujeres Agustina d' Aragón). Todas ellas abonadas en diferentes centros cívicos de Zaragoza.

El periodo del estudio comprendió desde Enero con el inicio de la intervención del programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP) y su Pretest hasta el mes de Abril, con la finalización de dicha intervención y su Postest durante el año 2018.

Los colaboradores del proyecto fueron los profesionales no sanitarios, expertos en las materias y con titulación, de la Asociación A.G.U.A. que organizan y garantizan el desarrollo de sus actividades de ámbito cultural, social y de autocuidado.

Los 14 Centros Cívicos diana del estudio han sido: Río Ebro (Edificio José Martí), Casablanca (Isaac Valero), Delicias, Esquinas Del Psiquiátrico, Estación del Norte, La Almozara, Distrito 14 (La Jota), Miralbueno, Salvador Allende, Teodoro Sánchez Punter (San José), Santa Isabel, Tío Jorge, Torrero, Universidad; además del Centro Social San Antonio de Zaragoza.

POBLACIÓN.

El estudio se realizó sobre una muestra de una población sin aleatorización de personas que participaron en las clases de Atención Plena, espalda sana e inglés (tanto en nivel básico como medio) en los distintos centros cívicos de la Asociación A.G.U.A.

La captación de la muestra a estudio se realizó por una única vía, se informó personalmente a todas las personas que acudieron a las actividades para explicarles el objetivo del estudio, la intervención del programa REBAP en la clase de Atención Plena, así como de la importancia de la asistencia continuada aunque voluntaria.

Además se realizó el primer muestreo con la administración de los consentimientos informados y los cuestionarios pretest a un total de 183 participantes: 110 en espalda sana, 38 en Atención Plena y 35 de inglés.

Tras el segundo muestreo con la recogida de cuestionarios postest la participación total fue de 98 personas: 22 en el grupo de intervención (clase de Atención Plena con el programa REBAP); 60 en el grupo control de espalda sana y 16 en el otro grupo control de inglés.

- Criterios de inclusión:

- Todos/as los participantes que realizaron sólo una de las actividades entre: Atención Plena, inglés básico e inglés medio, y espalda sana, organizadas en la Asociación A.G.U.A. en los diferentes Centros Cívicos durante el periodo de estudio.
- Tener la capacidad de entender y cumplimentar por ellos mismos los cuestionarios (ANEXO.2).
- Aceptar la participación en el mismo a través de la firma del consentimiento informado(ANEXO.3).
- Criterios de exclusión:
 - Todos/as los participantes que además de las actividades del estudio (Atención Plena, espalda sana e inglés) están inscritas en otras como: taichí, yoiga, yogapilates, arteterapia, diseño y fotografía, labores textiles, zumba, baile en línea, sevillanas.
 - Todos/as aquellos/as participantes que no contestaron de forma correcta y/o incompleta a los cuestionarios.
 - No firmar la hoja de consentimiento informado.

FUENTES Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

- Tipos de variables:

Dependientes:

- **Calidad de vida:** variable resultado relevante para la persona, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus expectativas, normas e inquietudes. Se categorizó la escala sin puntos de corte (0-100), cuanto más alto, mayor calidad de vida y salud en general. Se midió con el instrumento WHOQOL-BREF (42).
- **“Mindfulnessdisposicional o rasgo”:** variable resultado relevante para la persona, que da valor a las emociones para que trabajen en beneficio propio, de modo que ayuden a controlar la conducta y los pensamientos, y así obtener mejores resultados. Se categorizó desde la mínima atención plena [1] hasta la máxima atención plena [6]. Variable medida con la escala MAAS (43).
- **Sobrecarga del cuidador/a:** variable resultado relevante para la persona, es el conjunto de repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida (salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos) asociadas a la

prestación de cuidados. Se cuantificó por la escala ZARIT y se categorizó en tres grados: sobrecarga intensa [56-110], sobrecarga leve [47-55] y no hay sobrecarga [22-46] (44).

Independientes:

- **Sexo:** variable cualitativa dicotómica nominal que se categorizó en hombre o mujer.
- **Edad:** variable cuantitativa discreta recogida en años, y se categorizó en menores de 46 años, entre 47 y 64 años y mayores de 65 años.
- **Enfermedad:** variable cualitativa politómica nominal, que identifica si las personas que participaron en el estudio padecen alguna enfermedad o alguna dolencia que merme sus capacidades físicas y psicológicas. Se categorizó en no, sí, y el tipo de enfermedad.
- **Tiempo acumulado de actividades:** variable cuantitativa discreta que calcula el tiempo en meses que la persona ha acudido a una de las diferentes actividades (Atención Plena, espalda sana e/o inglés) hasta el momento que recibió el cuestionario.
- **Tiempo transcurso de actividades:** variable cuantitativa discreta que cuantifica el tiempo en horas que la persona dedicaba a una de las diferentes actividades en las últimas dos semanas.
- **Cuidador/a:** variable cualitativa dicotómica nominal, que identifica a la persona como encargada de proporcionar cuidados a otra necesitada de ellos, tanto por dependencia física como psíquica, se categorizó como cuidador o no.
- **Tiempo de los cuidados:** variable cuantitativa discreta que medía el tiempo en meses que una persona proporciona cuidados a otra.
- **Estancia de los cuidados:** variable cualitativa dicotómica nominal de lugar, que divide si los cuidados que realiza el cuidador/a son en el propio hogar o fuera. Se categorizó en: cuidados en casa o fuera.
- **Familia:** variable cualitativa dicotómica nominal, que identificó si la persona necesitada de cuidados es de la misma familia o no. Se categorizó en sí o no.

HERRAMIENTAS EN EL ESTUDIO:

- Cuestionarios:
 - ❖ Calidad de vida medida con el instrumento **WHOQOL-BREF** (versión abreviada del WorldHealthOrganizationQuality of Life Questionnaire-100 desarrollada por el grupo WHOQOL) que comprende 26 ítems. Entre ellos 2

globales acerca de la calidad de vida y la salud en general; y los otros 24 generan un perfil de calidad de vida en las siguientes dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medioambiente. Tiene 5 posibles respuestas de tipo Likert. Los resultados con mayor puntuación, tendrán una mejor calidad de vida. (42).

- ❖ “Mindfulness disposicional o rasgo” medida con la escala **MAAS** (Mindful Attention Awareness Scale adaptada al castellano por Cebolla et al.) diseñada para valorar la falta de conciencia abierta o receptiva de la atención, como la capacidad del individuo para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Puede ser utilizada en personas sin experiencia previa en meditación. Consta de 15 ítems con 6 posibles respuestas de tipo Likert. Las puntuaciones elevadas indican mayor estado mindfulness (43).
- ❖ La sobrecarga del cuidador/a medida por la escala **ZARIT** (adaptada al castellano por Martín M et al.) que cuantifica el grado de carga que padecen los cuidadores de personas dependientes. Consta de 22 ítems con formato respuesta tipo Likert de 5 opciones. El resultado obtenido se divide en tres grados: sobrecarga intensa, sobrecarga leve y no hay sobrecarga (44).

FASES DE LA RECOGIDA:

Se acudió al inicio de la clase programada según el horario establecido en los centros cívicos de la Asociación y se explicó con detalle el estudio. Al acabar la clase las alumnas completaron los cuestionarios y firmaron el consentimiento informado.

La primera recogida de datos fue desde el 15 Enero hasta el 30 Enero. La segunda en cambio desde el 30 Marzo hasta el 15 Abril. Todos los cuestionarios y consentimiento que se excedieron de esas fechas fueron excluidos.

ACTIVIDADES DEL ESTUDIO:

La práctica de atención plena, los ejercicios de espalda sana y las clases de inglés son actividades que se realizan desde hace casi 15 años en la Asociación A.G.U.A. Por lo tanto la estructura y organización de estas clases están firmemente asentadas en un orden preciso cada año. debería estar en meto?

Atención Plena: se colocó como centro de la práctica el programa Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (**ANEXO.1**) y se inició la primera clase del mes de Febrero. Las sesiones semanales de 11H a 12,30H los miércoles en el espacio social San Antonio. El programa terminó a las 8 semanas y fueron dirigidas por dos profesionales expertos con varios años dedicados a enseñar Mindfulness. Un total de 12 horas en la actividad.

Inglés: se practicaban actividades escritas y orales dirigidas por tres profesores con titulación en el idioma. Los lunes desde las 18h hasta las 19.30h en Miralbueno y Delicias dan el nivel básico; y los miércoles de 19.30h a 21h en Casablanca (Isaac Valero) otro profesor imparte inglés de nivel avanzado. La actividad de inglés se completa con un total de 12 horas.

En las clases de inglés, mientras cada participante elabora mentalmente la traducción de su idioma al que están aprendiendo aparecen pensamientos, sensaciones y emociones. Todas estas distraen su atención pero son de aparición inevitable, y la dificultad está en dejarlos pasar sin atender al contenido de cada uno de ellos.

Espalda sana: ejercicios de estiramientos donde se percibían sensaciones corporales en movimiento con ejercicios de estiramientos de las cadenas musculares, y se mantiene el control entre inspiración y expiración. Además a la actividad pueden acudir personas bajo indicación médica para solucionar leves problemas físicos y poder prevenirlos.

Las clases tenían una duración de 1,5h a la semana en cada uno de los centros cívicos: Río Ebro (Edificio José Martí), Esquinas Del Psiquiátrico, Estación del Norte, La Almozara, Distrito 14 (La Jota), Salvador Allende, Teodoro Sánchez Punter (San José), Santa Isabel, Tío Jorge, Torrero, Universidad. Un total de 8 profesores de experiencia muy similar en la actividad se repartían entre todos los centros y completan un total de 12 horas durante las 8 semanas.

PERMISOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS:

- Dictamen favorable para la realización del estudio por parte del CEIC Aragón (Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón) en su reunión del día 14/02/2018, Acta N° 03/2018. (ANEXO.4)
- Una vez realizada la captación, para garantizar los derechos de intimidad y autonomía, se procedió a recoger los consentimientos informados firmados por las personas que desearon participar en el estudio. Los participantes podían retirar el consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento, así como negarse a la utilización de los datos recogidos mediante el cuestionario. También se dieron fotocopias de información del estudio a los participantes.(ANEXO.3)
- Balance riesgo/beneficio: El voluntario por participar en el estudio no tenía la probabilidad de sufrir algún tipo de riesgo, así como efectos adversos.
- Se utilizaron datos codificados (números desde el 0001 hasta 0183) de forma que no se identificaron estos con los del participante en la base de datos del estudio. De ese modo nadie salvo el investigador podía acceder a la identidad de la persona.

- No interfirió en la organización de las clases habituales de Atención Plena, espalda sana e inglés de los centros cívicos de la Asociación A.G.U.A. Solamente se incluyó el programa REBAP como tema central en el organigrama de la práctica Atención Plena. No se alteraba el principio de justicia.
- No hubo material de reclutamiento específico para los participantes en el estudio. Tanto el investigador como los profesores de las actividades dieron toda la información necesaria a los voluntarios, de igual manera se les advirtió que se trata de una investigación con mero interés académico.

ANÁLISIS REALIZADO DE LOS DATOS

El diseño de la base de datos así como el análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 22.0 (con su copyright) para Windows.

Se analizó la consistencia interna de cada una de las escalas (Whoqol-Bref, Maas, Zarit) a través del α de Cronbach. Como hay tamaños muestrales en los diferentes grupos formados menores de 50, se optó por las pruebas no paramétrica en todas las variables. Además se determinó que bajo un p-valor inferior al 5% de nivel de significación se rechaza la hipótesis nula.

Cada variable de las características sociodemográficas se comparó en los diferentes grupos del estudio y se analizó estadísticamente a su vez con los resultados de cada una de las escalas.

Los resultados entre el pretest y el posttest se correlacionaron para comprobar si hubo cambio de manera significativa. La prueba Kruskal-Wallis se utilizó para controlar si existen diferencias significativas entre los diferentes grupos en los resultados de cada escala. Se analizó el tamaño del efecto (D' Cohen) entre el pretest y el posttest de cada una de las escalas.

CRONOGRAMA.

El Diagrama de Gantt reflejó la estructura y la duración del estudio, desde la captación de los asistentes hasta la proyección de los resultados.

TABLA 1. Cronograma

	NOV	DIC	EN	FEB	MAR	ABR	MAY
Búsqueda bibliográfica	■	■	■				
Contacto con la Asociación	■	■					
Captación de participantes			■				
Preparación de sesiones MBSR			■				
SESION 1					■		
Análisis de Pretest				■			
SESION 2 al 8				■	■	■	
Análisis de Postest						■	
Proyección de resultados						■	■

PRESUPUESTO.

El estudio no tuvo financiación, por lo tanto todos los recursos fueron aportados por el equipo investigador y el equipo colaborador, la Asociación A.G.U.A.

TABLA 2. Presupuesto del estudio.

MATERIALES	PRESUPUESTO
Fotocopias= consentimientos informados e información (185 copias) / cuestionarios Pretest + Posttest(310 copias).	equipo investigador
	FOTOCOPIAS*0.02cents= 77,82€
Bolígrafos (x20)+Grapadora + grapas.	7€
AULAS habilitadas para meditar, colchonetas y sillas; mesas y pizarra para las clases de inglés.	Asociación A.G.U.A.
	0€
RECURSOS HUMANOS	Asociación A.G.U.A.
TOTAL	84,82€

4.RESULTADOS.

Este apartado se dividió en tres bloques para dar unas definiciones precisas a nivel estadístico a los objetivos del estudio.

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

- GENERAL.

El total de participantes que acudían a Mindfulness ó atención plena (n=75), espalda sana (n=257) e inglés (n=72) de los centros cívicos de la Asociación A.G.U.A. eran 404, siendo la tasa de respuesta del presente estudio de 24,26% (n=98). El 89,8% (n=88) de la muestra obtenida estaba formada por mujeres. La media de edad fue de 55,15 años (DE 10,57) y el 69,39% (n=68) de las alumnas se encontraban entre los 47 y 64 años (GRAFICO.1)

El 21,43% de la muestra eran de recién ingreso con 3 meses y el 53,06% tan solo llevaban un año en la Asociación. El 4,08% de los más veteranos tenían 10 años de experiencia (GRAFICO.2).

Dedicaban las alumnas una media de 2,48 horas (DE 1,76) en el pretest y 2,58 horas (DE 1,87) en el postest en la última semana, tanto en su vida cotidiana como en clase, en una de las actividades.

El 16,3% del total padecía algún tipo de enfermedad (sin especificar cuál) lesión o molestia que disminuya su calidad de vida. Un 12,3% tenían: artrosis, dolores (muscular, en lumbar y en hombro), lesión cervical y en hombro, obesidad, fibromialgia, hernia cervical, hernia discal, astenia primaveral e hipotiroidismo. (TABLAS.1.2).

- GRUPOS: ATENCIÓN PLENA. ESPALDA SANA. INGLÉS.

TABLA.3 Características de los participantes.

	MUESTRA TOTAL (N=98)	GRUPO INTERVENCION (N=22)	GRUPO CONTROL ESPALDA SANA (N=60)	GRUPO CONTROL INGLÉS (N=16)	Sig.
Género del participante, Mujer	88 (89,8)	19 (86,4)	58 (96,7)	11 (68,8)	0,546

Edad en años, Md(DT)	55,15(10,57)	49,91(13,44)	56,37 (9,79)	57,81(6,24)	0,076
Enfermedad, sí	28(28,57)	10(45,5)	14(23,3)	4(25)	0,047
Tiempo de Clases (meses), Md(DT)	25,64(31,5)pre	9,95(10,90)pre	33,63(36,05)pre	17,25(21,15)pre	0,006
Tiempo de práctica (horas), Md(DT)	2,48(1,76)pre 2,58(1,88)post	1,89(1,42)pre 1,77(0,93)post	2,14(0,85)pre 2,3(1,08)post	4,56(2,94)pre 4,72(3,29)post	0,000 0,000
Cuidador, sí	30(30,61)pre 27(27,6)post	7(31,8)pre 8(36,4)post	20(33,3)pre 16(26,7)post	3(18,8)pre 3(18,8)post	0,889 0,293
Cuidados en casa	24(24,48)pre 23(23,46)post	6(85,7)pre 7(87,5)post	17(85)pre 14(87,5)post	1(33,3)pre 2(66,7)post	0,666 0,826
Persona cuidada de la familia	30(30,61)pre 27(27,6)post	7(31,8)pre 8(36,4)post	20(33,3)pre 16(26,7)post	3(18,8)pre 3(18,8)post	0,889 0,293
Tiempo de cuidado (meses), Md(DT)	97,57(64,77)pre 94,33(70,1)post	77,14(57,18)pre 69,5(59,55)post	106,45(63,29)pre 107,94(70,17)post	86(102,59)pre 88(102,59)post	0,574 0,509

En las variables nominales aparecen: Números que representan frecuencias, (entre paréntesis) los porcentajes acumulados de cada grupo, y el p valor asociado con el contraste χ^2 entre el grupo intervención y el grupo control. Resto de variables: Md=media; DT=desviación típica, y el p valor con la prueba Kruskal-Wallis

La tasa de respuesta fue del 22,22% (n=16) en el grupo de inglés, un 23,35% (n=60) en el grupo de espalda sana, un 29,33% (n=22) en el grupo de Atención Plena.

Como se puede ver en la TABLA 3 en el grupo de atención plena la media de edad era la menor con 49,91 años (DE 13,44). El 59,1% (n=13) de las alumnas se encontraban entre los 47 y 64 años, el 31,8% (n=7) hasta los 46 años y sólo 2 mayores de 65 años [p=0,076].

El 45,5% de las alumnas de atención plena (n=7 sin saber causa precisa) tenían algún tipo de enfermedad como fibromialgia (1), dolor (1) o una lesión (1) que dificultase su calidad de vida [p=0,047]. Además estos participantes llevaban menos tiempo acudiendo a la Asociación con una media de 9,95 meses (DE 10,89). Existía diferencia estadística de la experiencia con el grupo de espalda sana debido a que 13 participantes llevaban menos de 5 meses. [p=0,006]. Incluso dedicaban menos horas a la actividad con una media de 1,89 (DE 1,42) en el pretest (con diferencia estadística al grupo inglés) y 1,77 horas (DE 0,93) en el posttest (con diferencia estadística a los grupos control) (TABLA.3).

Del grupo de espalda sana la media de edad se situaba en 56,37 años (DE 9,79). El 66,7% (n=40) de las alumnas se encontraban entre los 47 y 64 años. . El 16,66% (n=10)

eran menores de 45 años y el 16,66% (n=10) tenían más de 64 años. El 8,3% de los participantes padecían algún tipo de enfermedad o molestia sin especificar, y el 15% restante: artrosis (2), dolor muscular (1), dolor lumbar y hombro (1), obesidad (1), hernia cervical (1), hernia discal (1), astenia primaveral (1) e hipotiroidismo (1). Los participantes de este grupo fueron los que llevaban más tiempo acudiendo a clases con una media de 33,63 meses (DE 36,04) (GRAFICO 3). También desempeñaban en la actividad una media de 2,14 horas (DE 0,85) en el pretest (con diferencia estadística con el grupo inglés) y 2,3 horas (DE 1,08) en el postest.

En el grupo de inglés 5 participantes fueron hombres (31,3%) [p=0,546] (TABLA 4). La media de edad fue la mayor con 57,81 años (DE 6,24). El 93,8% (n=15) de las alumnas se encontraban entre los 47 y 64 años, y sólo 1 era mayor de 65 años. El 25% de los participantes tenían algún tipo de enfermedad, dolor o molestia que perjudicase su calidad de vida. Era además el grupo que más horas dedicaba en la última semana, tanto en su vida cotidiana como en clase a la actividad, con una media de 4,56 horas (DE 2,94) en el pretest y 4,72 horas (DE 3,29) en el postest. (GRAFICO 4,5,6.TABLA.5,6).

- **CUIDADORAS.**

TABLA.4 Características de las cuidadoras.

	ESPALDA SANA		ATENCIÓN PLENA		INGLÉS	
	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>
frecuencia	20 (33,3)	16 (26,6)	7 (31,8)	8 (36,4)	3 (18,7)	3 (18,7)
Edad						
< 46 años	6 (30)	4 (25)	2 (28,6)	2 (25)		
47 a 64 años	13 (65)	11 (68,8)	5 (71,4)	6 (75)	3 (100)	3 (100)
> 65 años	1 (5)	1 (6,3)				
Sexo						
Mujer	19 (63,3)	16 (59,3)	7 (23,3)	8 (29,6)	3 (10)	3 (11,1)
Hombre	1 (3,3)					
Enfermedad						
No	13 (65)	11 (68,8)	2 (28,6)	3 (37,5)	2 (66,7)	2 (66,7)
Si	1 (5)	1 (6,3)	2 (28,6)	2 (25)	1 (33,3)	1 (33,3)
Dolor						
Lesión cervical y hombro			1 (14,3)	1 (12,5)		
Fibromialgia			1 (14,3)	1 (12,5)		
Artrosis	1(5)	1 (6,3)				
Hernia cervical	1(5)	1 (6,3)				
Hipotiroidismo	1(5)	1 (6,3)				
Dolor lumbar y hombro	1(5)					

Astenia primaveral	1(5)					
Obesidad	1(5)	1 (6,3)				
Tiempo de clases	38,6 (30,98)	43,2 (32,55)	10,3 (12,6)	15,5 (14,79)	3,7 (1,15)	5,67 (1,15)
Tiempo de practica	2,22 (1,22)	2,19 (1,11)	2,71 (2,12)	2,25 (1,19)	3,67 (1,53)	4,67 (3,05)
Lugar de cuidados						
Hogar	17 (85)	14 (87,5)	6 (85,7)	7 (87,5)	1 (33,3)	2 (66,7)
Fuera del hogar	3 (15)	2 (12,5)	1 (14,3)	1 (12,5)	2 (66,7)	1 (33,3)
Familiar						
Si	20 (100)	16 (100)	7 (100)	8 (100)	3 (100)	3 (100)
No						
Tiempo de cuidados	106,4 (63,29)	107,9 (70,17)	77,1 (57,18)	69,5 (59,55)	86 (102,59)	88 (102,59)

Las variables cualitativas se expresan con frecuencia absoluta y el porcentaje entre paréntesis. Las variables cuantitativas con media y la Desviación estándar entre paréntesis.

Como se puede apreciar en la TABLA 4 en el pretest el 30,6% (n=30) de la muestra se encargaba de proporcionar cuidados a otra persona que pertenecía a su familia [p=0,889-0,293], y sólo uno de ellos era de sexo masculino que pertenecía al grupo espalda sana. En el postest descendió al 27,6% (n=27) de la muestra, y se mantuvo elevado con un 85% el cuidado en el hogar [p=0,666-0,826] (TABLA.7).

En el pretest el grupo de espalda sana tenía 7 cuidadoras con alguna enfermedad o dolor que disminuía su calidad de vida. Pero en el postest se igualó con el grupo de Atención Plena a 5 cuidadoras.

El tiempo que llevaba el individuo siendo la cuidadora principal en el grupo de espalda sana la media era la más alta con 106 meses (DE 63,29) [p =0,574], igual que en el postest con 108 meses (DE 70,17) [p =0,509]. Así como tenían una experiencia en la actividad de media superior al resto con 39 meses (DE 30,98) pero practicaban menos ejercicio de espalda sana con 2,22 horas (DE 1,22) en el pretest, y 2,19 horas (DE 1,11) del postest.

En el grupo de Atención Plena se añadió una cuidadora en el postest y descendió el valor de la media del tiempo que llevaba siendo la cuidadora de ese grupo a 69 meses (DE 59,55) (GRAFICOS 7.8). Las cuidadoras de Atención Plena tenían una media de experiencia en la actividad de 10 meses (DE 12,6), y una práctica de 2,71 horas (DE 2,12) en el pretest y 2,25 horas (DE 1,19) en postest (GRAFICOS 9.10).

El tiempo que invirtieron las cuidadoras en una de las actividades en la última semana fue mayor en el grupo de inglés con 3,67 horas (DE 1,53) en el pretest, y 4,67 horas (DE 3,05) en el postest y con muy poca experiencia en las clases de inglés con tan solo 3 meses (DE 1,15) (GRAFICOS 11.12).

1. HERRAMIENTAS DEL PRETEST

PROPIEDADES DE LAS ESCALAS.

El Alfa de Cronbach es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de cada una de las dimensiones de las escalas de medida utilizadas en el estudio.

TABLA.5.Estadísticas de fiabilidad de las escalas.

		Alfa de Cronbach	
		PRETEST	POSTEST
Escala WHOQOL-BREF	Salud física	0,805	0,781
	Salud psicológica	0,704	0,807
	Relaciones sociales	0,718	0,746
	Medio ambiente	0,781	0,807
	Calidad de vida percibida y salud percibida	0,745	0,695
Escala MAAS		0,931	0,935
Escala ZARIT		0,917	0,900

Los análisis psicométricos de las escalas WHOQOL-BREF, MAAS y ZARIT en sus versiones españolas mostraron buenas propiedades (superiores a 0,695) en términos de fiabilidad.

Para el análisis de la fiabilidad como consistencia interna de la escala WHOQOL-BREF, se analizó del total de las áreas el coeficiente α de Cronbach. Las correlaciones tanto en el pretest como en el postest mostraron ser buenas $\alpha = 0,695$.

Para el análisis de la fiabilidad de la escala MAAS, se analizó para el total el coeficiente α de Cronbach de 0,93 tanto en el pretest como el postest.

La fiabilidad como consistencia interna de la escala ZARIT, se analizó para el total con una correlación superior a $\alpha = 0,90$ tanto en el pretest como postest.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

VARIABLE GÉNERO:

En el grupo espalda sana sólo hubo dos sujetos de género masculino, con lo cual no se sometería a contraste de igualdad de medias frente al conjunto de las mujeres en ese grupo. En la variable de calidad de vida salud física [$p=0,029$] y el tiempo de práctica [$p=0,018$], se aceptó la hipótesis alternativa de diferencias significativas en la distribución en el conjunto de los hombres respecto al conjunto de las mujeres. (TABLA.8)

Tanto en el grupo de atención plena como el de inglés se aceptó para todas las variables que entre mujeres y hombres no había diferencias estadísticamente significativas en su distribución. (TABLAS.9,10)

VARIABLE EDAD:

En el grupo de espalda sana se aceptó que en las características de salud física [$p=0,028$]; escala ZARIT [$p=0,003$] y el tiempo de clases [$p=0,025$], entre los mayores de 47 y menores de 64 años, había diferencias estadísticamente significativas en su distribución. Además en las personas menores de 46 años también había diferencias en la escala ZARIT [$p=0,012$].

En el grupo de atención plena se aceptó que en la variable salud física [$p=0,039$] para los menores de 46 años que había diferencias estadísticamente significativas en su distribución. Así como en el tiempo de clases [$p=0,017$] y la escala MAAS [$p=0,010$] para el rango de edad entre 47 y 64 años en comparación con el resto de grupos.

En el grupo de inglés no existían personas menores de 46 años, y no había diferencias significativas en su distribución en el resto de grupos de edad. (TABLA.11).

VARIABLE ENFERMEDAD:

En el grupo de atención plena se aceptó para todas las variables, entre las personas con y sin enfermedad, que no existían diferencias estadísticamente significativas en su distribución. En cambio en el grupo de espalda sana en la variable género [$p=0,001$]; y del grupo de inglés en las variables de calidad de vida: salud física [$p=0,024$] y salud percibida [$p=0,005$], se aceptó la hipótesis alternativa de diferencias significativas en la homogeneidad, entre las personas con enfermedad y las que no la tienen (TABLA.12,13,14).

VARIABLE TIEMPO DE CLASES:

En los tres grupos del estudio se aceptó que no existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución del tiempo, que cada uno de los participantes llevaba acudiendo a la actividad. (TABLAS.15.16.17).

VARIABLE TIEMPO DE PRÁCTICA:

En el grupo de espalda sana en las variables género [$p=0,038$] y edad [$p=0,038$] se aceptó la hipótesis alternativa de diferencias significativas en la homogeneidad, entre el tiempo de práctica de cada una de las personas en la actividad. Sin embargo en el resto de grupos se aceptó para todas las variables, que no existían diferencias estadísticamente significativas en su distribución (TABLAS.18,19,20).

VARIABLES: CUIDADOR/A Y CUIDADOS A FAMILIARES.

Se aceptó que la edad en el grupo de espalda sana [$p=0,004$] y el grupo de inglés [$p=0,022$] entre las personas que son cuidadoras y las que no, habían diferencias estadísticamente significativas en su distribución (TABLAS.21,22).

Además en el grupo de atención plena en las características de relaciones sociales [$p=0,026$] y calidad de vida percibida [$p=0,011$], se aceptó la hipótesis alternativa de diferencias significativas en la homogeneidad, entre las personas que realizaban cuidados y las que no (TABLA.23).

VARIABLE CUIDADOS EN CASA O FUERA:

No existían diferencias significativas en el lugar donde realizaban los cuidados, dentro ó fuera del hogar, en todas las variables (TABLAS.24,25,26).

VARIABLE TIEMPO DE CUIDADOS:

En los tres grupos del estudio se aceptó que no existían diferencias estadísticamente significativas en su distribución, sobre el tiempo que cada uno de los cuidadores llevaba realizando la función de cuidar. (TABLAS.27,28,29).

CORRELACIONES EN EL PRETEST:

Tras estudiar la correlación de Pearson de todas las variables seleccionadas del pretest en el estudio, se destacaron aquellas con una Bondad de ajuste (r^2) superior al 50% (correlación de Pearson como valor absoluto (r) >0.708). Es decir que explicasen en términos relativos de varianza más de la mitad de la variabilidad a otra variable en la misma dimensión. Se muestran las significancias asintóticas con nivel de significancia es 0,005.

Tabla.6. Correlaciones NO CUIDADORES EN PRETEST.

	grupos	SF	SP	RS	MA	CV	Escala MAAS	Tiempo Clases
Salud Física (SF)	ES				0,741			
	MF					0,863		
	IG					0,732	0,748	0,740
Salud Psicológica (SP)	ES			0,749	0,804			
	MF			0,738				
	IG				0,745		0,710	
Relaciones Sociales (RS)	ES		0,749					
	MF		0,738					
Medio Ambiente (MA)	ES	0,741	0,804					
	IG		0,745					
Calidad de Vida (CV)	MF	0,863						
	IG	0,732						
Escala MAAS	MF							0,716
	IG	0,748	0,710					

Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG). Salud Física (SF), Salud Psicológica (SP), Relaciones Sociales (RS), Medio Ambiente (MA), Calidad de Vida (CV)

Los no cuidadores en el pretest percibieron un buen nivel de salud física y de calidad de vida en el grupo que practican atención plena. En cambio en el grupo de espalda sana tenían una mejor salud psicológica las alumnas que notan su medio ambiente mejor (condiciones del lugar donde vive, el acceso que tiene a los servicios sanitarios y servicios de transporte de su zona).

En el grupo de inglés la escala MAAS tenía una correlación positiva, es decir las personas con falta de desatención en el momento presente tenían la calidad de vida, la salud física y la salud psicológica mejor.

También los resultados de la escala MAAS eran mejores antes del programa de atención plena con las personas con más experiencia de tiempo en las clases del mismo grupo. Incluso destacó la correlación entre el mayor tiempo de clases y la mejor salud física del grupo de inglés.

Tabla.7. Correlaciones CUIDADORES EN PRETEST.

	grupos	SF	SP	RS	MA	CV	SPe	Escala MAAS	EDAD	Tiempo Práctica	Tiempo Cuidados	ZARIT
SF	MF								-0,858			
SP	ES				0,739							
	IG				0,999						0,998	
RS	ES				0,770							

	MF						0,919		0,773		
MA	ES		0,739	0,770							
	MF										-0,848
	IG		0,999								
CV	MF									0,822	
	IG					1					
SPe	IG					1					
Escala MAAS	ES										-0,745
	MF			0,919					0,866		
	IG										-1
EDAD	MF	- 0,858									
Tiempo Práctica	MF			0,773				0,866			

Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG). Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG). Salud Física (SF), Salud Psicológica (SP), Relaciones Sociales (RS), Medio Ambiente (MA), Calidad de Vida (CV)

Los valores 0,999 y 1 de la correlación de Pearson en el grupo de inglés no tenían la misma relevancia estadística que el resto de grupos porque sólo lo forman 3 personas.

En el grupo de cuidadores de inglés obtuvieron una salud psicológica con mejor puntuación las alumnas que notaron su medio ambiente mejor, e incluso su salud percibida era mayor cuanto mejor era su calidad de vida.

Cuanto mayor fue la edad de los participantes cuidadores del grupo de atención plena peor fueron los índices de salud física y sus relaciones sociales; incluso dedicaban menor tiempo de práctica en su día a día. La calidad de vida de este mismo grupo era mejor a medida que progresa en el tiempo la función de cuidados.

Incluso había relación en el tiempo de los cuidados del grupo de inglés y una mejor salud psicológica.

Las personas cuidadoras con mayor tiempo de práctica en el grupo de atención plena indicaban unos valores altos de la escala MAAS y unas mejores relaciones sociales.

Las personas de los grupos de espalda sana e inglés con falta de desatención en el momento presente obtuvieron menores índices de carga de cuidados (según la escala ZARIT).

Por último, las personas del grupo de Atención Plena con sobrecarga de cuidador poseían una menor relación con el medio ambiente que le rodea.

DESCRIPCIÓN DE ESCALAS CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

En el grupo de atención plena en la variable tiempo que han transcurrido de clase [$p=0,011$], se aceptó la hipótesis alternativa de diferencias significativas en la homogeneidad entre los resultados dados por la escala MAAS de cada una de las personas en la actividad (TABLA.30).

En todos los grupos del estudio se aceptó para todas las variables, que no existían diferencias estadísticamente significativas en su distribución, entre los resultados dados por la escala ZARIT de cada una de las personas que realizan cuidados (TABLA.31).

En las variables de calidad de vida: salud física [$p=0,007$] y salud psicológica [$p=0,013$] del grupo de espalda sana, en la variable género se aceptó la hipótesis alternativa de diferencias significativas en la homogeneidad, entre los resultados dados por la escala WHOQOL-BREF de cada una de las personas en la actividad.

La calidad de vida del grupo de atención plena para la variable cuidadora [$p=0,032$], se aceptó diferencias significativas en la homogeneidad entre los resultados dados por la escala WHOQOL-BREF.

Se aceptó la hipótesis alternativa de diferencias significativas en la homogeneidad con la salud percibida [$p=0,042$] del grupo de atención plena para la variable género, y la variable enfermedad en los grupos control, espalda sana [$p=0,033$] e inglés [$p=0,012$] (TABLA.32).

1. ANÁLISIS INTERVENCIÓN

Tabla.8. Efectos del programa comparados con los grupos control

		PRETEST		POSTEST		PRE-POST		
		Md (SD)	Sig.	Md (SD)	Sig.	Md	d	Sig.
SALUD FISICA	MF	62,34 (16,92)	0,157	66,4 (18,89)	0,391	4,06	0,064	0,354
	ES	71,09 (15,43)		73,21 (12,64)		2,12		
	IG	67,86 (18,99)		68,75 (16,98)		0,89		
SALUD PSICOLOGICA	MF	59,02 (14,25)	0,069	62,12 (17,25)	0,410	3,1	0,178	0,372
	ES	66,43 (13,23)		67,85 (14)		1,46		
	IG	68,7 (9,97)		68,02 (10,1)		-0,68		
RELACIONES SOCIALES	MF	61,36 (16,97)	0,134	60,99 (16,74)	0,019	-0,37	-0,138	0,856
	ES	67,43 (17,95)		68,96 (16,41)		1,53		
	IG	57,81 (16,23)		58,33 (12,17)		0,52		
MEDIO AMBIENTE	MF	66,48 (11,94)	0,607	64,92 (10,29)	0,148	-1,56	-0,478	0,569
	ES	69,14 (13,67)		70,84 (13,66)		1,7		
	IG	69,34 (12,25)		72,46 (13,37)		3,12		
CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA	MF	62,5 (26,45)	0,605	63,64 (18,46)	0,197	1,14	-0,112	0,332
	ES	70 (17,1)		67,08 (19,79)		-2,92		
	IG	68,75 (17,08)		75 (15,81)		6,25		
SALUD PERCIBIDA	MF	56,82 (24,62)	0,701	51,14 (24,97)	0,008	-5,68	-0,367	0,049
	ES	62,92 (19,79)		68,33 (17,75)		5,41		
	IG	60,94 (24,1)		57,81 (21,83)		-3,13		
ESCALA MAAS	MF	3,68 (0,89)	0,006	3,66 (0,75)	0,001	-0,02	-0,242	0,597
	ES	4,32 (0,87)		4,43 (0,81)		0,11		
	IG	4,53 (0,82)		4,61 (0,85)		0,08		
ESCALA ZARIT	MF	37,86 (18,1)	0,339	29,63 (15,23)	0,372	-8,23	-0,088	0,802
	ES	29,1 (12,41)		25,38 (11,88)		-3,72		
	IG	35 (7,21)		31,67 (4,04)		-3,33		

Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG).

Se aceptó la Hipótesis alternativa de que el grupo de atención plena difiere en los resultados de la variable MAAS tanto en el pretest [$p=0,006$] como en el posttest con el resto de grupos [$p=0,001$].

En el posttest en la variable relaciones sociales [$p= 0,019$] se aceptó la hipótesis alternativa de que la media entre los grupos control del estudio fueron diferentes, así como en la variable salud percibida [$p= 0,008$] entre el grupo de Atención Plena y el de espalda sana. (TABLA.33.34.35.36).

COMPARACIÓN PRE-POST.

Se verificó si cada uno de los grupos incluidos en el estudio obtuvo o no una diferencia significativa en el tiempo transcurrido desde el Pretest como en el Postest. Se comparó los resultados transversales de la escala WHOQOL-BREF:

- Se aceptó la Hipótesis alternativa de que en la variable salud percibida [$p= 0,049$] los resultados se diferenciaron de forma significativa estadísticamente. Pero sin llegar a ser significativa por la prueba Bonferroni (TABLA.35,37).

- Por la Prueba de Wilcoxon para el grupo de intervención en la variable salud física [$p=0,015$], se aceptó la hipótesis que existían diferencias significativas entre el pretest y postest (TABLA.38).

Tanto los grupos control como el de intervención en los resultados obtenidos en la escala MAAS se aceptó la hipótesis nula que no había diferencias significativas entre el pretest y el postest (TABLAS.39).

Todos los grupos del estudio en los resultados obtenidos en la escala ZARIT se aceptó la hipótesis nula que no había diferencias significativas entre pretest y postest (TABLA.40).

El tamaño del efecto D COHEN'S representaba un porcentaje de la variabilidad total que mide la existencia o no de un cambio, de los grupos control a intervención. Esa causa de cambio de grupo y cuanto representa en la variabilidad total se calculó con el tamaño del efecto.

Se utilizó la formula aritmética de D'COHEN'S= $(M_1 - M_2^2)/\sqrt{S1^2 + S2^2}$

La variable salud psicológica (d: 0,178) de la escala de calidad de vida fue significativo el efecto de pasar de los grupos control al de intervención desde el Pretest hasta el Postest. La variable salud física (d: 0,064) mantuvo un leve cambio y el resto de variables el tamaño del efecto fue negativo.

En los resultados obtenidos en la escala MAAS fue significativo pero negativo el pasar de los grupos control al de intervención desde el momento transversal Pretest hasta el Postest desde el punto de vista del tamaño del efecto con la D'cohen's (d:-0,242).

Con los resultados de la escala ZARIT no fue significativo el pasar del grupo control al de intervención desde el momento transversal Pretest hasta el Postest, ya que el tamaño del efecto fue negativo (d: -0,088).

CORRELACIONES EN EL POSTEST

Se estudió la correlación de Pearson de todas las variables seleccionadas en el estudio en el posttest, se destacaron aquellas con una Bondad de ajuste (r^2) superior al 50% (correlación de Pearson como valor absoluto (r) >0.708).

Tabla.9. Correlaciones NO CUIDADORES EN POSTEST.

	grupos	SF	SP	MA	CV	SPe
Salud Física (SF)	MF		0,798		0,733	
	IG					0,780
Salud Psicológica (SP)	MF	0,789				
	IG			0,734		
Medio Ambiente (MA)	ES		0,734			
Calidad de Vida (CV)	ES					0,798
	MF	0,733				
	IG					0,714
Salud Percibida (SPe)	ES				0,798	
	IG	0,780			0,714	

Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG). Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG). Salud Física (SF), Salud Psicológica (SP), Relaciones Sociales (RS), Medio Ambiente (MA), Calidad de Vida (CV)

Dentro de la escala Whoqol-Bref descendieron en el posttest algunas de las correlaciones que habían en el pretest. Otras que se mantuvieron fueron:

En el grupo de atención plena las personas con mejor salud física tenían una mayor salud psicológica.

En el grupo de inglés obtenían una salud percibida mayor aquellas con salud física y calidad de vida elevadas. Y en el grupo de espalda sana las alumnas tenían una salud percibida mayor relacionada con una mejor calidad de vida.

En el posttest ya no se dió la correlación que existía de la escala MAAS con los valores de calidad de vida y el tiempo de clases. Las personas conforme se fueron dando cuenta de su atención más se dieron cuenta de su falta de atención. Esta escala es más susceptible de variar conforme uno se da cuenta de su falta de desatención según la práctica.

Tabla.10. Correlaciones CUIDADORES EN POSTEST.

	grupos	SF	SP	RS	MA	CV	SPe	ENF	Tiempo Práctica	CUIDADOS EN CASA SI-NO	ZARIT
SF	MF				0,820	0,751	0,827				
	IG				0,999				-1		
SP	ES				0,867						
	MF			0,834							
RS	ES										
	MF		0,834			0,722					
MA	ES		0,867								
	MF	0,820				0,892					
	IG	0,999							-0,999		
CV	MF	0,751		0,722	0,892						
	IG						1	-1		-1	
SPe	MF	0,827									-0,872
	IG					1		-1		-1	
ENF	IG					-1	-1			1	
CUIDADOS EN CASA SI-NO	IG					-1	-1	1			
PRACTICA	IG	-1			-0,999						
ESCALA ZARIT	MF						-0,872				

Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG). Grupos: espalda sana (ES); Mindfulness (MF); inglés (IG). Salud Física (SF), Salud Psicológica (SP), Relaciones Sociales (RS), Medio Ambiente (MA), Calidad de Vida (CV), Enfermedad (ENF).

Los valores 0,999 y 1 de la correlación de Pearson en el grupo de inglés no tenían la misma relevancia estadística que el resto de grupos porque sólo lo forman 3 personas.

Las correlaciones que se daban con valores altos de la escala MAAS en las cuidadoras del pretest no existían en el postest.

Las personas que realizaban cuidados del grupo de atención pena con índices mas altos en la escala ZARIT tenían peores valores en la característica salud percibida.

El tiempo de cuidados tampoco obtuvo correlaciones en el postest. Pero sí en cambio en el grupo de inglés que el lugar de los cuidados fuera en el hogar obtuvo relación con bajos índices de calidad de vida, una peor salud percibida y relacionado con la existencia de una enfermedad de la cuidadora.

Además en el grupo de inglés las que mayor tiempo dedicaban a la semana tenían una peor salud física y menor relación con el medio ambiente.

En el posttest se añadieron las siguientes correlaciones:

- En el grupo de inglés: una mejor salud física con altos valores de medio ambiente pero con menos tiempo de práctica. Menor calidad de vida con personas con enfermedad y si se dan los cuidados en casa. Las cuidadoras con alguna enfermedad percibían su salud peor, y lo hacían más en su hogar.
- Grupo Atención Plena: una mejor salud física relacionada con índices mayores de medio ambiente, calidad de vida y salud percibida. Una salud psicológica mejor con buenas relaciones sociales, y estas con índices de calidad de vida mejores. Un medio ambiente favorable con una mejor calidad de vida. Y por último una salud percibida peor con altos valores de sobrecarga de cuidar.

Correlaciones que se mantuvieron en el posttest:

- Grupo espalda sana: las que tenían mejor salud psicológica también percibían su medio ambiente mejor.
- Inglés: tenían una salud percibida mayor los altos valores de calidad de vida.

5. DISCUSIÓN.

La media de edad de todas las personas del estudio se situaba en 55,15 años. Destacó que el grupo de intervención donde se realiza el programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) tenía el rango de edades más amplio de 23 a 75 años. Como coincide en este estudio, Palomas (2015) comentó que la práctica de atención plena fue interesante y beneficiosa para personas de todas las edades y condiciones. Para los más ancianos podría ser una bendición descubrir que, aunque no puedan cambiar la situación en la que se encontraban, sí pueden influir en cómo lidiar con la misma (31).

El 89,8% de la muestra obtenida en el estudio estaba formada por mujeres. Esta abundancia del género femenino en los resultados se podría comparar con estudios similares, pero sería posible que las diferentes dinámicas conyugales ó de género en otras poblaciones podrían tener una experiencia diferente en la calidad de vida de las personas que participan en las actividades que se indican en este estudio, tanto en el programa REBAP como en inglés y espalda sana.

El 45,5% de las alumnas de atención plena tenían una enfermedad (fibromialgia), dolor o una lesión que dificultase su calidad de vida. En cambio los que acudían a espalda sana, solo era el 23,3% de las 60 participantes. En todos los grupos el profesor fue conocedor de la situación de sus alumnas y podía actuar ante la posibilidad de que no se den las condiciones para que sigan con el curso por su salud. Estas indicaciones concordaban con las de Palomas (2015) (31).

El grupo formado de cuidadoras descendió de 30 a 27 en el posttest, pero se mantuvo elevado con un 85% el cuidado en el hogar. Y todas se encargaban de proporcionar cuidados a otra persona que pertenecía a su familia.

En el pretest el grupo de espalda sana tenía 7 cuidadoras con alguna enfermedad o dolor que disminuya su calidad de vida. Pero en el posttest se igualó con el grupo de Atención Plena a 5 cuidadoras porque hubo dos pérdidas de las personas necesitadas de cuidados. Mostraron unos resultados en la calidad de vida positivos en comparación con el inicio del estudio.

Las cuidadoras de todos los grupos mostraron un descenso en el posttest, en la escala que mide la sobrecarga del cuidador (ZARIT), pero sin diferencias significativas. En el grupo de atención plena una cuidadora con sobrecarga intensa bajo a un nivel ligero, y otra, de una sobrecarga ligera pasó a no tener. Es de valorar que la labor de cuidar requiere una implicación física y psicológica importante que a veces puede llegar a ser patológica. Por eso estudios como los de Singh, Lancioni, Karazsia, Chan y Winton (2016), Concuerdan con los resultados de descenso de sobrecarga en algunas cuidadoras como en este estudio. Asimismo los beneficios de la práctica de la atención plena estaban bien localizados: mejorar la autogestión de estrés, la autorregulación emocional

e incluso aumentar la flexibilidad cognitiva y conductual durante los períodos de estrés psicológico en la función de cuidado (39).

Los resultados en la escala MAAS tuvieron una mejoría significativa estadísticamente en el grupo de cuidadoras. Esto coincidió con lo que se descubrió en los estudios de: Hou *et al.*, (2014); Baker, Huxley, Dennis, Islam y Russell (2015) y Singh, Lancioni, Karazsia y Myers (2016), que concuerdan: como un enfoque basado en la atención plena para reducir el estrés de las cuidadoras tuvo la fortaleza de enseñar al personal cómo responder de manera diferente a una situación exigente sin intentar cambiarla directamente para hacer frente a una mejor situación con las exigencias de sus roles, mejorando su autoeficacia y reduciendo su estado de ánimo (29,35,41).

Según las correlaciones de Las personas que realizaban cuidados del grupo de atención plena tenían una salud percibida peor con altos valores de sobrecarga de cuidar. Además tenían una mejor salud física relacionada con índices más altos de calidad de vida, salud percibida y medio ambiente. Existían diferencias significativas entre las personas que realizaban cuidados y las que no, en las características de relaciones sociales y calidad de vida percibida.

En ambos grupos control, espalda sana e inglés, la edad entre las personas que son cuidadoras y las que no, había diferencias estadísticamente significativas en su distribución.

En el grupo de inglés que el lugar mayoritario de los cuidados fuera en el hogar tuvo relación con bajos índices de calidad de vida, además de una peor salud percibida y relacionado con la existencia de una enfermedad en la cuidadora (había 5 personas en el grupo de inglés). Entre las personas con enfermedad y las que no del grupo de inglés, existen diferencias significativas en las variables de calidad de vida: salud física y salud percibida. Las cuidadoras tenían Una mejor salud física relacionada con una buena percepción del medio ambiente, pero con menos tiempo de práctica que el resto de grupos. Ya que solo tenían 3 meses de experiencia, y aún así invertían mayor tiempo en la última semana que el resto con 3,67 horas en el pretest, y 4,67 horas en el postest.

Las cuidadoras del Grupo espalda sana: aquellas que tenían mejor salud psicológica también percibían su medio ambiente mejor. Tenían La media más elevada del tiempo que lleva la persona siendo la cuidadora principal con 108 meses (9 años). Además tenían una experiencia en la actividad de media superior al resto con 39 meses pero practicaban menos ejercicio con 2,22 horas en el pretest, y 2,19 horas del postest.

El presente estudio, es único en el mundo occidental centrado en la viabilidad de la atención plena en la calidad de vida de las cuidadoras, sin hacer referencia a ninguna patología específica de la persona que está cuidando. Como por ejemplo sí que sucede en otros estudios: Anclair, Hjärthag y Hiltunen (2017); Rayan y Ahmad (2016) y Dykens, Fisher, Taylor, Lambert y Miodrag (2014) (1,3,5).

Un estudio de Hou *et al.*, (2014) en una población china fue el primero que examinó los efectos positivos del programa REBAP sobre la mejora de la salud psicológica de los cuidadores familiares (29). Aun así los estudios multinacionales que incluían el impacto en la salud mental de los cuidadores informales fueron escasos; Tkatch *et al.*, (2017); Koyanagi (2018) y Li, Yuan y Zhang (2016), a pesar de las circunstancias potencialmente diferentes que rodean a los cuidadores entre países (p. Ej., Calidad del servicio social, tamaño de la familia, enfermedad subyacente del receptor del cuidado). (25,34,40).

La escala MAAS obtuvo una buena correlación con las variables de calidad de vida de la escala Whoqol-Bref y la escala ZARIT, y la fiabilidad de esta escala fue elevada con un coeficiente α de Crombach de 0,93. Así como ha informado calificaciones de calidad general positivas para la mayoría de las propiedades psicométricas revisadas.

Flugel Colle *et al.*, (2010) explica que, sólo por el hecho, de que la propia intervención REBAP estuviera muy relacionada con el entorno de formación de grupo de atención plena, podría tener efectos terapéuticos en los participantes. Esto quiere decir, que los efectos del programa en la escala MAAS, podrían ser sobreestimados debido a los resultados beneficiosos potenciales de la interacción social, y la atención extra que la intervención les da (2). En el caso que concierna el presente estudio, en la medición de la escala MAAS no existió a priori en el Pretest diferencias significativas en el grupo de intervención y los grupos control.

En los resultados de la escala MAAS en el postest, el grupo de atención plena difiere con el resto de grupos. Desde el punto de vista del tamaño del efecto con la D'cohen's (d:-0,242) fue negativo el pasar del grupo del programa REBAP a los grupos control desde el momento transversal Pretest hasta el Postest. Esto quiere decir, que se obtuvieron unos resultados positivos en la escala MAAS en los grupos control en comparación con el grupo de intervención.

Curiosamente los resultados en el Postest del grupo que realiza el programa REBAP, han bajado en la escala MAAS, que mide la falta de desatención en el momento presente. Los resultados de este estudio, indicaban que MAAS es sensible a las diferencias individuales en los niveles de atención plena, y sugirió que los puntajes entre los que practican conscientemente esta habilidad se debían a tal entrenamiento. En un estudio de Vinchurkar, Singh y Visweswaraiiah (2014), existe la misma coincidencia en los resultados, ya que se observó que los niveles de atención plena EN MAAS tienen una fuerte correlación positiva con los años de experiencia de meditación (32). De este modo, las personas que llevan un tiempo acudiendo a las clases de espalda sana e inglés tienen una mayor experiencia, que los participantes recién iniciados en atención plena (13 participantes de 20 llevan menos de 5 meses) con expectativas incluso más altas. Por lo tanto conforme se van dando cuenta de su atención más se dan cuenta de su falta de atención. Esta escala es más susceptible de variar según la práctica.

En el grupo de atención plena dedican menos horas a la actividad con una media de 1,89 en el pretest (con diferencia estadística al grupo inglés) y 1,77 horas en el postest (con diferencia estadística a los grupos control). Incluso Existía diferencia estadística en la homogeneidad entre los resultados dados por la escala MAAS *entre las personas de 47 y 64 años en comparación con* el grupo de espalda sana QUE fueron los que llevaban más tiempo acudiendo a clases con una media de 33,63 meses.

Los estudios Flugel Colle *et al.*, (2010); Piva Demarzo *et al.*, (2014); Vinchurkar, Singh y Visweswaraiyah (2014) y Nyklícek y Kuijpers (2008), el programa REBAP midió el efecto de tal entrenamiento, en los resultados clínicos de sus patologías y mostraron un aumento en la atención plena de los participantes. Es decir, unos resultados distintos a los que se dieron en el presente estudio (2, 26, 32, 46).

En el grupo de espalda sana los resultados de la escala MAAS aumentan a mejor considerablemente. Este grupo después de hacer el curso tienen un poco más de consciencia corporal. Como coinciden con este estudio, las pruebas de Nymberg *et al.*, (2018), demostraron que el ejercicio regular también puede llevar a una mayor atención en el día a día. Por lo tanto, la atención plena puede tener un papel crucial en la motivación, al reforzar la satisfacción con la actividad física (7).

También en el grupo de inglés los participantes incrementan la puntuación en la escala MAAS, quizás porque las alumnas han aumentado el nivel de atención y estén más preparados para defenderse en un idioma que están aprendiendo. Además el grupo INGLÉS es aquel que más horas dedicaba en la última semana, tanto en su vida cotidiana como en clase a la actividad, con una media de 4,56 horas en el pretest y 4,72 horas en el postest.

Para explicar el hecho del aumento de los resultados la escala MAAS en un estudio de Cuevas-Toro, Díaz-Batanero, Delgado-Rico y Vélez-Toral (2017), concuerda con el presente estudio, en que la dinámica de clase creó mejorías en la satisfacción vital, aún en un período de alto nivel de ansiedad como es el periodo de exámenes. Además, el aumento de la satisfacción se relacionó con el aumento del nivel de atención plena al final del programa. De ese modo, es necesario seguir promoviendo intervenciones que mejoren la satisfacción vital del alumnado, y que le proporcionen competencias tanto a su vida cotidiana como dentro de las clases (28).

En los resultados de la calidad de vida con la escala Whoqol-Bref, En el grupo de intervención con el programa REBAP desciende la salud percibida en el Postest. Ahora que saben conocerse más a sí mismos, pueden reconocer que no están tan bien o que el dolor o molestia de verdad existe, por eso ellas se sienten con la necesidad de seguir practicando y mejorar ese aspecto. Para solucionar esta cuestión, si una persona que acude a atención plena pues se podría ofrecer la posibilidad de apuntarse al grupo de espalda sana. Existe la coincidencia de estos resultados con el estudio de Tsafou, De Ridder, van Ee y Lacroix (2016), que manifestó que la iniciación del estar atento en las actividades prácticas depende de las expectativas futuras con los resultados de un

comportamiento. De este modo El adquirir mayor experiencia puede ayudar a ser más conscientes de los aspectos positivos, y el sentimiento de estar satisfecho (8).

La calidad de vida percibida aumenta un poco tras el programa REBAP. Así mismo, como sucede con un estudio de Dykens, Fisher, Taylor, Lambert y Miodrag (2014), que describió que podía asociarse con la inmediatez de las respuestas a la relajación fisiológica, que la persona siente como una atención intensificada a las sensaciones corporales y una menor dependencia de la rumiación u otras emociones automáticas.(5)

En el grupo de Atención Plena se acepta que en la variable salud física [$P=0,039$]de la escala de calidad de vida Whoqol-bref para los menores de 46 años que hay diferencias estadísticamente significativas en su distribución. entre el pretest y postest, además mantiene un leve cambio positivo por el tamaño del efecto (d: 0,064). Así como, en la variable salud psicológica fue significativo el efecto de pasar de los grupos control al de intervención desde el Pretest hasta el Postest (d: 0,178).

El estudio de dos Santos et al., (2016) coincide con mi estudio, ya que demostró que la meditación mitiga eficazmente los efectos negativos del estrés, con un aumento significativo en los dominios físicos y psicológicos de la calidad de vida (45).

El programa REBAP demostró sus efectos positivos, del mismo modo como en los estudios de Hou *et al.*, (2014) y Baker, Huxley, Dennis, Islam y Russell (2015): se vio aumentada la capacidad de recuperación de la ansiedad y agotamiento, y ayuda a aumentar la empatía y la autocompasión (29,35).

Los grupos de control sufren variaciones en los resultados de la escala de calidad de vida Whoqol-bref del Postest. En el grupo de espalda sana la salud percibida en ha mejorado de manera significativa [$p= 0,049$], pero sus participantes tienen un descenso en la calidad de vida percibida sin ser significativo estadísticamente. Probablemente una vez que los alumnos empiezan a hacer ejercicio se van dando cuenta que tienen que estar mejor y tienen altas expectativas, quizás porque el curso de espalda sana termina en junio. Para tener una explicación con base bibliográfica a este hecho, en el estudio de Cuevas-Toro, Díaz-Batanero, Delgado-Rico y Vélez-Toral (2017), se sabe que el ejercicio regular tiene unos beneficios a largo plazo en la calidad de vida, así como se correlacionan positivamente la buena alimentación, la adecuada calidad de sueño y la práctica regular de atención plena (28).

En el grupo de espalda sana se acepta que en las características de salud física [$p=0,028$]; y el tiempo de clases [$p=0,025$], entre los mayores de 47 y menores de 64 años, hay diferencias estadísticamente significativas en su distribución.

En el otro grupo control con clases de inglés, aumentan todos los dominios de calidad de vida de la escala Whoqol-bref en el postest, menos los de salud percibida y salud psicológica. Puede ser debido a que, en comparación con los otros grupos, la clase de inglés es una actividad menos relacionada con el bienestar físico del propio sujeto.

Además, hay que tener en cuenta que el periodo en el cual se realizó el estudio coincidió antes de los exámenes de Marzo, y puede que estén las alumnas más estresadas.

Al terminar la intervención de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP), los resultados muestran que las personas del grupo de intervención funcionan bien consigo mismos. Con diferencias significativas estadísticamente ha mejorado la característica de salud física, pero ha empeorado la salud percibida de la escala Whoqol-bref en el postest. por lo tanto, se rechaza la hipótesis de este estudio ya que solo la característica de salud física en la calidad de vida de las personas que participan en el programa REBAP ha tenido una mejora con relevancia estadística, en comparación con aquellas que fueron a las actividades de espalda sana e inglés.

El estudio de Sprangers y Schwartz (2017), explicó como el campo de la investigación de la calidad de vida (QOL) ha madurado en una disciplina con rigor científico, métodos sofisticados y directrices estrictas, que dificultan innovaciones adicionales. Cuando se necesita un enfoque más flexible y medidas específicas (49).

El impacto de la práctica regular de atención plena en la calidad de vida, está muy poco estudiado, y sobretodo, el programa REBAP en población sin clínica específica. En definitiva se necesitan más estudios como el de Flugel Colle *et al.*, (2010), que obtuvo mejoras en la calidad de vida en los rasgos físicos y psicológicos aplicado en una población aleatoria sin clínica tras el programa (2).

La mayoría de los estudios en la literatura, fueron ensayos no controlados que pueden establecer fuertes vínculos, pero no pueden establecer relaciones de causa y efecto con certeza. Aunque varios estudios (Flugel Colle *et al.*, 2010; Dykens, Fisher, Taylor, Lambert y Miodrag, 2014; Greeson *et al.*, 2011; Tkatch, 2017; Hou, 2014; Koyanagi, 2018; Singh, Lancioni, Karazsia, Chan y Winton, 2016; Li, Yuan y Zhang, 2016 y Singh, Lancioni, Karazsia y Myers, 2016) han informado los efectos positivos de la intervención del programa REBAP sobre el bienestar psicológico, no se sabe si estos efectos son atribuibles a un cambio en la atención plena porque no se pudo examinar un efecto de mediación, debido a la falta de un grupo de control en estos estudios (2,5,20,25,29,34,39-41).

Sólo un estudio piloto de Oken *et al.*, (2010), que comparan los marcadores autoevaluables y fisiológicos del estrés entre el grupo de atención plena y dos grupos control, pero con uno de ellos formado por una práctica de la atención plena como es el “Solo respiro” (24). Por lo tanto, es de particular interés en el presente trabajo la existencia de un grupo de espalda sana y otro de inglés, que nunca se habían utilizado en otros estudios anteriores.

Por lo tanto se necesitarán estudios aleatorios controlados con un tamaño de muestra grande, para demostrar de manera más concluyente la efectividad de la práctica del curso de REBAP en la mejora de la calidad de vida. Deberían incluir además metodología cualitativa con las experiencias subjetivas en la salud de los participantes,

y si tuvieran dificultades para comprender o interpretar la práctica de atención plena. También serían necesarios más estudios con mediciones objetivas, y no solo autoinformes, que incluyan estudios de biomarcadores de estrés, y confirmación de condiciones médicas o psiquiátricas porque podrían proporcionar un conocimiento más exhaustivo de los beneficios para la salud del curso de REBAP en las personas.

LIMITACIONES.

La tasa de deserción de la población a estudio fue elevada con el 75,74% del total; de los que 77,78% fue en el grupo de inglés; un 76,65% en el grupo de espalda sana; y un 70,67% en el grupo de atención plena. Puede ser debido, a que a partir del mes de Marzo muchas personas dejan de acudir a las actividades, y por la falta de cumplimentación en los cuestionarios Postest.

Una limitación fundamental fue el tiempo, dadas las directrices del Trabajo Fin de Máster. Con los efectos inmediatos posteriores a la intervención como sucede en el presente estudio, es muy necesaria la investigación de los efectos potencialmente mediadores de las habilidades de atención plena sobre el resultado a largo plazo. Por lo tanto, que el estudio tenga sólo un punto de tiempo de medición, y no al menos tres, como en otro estudio (Greeson, 2011) en los que sí se pudo reforzar la causalidad, y los efectos de la atención plena como método eficaz para el bienestar (20).

El 71% de la muestra, no padeció ningún tipo de enfermedad que merme su energía para hacer las actividades cotidianas. En cambio aquellos que sí, mantienen una asociación con el tipo de grupo al que pertenecen [$p=0,047$]. Se produjo un sesgo de selección de grupos de muestra, ya que aquel que tuvo una mayor frecuencia de personas con alguna molestia o enfermedad fue el grupo de intervención. Esto podría ser debido a que psicológicamente necesitaran sentirse bien consigo mismos, y acudan por ello al grupo de atención plena. Incluso en el grupo de espalda sana podían acudir por motivos de salud física aconsejados por profesionales médicos. Además los participantes habían pagado una inscripción a la Asociación en la clase que iban a realizar, esto limita la generalización de resultados a la población general.

Es probable que el formato de clase fuese beneficioso debido a la interacción y el apoyo social, pero también podría hacer que los resultados de la intervención sean más difíciles de interpretar, ya que la dinámica de clase no se controla fácilmente. Sería importante considerar la diversidad étnica y social en la muestra.

Además, hay que considerar que los participantes no llevaban el mismo tiempo acudiendo a las clases de la Asociación, así como el que dedicaban a la actividad tanto en casa como en la clase, y el tiempo que los cuidadores prestaban sus labores. De ese modo, habría que considerar que el punto de partida es distinto para cada participante.

Existía una gran diferencia de experiencia entre el grupo de espalda sana y el de atención plena. Este dato fue importante ya que los resultados sufrieron una variación entre los más experimentados y los menos en la escala MAAS (porque fueron menos conscientes del estar atento) y de la escala de calidad de vida (necesitarán más tiempo para sentirse mejor).

En los futuros estudios de investigación será necesario prevenir el posible sesgo de memoria, recogiendo más datos y no sólo el tiempo de práctica diario de meditación en las últimas semanas y el que realizan en clase. Especialmente para las personas con poca o ninguna experiencia de meditación.

Un problema adicional con respecto a la eficacia del curso de REBAP, fue la cuestión de hasta qué punto la práctica diaria regular sería necesaria para obtener los efectos beneficiosos de la intervención. En este estudio el tamaño pequeño de la muestra en el grupo REBAP, en comparación con los grupos control hace difícil establecer una interacción de tamaño razonable e impide la detección de efectos pequeños. No se podían controlar las variables (de confusión) que influían en los resultados de calidad de vida. La población a estudio no solo acudió a clases programadas de la asociación, si no que, en su día a día existían otros factores externos (familiares, genéticos, sociales, ambientales, estilo de vida, alimentación, calidad subjetiva en el trabajo...) que fueron difíciles de controlar, y que podrían modificar a mejor o peor su calidad de vida.

La mayoría de participantes que expresaron su condición de ser cuidador principal realizaban la tarea en el hogar. Un estudio piloto de Oken, (2010) reveló que los cuidadores informaron desproporcionadamente más estrés si realizaban sus labores en el hogar. Por lo tanto, será muy importante ser sensible a esta diferencia en estudios de reducción del estrés para cuidadores (24).

Una limitación general de estudios similares a este, es el requisito para acudir a las sesiones de atención plena en persona, esto requiere un compromiso significativo que puede no ser propicio para el estilo de vida o el horario de una persona que tiene alguien para cuidar. Serían útiles mejores medidas de adherencia a la práctica de atención plena en casa, como manifestaron Tkatch *et al.*, (2017) que demostró que las intervenciones en línea pueden ser accesibles, flexibles y efectivas (25). Así como en el estudio de Dykens, Fisher, Taylor, Lambert y Miodrag (2014) que hubo un grupo de control en el que los participantes recibieron cuidado de relevo proporcionándoles un alivio bienvenido (5).

6. CONCLUSION.

1. El impacto del grupo de intervención con el programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena no ha sido efectivo en la calidad de vida. Los resultados en la escala Whoqol-Bref sólo mostraron una mejoría estadísticamente significativa en la salud física, y descendieron las características como relaciones sociales y medio ambiente. Por lo tanto son necesarios estudios de duración superior a 3 meses, para saber si el programa tiene la capacidad suficiente para influir de manera significativa en la calidad de vida de las personas.

2. La atención de cada participante medida con la escala Mindful Attention Awareness Scale, presenta mejores resultados en los grupos control en comparación con el grupo intervención donde se realiza el curso de atención plena. Existen estudios que indican que la experiencia en la actividad, es un factor determinante para obtener una puntuación más alta en esta escala, e incluso existe una correlación positiva entre ejercicio y atención plena.

3. El grupo de intervención tiene un número de participantes con diferentes patologías y enfermedades, que merman su calidad de vida y distorsiona los resultados en comparación con los grupos control. La amplitud de población del grupo de espalda sana y el tiempo que los participantes llevan practicando la actividad, hace que su índice de calidad de vida sea más elevado. Por lo tanto, son necesarios estudios aleatorios controlados con una población homogénea para confirmar los efectos positivos de programa de Reducción del Estrés Basado en Atención Plena.

4. Existe un descenso de la sobrecarga del cuidador en los tres grupos del estudio como muestran los resultados de la escala ZARIT. La atención plena es un enfoque seguro, simple, accesible y transportable, que puede mejorar las funciones psicológicas y facilitar el autocuidado para los cuidadores. La comunicación interdisciplinaria entre los profesionales sanitarios es óptima para identificar a los cuidadores informales que estén en riesgo. Por ello, son necesarias estrategias de promoción y asesoramiento de intervenciones como la atención plena.

7. ANEXOS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anclair, M., Hjärthag, F., y Hiltunen A. J. (2017, Enero). Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness for Health-Related Quality of Life: Comparing Treatments for Parents of Children with Chronic Conditions - A Pilot Feasibility Study. *Clin Pract Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 13, 1-9. doi: 10.2174/1745017901713010001.
2. Flugel Colle, K. F., Vincent, A., Cha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, A., y Wahner-Roedler, D. L. (2010, Febrero). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary therapies in clinical practice*, 16(1), 36-40. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.06.008.
3. Rayan, A., y Ahmad, M. (2016, Agosto). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and positive reappraisal coping among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 55, 185-196. doi: 10.1016/j.ridd.2016.04.002.
4. Liern Serrano, N., y García Toro, M. (2017). Mindfulness y estilo de vida mediterráneo. (Máster Universitario). Psicología General Sanitaria de la Universitat de les Illes Balears.
5. Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W., y Miodrag, N. (2014, Agosto). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: a randomized trial. *Pediatrics*, 134(2), 454-463. doi: 10.1542/peds.2013-3164.
6. Allen, A. P., Curran, E. A., Duggan, A., Cryan, J. F., Chorcóráin, A. N., Dinan, T. G.,...Clarke, G. (2017, Febrero). Systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 123-164. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.12.006.
7. Nymberg, P., Ekvall Hansson, E., Stenman, E., Calling, S., Sundquist, K., y Zöller, B. (2018, Octubre). Pilot study on increased adherence to physical activity on prescription (PAP) through mindfulness: study protocol. *Trials*, 19(1), 563. doi: 10.1186/s13063-018-2932-9.
8. Tsafou, K. E., De Ridder, D. T., van Ee, R., y Lacroix, J. P. (2016, Septiembre). Mindfulness and satisfaction in physical activity: A cross-sectional study in the Dutch population. *Journal of health psychology*, 21(9), 1817-1827. doi: 10.1177/1359105314567207.

9. Calle, R. (2005). *Relajación y respiración en casa con Ramiro Calle*. Madrid, España: EDAF, S.A.
10. Feldenkrais, M. (Ed.). (2014). *La sabiduría del cuerpo: Recopilación de artículos de Moshe Feldenkrais*. Málaga, España: Editorial Sirio S.A.
11. Brainlang. Beneficios de aprender inglés: mantiene joven tu cerebro. *Blog Brainlang*. Recuperado de: <https://www.europapress.es/chance/tendencias/noticia-siete-ventajas-hablar-varios-idiomas-20150309130227.html>
12. Navarro, D. (20/3/2017). Los beneficios de aprender un idioma. *Heraldo de Aragón*. Recuperado de: <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2013/09/04/los-beneficios-de-aprender-un-idioma-199159.html>
13. Olsen, I. (22 de Agosto de 2013). Aprender idiomas mejora nuestra salud. *El blog de infoidiomas*. Recuperado de: <https://www.infoidiomas.com/blog/6231/aprender-idiomas-mejora-nuestra-salud/>
14. Chance. (9 de Marzo de 2015). Las 7 ventajas de hablar varios idiomas. *Eurpapress*. Recuperado de: <https://www.brainlang.com/blog/aprender-ingles-mantiene-joven-tu-cerebro.html>
15. Simón, V. (2011). *Aprende a practicar Mindfulness*. Barcelona, España: Sello Editorial.
16. García Campayo, J., y Demarzo, M. (2017). Manual Práctico. Mindfulness. Curiosidad y aceptación. *Ciencia & saude coletiva*, 22(4), 1381-1382. doi: 10.1590/1413-81232017224.20422015
17. Rodríguez Ledo, C., Orejudo Hernández, S., y Rodríguez Barreiro, L. (2015). Potenciando la inteligencia socioemocional y la atención plena en los jóvenes: Programa de intervención SEA y determinantes evolutivos y sociales (tesis). Recuperado de: <https://zagan.unizar.es/record/31603?ln=es>
18. Urcola Pardo, F., Germán Bes, C., y García Campayo, J. (2017). Atención plena de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y relación con la calidad percibida por profesionales y usuarios (tesis). Recuperado de: <https://zagan.unizar.es/record/61575?ln=es>
19. Cepeda Hernández, S. L. (2015). El Mindfulness Disposicional y su Relación con el Bienestar, la Salud Emocional y la Regulación Emocional. *Revista Internacional de Psicología*, 14(2), 1-31. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6161344>
20. Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Suárez, E. C., y Wolever R.Q. (2011, Diciembre). Changes in spirituality partly explain

health-related quality of life outcomes after Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of behavioral medicine*, 34(6), 508-518. doi: 10.1007/s10865-011-9332-x.

21. Molero, M., Pérez-Fuentes, M., Gárquez, J. J., Barragán, A. B., Martos, Á., y Simón, M. (2016). *Avances de Investigación en salud a lo largo del ciclo vital*. Asunivep.

22. Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016, Noviembre). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clinica y salud*, 27(3), 115-124. doi: 10.1016/j.clysa.2016.09.002.

23. Bajaj, J. S., Ellwood, M., Ainger, T., Burroughs, T., Fagan, A., Gavis, E. A.,...Wade J. B. (2017, Julio). Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy Improves Patient and Caregiver-Reported Outcomes in Cirrhosis. *Clinical and translational gastroenterology*, 8(7), 6. doi: 10.1038/ctg.2017.38.

24. Oken, B. S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D., y Amen A. (2010, Octubre). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *The journal of alternative and complementary medicine: research on paradigm, practice, and policy*, 16(10), 1031-1038. doi: 10.1089/acm.2009.0733.

25. Tkatch, R., Bazarko, D., Musich, S., Wu, L., MacLeod, S., Keown, K.,... Wicker E. (2017, Octubre). A Pilot Online Mindfulness Intervention to Decrease Caregiver Burden and Improve Psychological Well-Being. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*, 22(4), 736-743. doi: 10.1177/2156587217737204.

26. Piva Demarzo, M. M., Andreoni, S., Sanches, N., Perez, S., Fortes, S., y García Campayo, J. (2014, Abril). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in perceived stress and quality of life: an open, uncontrolled study in a Brazilian healthy sample. *Explore: the journal of science and healing*, 10(2), 118-120. doi: 10.1016/j.explore.2013.12.005.

27. Zeller, J. M., y Lamb, K. (2011, Abril). Mindfulness meditation to improve care quality and quality of life in long-term care settings. *Geriatric nursing*, 32(2), 114-118. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.11.006.

28. Cuevas-Toro, A. M., Díaz-Batanero, C., Delgado-Rico, E., y Vélez-Toral, M. (2017, Diciembre). Incorporación del mindfulness en el aula: un estudio piloto con estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 16(4), 13. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-4.imae

29. Hou, R. J., Wong, S. Y., Yip, B. H., Hung, A. T., Lo, H. H., y Chan, P. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 45-53. doi: 10.1159/000353278.

30. Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., y Earleywine, M. (2011, Enero). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 123-130. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.08.011.
31. Palomas, M.T. (2015). *Mindfulness para mayores*. Madrid, España: Kairós.
32. Vinchurkar, S. A., Singh, D., y Visweswaraiah, N. K. (2014, Julio). Self-reported measures of mindfulness in meditators and non-meditators: A cross-sectional study. *International journal of yoga*, 7(2), 142-146. doi: 10.4103/0973-6131.133898.
33. Sanada, K., Alda Díez, M., Salas Valero, M., Pérez-Yus, M. C., Piva Demarzo, M. M., Montero-Marín, J.,... García-Campayo, J. (2017). Effects of mindfulness-based interventions on biomarkers in healthy and cancer populations: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17, 125. doi: 10.1186/s12906-017-1638-y.
34. Koyanagi, A., DeVlyder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., y Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115-123. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.001.
35. Baker, C., Huxley, P., Dennis, M., Islam, S., y Russell, I. (2015, Diciembre). Alleviating staff stress in care homes for people with dementia: protocol for stepped-wedge cluster randomised trial to evaluate a web-based Mindfulness- Stress Reduction course. *BMC Psychiatry*, 15, 317. doi: 10.1186/s12888-015-0703-7.
36. Rubio Aranda, E., Comín Comín, M., Montón Blasco, G., Martínez Terrer, T., y Magallón Botaya, R. (2015, Junio). Cuidados familiares prestados por los ancianos del ámbito rural a distintas generaciones. *Gerokomos*, 26(2), 5. doi: 10.4321/S1134-928X2015000200003.
37. Toro Moraga, Y. L., Rivas Riveros, E. (2016). Cuidadores informales rurales de pacientes dependientes severos. *Aladefe*, 6(1), 56-62. Recuperado de: http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=694260_1
38. Wai-chi, C. S. (2011, Octubre). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349. doi: 10.1016/j.apnu.2011.03.008.
39. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Chan, J., y Winton, A. S. (2016, Octubre). Effectiveness of Caregiver Training in Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) vs. Training-as-Usual (TAU): A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychology*, 7, 1549. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766088>

40. Li, G., Yuan, H., y Zhang, W. (2016, Abril). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction for Family Caregivers: Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing, 30* (2), 292-299. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.014.
41. Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., y Myers, R. E. (2016, Febrero). Caregiver Training in Mindfulness-Based Positive Behavior Supports (MBPBS): Effects on Caregivers and Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Frontiers in psychology, 7* (98), 11. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00098.
42. World Health Organization (WHO) (1996). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
43. Soler, J., Tejedor, R., Feliu, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., y Soriano J. (2012) Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*(1), 18-25.
44. Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L. C., Rico, J. M., y Lanz, P. (1996) Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Revista de Gerontología, 6*, 338-346.
45. dos Santos, T. M., Harumi Kozasa, E., Sampaio Carmagnani, I., Hiromi Tanaka, L., Silva Lacerda, S., y Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore, 12*(2), 90-99. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.005.
46. Nyklícek, I., Kuijpers, K. F. (2008, Junio). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Well-being and Quality of Life: Is Increased Mindfulness Indeed the Mechanism? *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine, 35*(3), 331-340. doi: 10.1007/s12160-008-9030-2.
47. Fernros, L., Furhoff, A.K., y Wändell, P. E. (2008, Abril). Improving quality of life using compound mind-body therapies: evaluation of a course intervention with body movement and breath therapy, guided imagery, chakra experiencing and mindfulness meditation. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 17*(3), 367-376. doi: 10.1007/s11136-008-9321-x.
48. Muñoz San José, A. (2017, Septiembre). Eficacia de una intervención basada en mindfulness sobre la calidad de vida, depresión, ansiedad, fatiga y cognición social en pacientes con esclerosis múltiple (tesis). Recuperado de: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/681238>
49. Sprangers, M. A. G., Schwartz, C. E. (2017, Enero). Toward mindfulness in quality-of-life research: perspectives on how to avoid rigor becoming rigidity. *Quality of life*



research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 26(6), 1387-1392. doi: 10.1007/s11136-016-1492-2.

50. Goldstein, A., Hudasch, G., Heijke, L., Kenny, M., Koerbel, L., y Lück, P. (2017). Transitional Working Party For the International Integrity Network Of Mindfulness-Based Programs.

ANEXO.1

En un marco acordado internacionalmente (última revisión en Noviembre de 2017) se seleccionan unos criterios para cubrir todos los aspectos de un programa secular basado en la atención plena ó Mindfulness Based Programs (MBP).

Representan las normas internacionales que los maestros/entrenadores tienen que cumplir a través de unas normas éticas para garantizar la coherencia de las prácticas:

- Transparencia y apertura.
- Integridad.
- Aprendizaje continuo.
- Primacía de la propia práctica de prestar atención del maestro.
- Limitaciones que ofrece el programa al personal competente.
- Responsabilidad de las relaciones entre participantes y maestros.
- Proceso de presentación de quejas.

La intervención del presente estudio fue dirigida por profesionales en el campo de Atención Plena que cumplen los estándares y criterios para los Programas de Entrenamiento y Certificación de Maestros de MBP. Estos estándares siguen la definición de los programas basados en la atención plena, tal y como fueron definidos por los fundadores y desarrolladores del programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP) y la Terapia cognitiva basada en conciencia plena. Cumplen los siguientes criterios:

- 1) Informado por teorías y prácticas que se basan en la confluencia de las tradiciones contemplativas, la ciencia y las disciplinas principales de la medicina, la psicología y la educación.
- 2) Respaldo por un modelo de experiencia humana que aborda las causas de la angustia humana.
- 3) Desarrolla una nueva relación con la experiencia caracterizada por el enfoque, la descentralización y la orientación del momento presente.
- 4) Apoya el desarrollo de cualidades como la alegría, la compasión, la sabiduría, la ecuanimidad y una mayor atención emocional y auto-regulación conductual.
- 5) Involucra a los participantes en un entrenamiento intensivo sostenido en la práctica de la meditación de atención plena, en un proceso de aprendizaje basado en la investigación y en ejercicios de comprensión (50).

El programa REBAP consistió en tres componentes principales:

- (1) Material teórico relacionado con relajación, meditación y conexiones cuerpo-mente; enfoques como la meditación sentada para aumentar la conciencia y la desconexión emocional de los pensamientos y sentimientos a medida que surgen. Además, se

ofrecieron los componentes de escaneo corporal (meditación formal, secuencial en varias regiones del cuerpo) y hatha yoga (una forma de yoga que se enfoca en la práctica de las posturas y el control de la respiración) para promover una mayor conciencia de las sensaciones corporales en un momento a momento.

(2) Práctica experiencial de meditación y yoga durante reuniones grupales y en el hogar a diario:

Se incluyeron ejercicios para mantener la atención en la actividad, prácticas formales como meditación enfocada en la respiración, en el cuerpo, equilibrio estático y dinámico, así como de inclusión en la vida cotidiana (por ejemplo practicar durante la comida). De ese modo se solicitó a los participantes el compromiso de repetir ejercicios para poner en práctica lo aprendido durante la semana.

La práctica de atención plena se podría tejer a través de la vida diaria de uno en cualquier momento. La más común se centraría en la respiración, dado que es portátil y se puede acceder de forma discreta. Además, uno podría cultivar la atención plena en presencia de otro prestando atención a propósito a lo que la persona está diciendo y a lo que estamos pensando y sintiendo. La caminata consciente permitiría a uno tomar conciencia del movimiento del cuerpo y del mundo que se encuentra debajo, arriba y a nuestro alrededor (23).

(3) Un proceso grupal que se enfocó en la resolución de problemas relacionados con impedimentos para la práctica efectiva, aplicaciones diarias de atención plena y apoyo en la interacción.

La intervención REBAP consistió en ocho sesiones semanales de grupo (10 personas aproximadamente) con una duración de 90min cada una de ellas. Los participantes fueron instruidos para practicar diariamente durante al menos 40 minutos. Después de 8 semanas al final del entrenamiento, tanto a los participantes en el grupo de REBAP como a los del grupo de control se les volvió a pedir que completaran el cuestionario para evaluar la atención plena y la calidad de vida (22).

ANEXO.2

CUESTIONARIO PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: Intervención del programa R.E.B.A.P. (Reducción de Estrés Basado en Atención Plena) en la calidad de vida de los inscritos en la Asociación A.G.U.A. (Asociación Cultural de Mujeres Agustina d' Aragón).

ESCALA N°1: ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un **CÍRCULO** en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta. **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.**

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un Poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente

10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

1	2	3	4	5
Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a

16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cómo de satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cómo de satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderada mente	Frecuentem ente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad ó depresión?	1	2	3	4	5

ESCALA N°2: ESCALA DE MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE (MAAS).

A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1-6, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleja tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia. **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.**

	1	2	3	4	5	6
	Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca
Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde	1	2	3	4	5	6
Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.	1	2	3	4	5	6
Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.	1	2	3	4	5	6
Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.	1	2	3	4	5	6
Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.	1	2	3	4	5	6
Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.	1	2	3	4	5	6
Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.	1	2	3	4	5	6
Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6
Conduzco “en piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.	1	2	3	4	5	6
Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado	1	2	3	4	5	6
Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5	6
Pico sin ser consciente de que estoy comiendo	1	2	3	4	5	6

ESCALA N°3: ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Hay dolencias como el estrés o el cansancio, que se manifiestan pero difícilmente somos capaces de transmitir objetivamente en qué medida las sufrimos. Este tipo de malestares para tratarlos adecuadamente deben ir acompañados de información sobre por qué se producen, cómo se manifiestan y en qué puntos podemos mejorarlos. **NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.**

0	1	2	3	4	
Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre	
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4



18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

ANEXO.3

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: Intervención del programa R.E.B.A.P.(Reducción de Estrés Basado en Atención Plena) en la calidad de vida de los inscritos en la Asociación A.G.U.A. (Asociación Cultural de Mujeres Agustina d' Aragón).

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en la Asociación A.G.U.A. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque va a ser usted participe de un estudio en los que se incluye los grupos que participan en distintas actividades como:

- Mindfulness (grupo intervención con un programa REBAP (Reducción de Estrés Basado en Atención Plena).
- Espalda sana.
- Inglés 1 + conversación, Inglés 2 + conversación.

Se incluyen en el estudio a todas las personas que acuden a estas actividades de los distintos centros de la Asociación A.G.U.A. para después realizar una selección de todas las personas que tienen la tarea de cuidar de otra persona.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

A través de este estudio quiero analizar la influencia que puede ejercer un programa REBAP (Reducción de Estrés Basado en Atención Plena) sobre la calidad de vida en los participantes que padecían una sobrecarga del cuidador informal.

Además mi objetivo es comparar la calidad de vida del grupo Mindfulness con los grupos que participan en las clases de inglés y espalda sana.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia a las diferentes actividades o su relación con el profesor, su equipo e investigador.

Para el estudio el participante acudiría a una de las clases impartidas de:

- Mindfulness que incluye el programa REBAP.
- Espalda sana.
- Inglés 1 + conversación, Inglés 2 + conversación.

Se siguen todos los horarios y la organización de las clases que se imparten en los diferentes centros a los que acude. El tiempo del estudio comprende la recogida de los presentes consentimientos y cuestionarios hasta la entrega de los mismos cuestionarios en 8 semanas aproximadamente. Las recogidas serán coordinadas en las diferentes actividades del estudio.

Es importante la asistencia continuada en las diferentes actividades aunque sea voluntaria, ya que los profesionales que imparten las clases le solicitarán el compromiso de repetir los ejercicios fuera de las sesiones para fortalecer lo aprendido.

En la primera clase de la actividad se le pedirá que rellene un **cuestionario** con varias preguntas, una escala WHOQOL-BREF (tiempo estimado 5 minutos), una escala MAAS (tiempo aproximado 5 minutos) y una escala Zarit si fuese necesaria (tiempo estimado 5 minutos). A las 8 semanas aproximadamente se pasarán los mismos cuestionarios (tiempo estimado entre 10 y 15 minutos).

Para mantener el **anonimato de los participantes** se realizará una codificación de los datos obtenidos.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

El voluntario por participar en el estudio a través de las diferentes actividades y del programa REBAP (grupo Mindfulness) no existe la probabilidad de sufrir algún tipo de riesgo así como efectos adversos que puedan aparecer.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no obtendrá ningún beneficio por su participación, si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Sólo el equipo investigador tendrá acceso a sus datos y nadie ajeno al centro podrá consultar su historial. Los datos que serán recogidos en el cuestionario serán necesarios sólo para el objetivo del estudio.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto no se financia con fondos procedentes de empresas o instituciones.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea.

Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

Los resultados son de carácter experimental y no tienen implicaciones clínicas, la práctica de las diferentes actividades (Mindfulness, espalda sana e inglés) consiste en mantener la propia atención en cada una de ellas. Además de realizar los ejercicios propuestos por el profesor.

¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en las clases de la Asociación A.G.U.A. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos en ese momento.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, D. Miguel Ángel Tonello Gallego, en el teléfono 691172058 de 10H a 14H o por correo electrónico en la dirección 629965@unizar.es.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: Intervención del programa REBAP (Reducción de Estrés Basado en Atención Plena) en la calidad de vida de los inscritos en la Asociación A.G.U.A. (Asociación Cultural de Mujeres Agustina d' Aragón).

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador o profesor)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: **sí no** (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador/profesor:

Fecha:

ANEXO.4

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 14/02/2018, Acta Nº 03/2018 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Intervención del programa REBAP (Reducción de Estrés Basado en Atención Plena) en la sobrecarga del cuidador/a informal de la Asociación A.G.U.A.

Alumno: Miguel Ángel Tonello Gallego
Director: Fernando Urcola Pardo

Versión protocolo: Versión 2.0, de fecha 06/02/2018

Versión documento de información y consentimiento: Versión 2.0, de fecha 06/02/2018

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la adecuada obtención del consentimiento informado, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE** a la realización del proyecto.

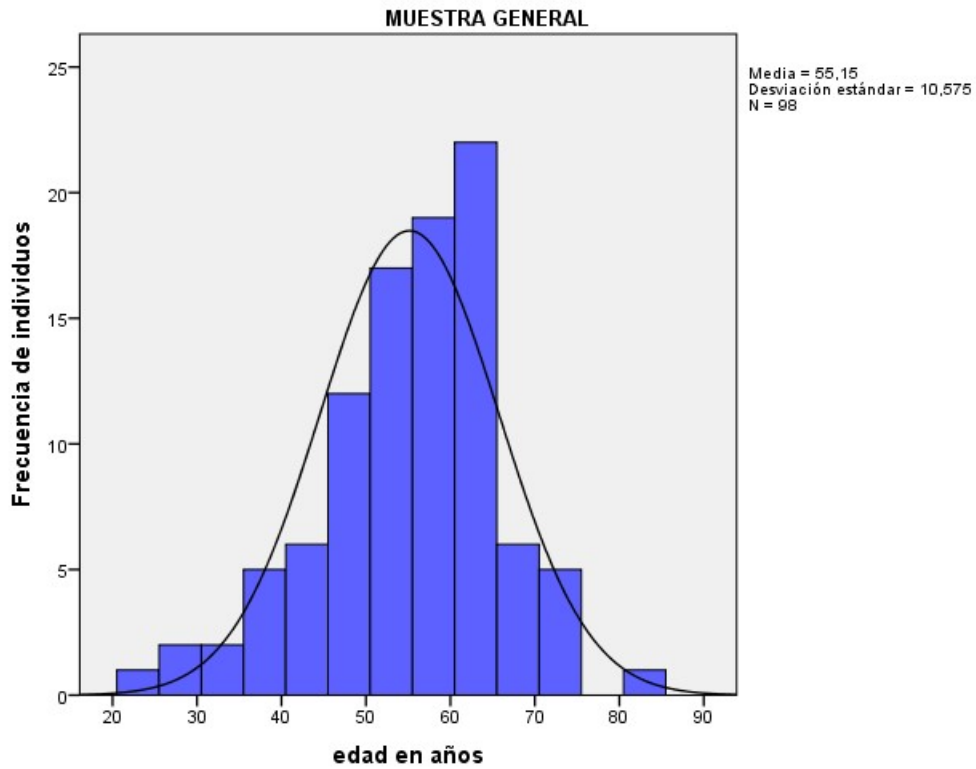
Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA
DNI 03857456B

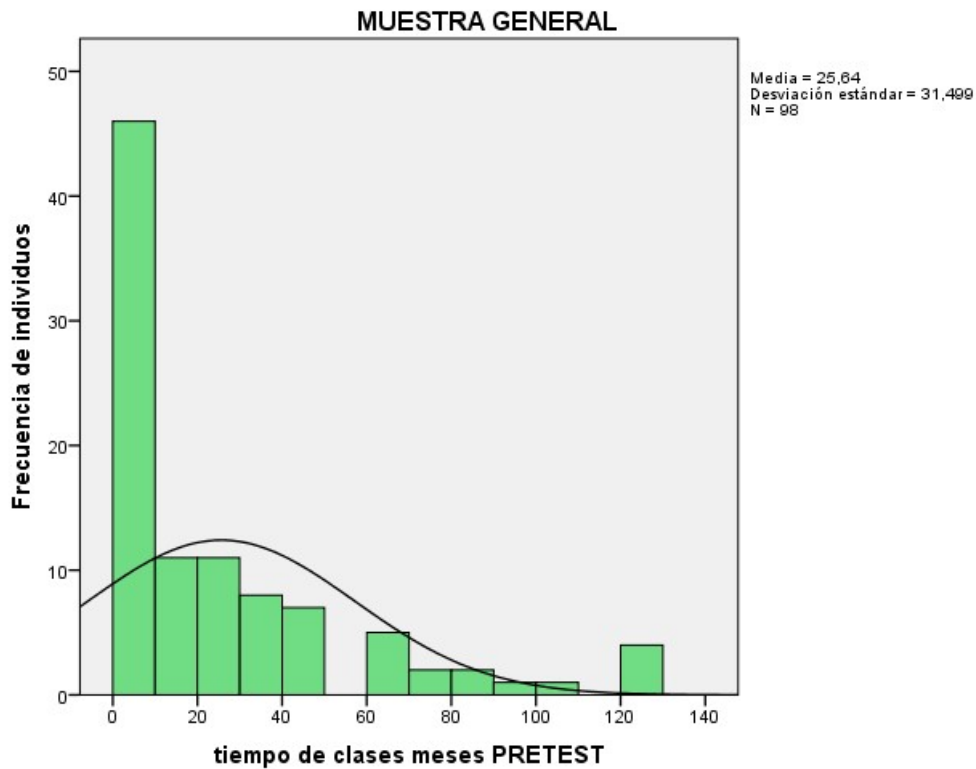
Firmado digitalmente por
GONZALEZ HINJOS MARIA
- DNI 03857456B
Fecha: 2018.02.16 14:33:12
+01'00'

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO GRÁFICO 1.



ANEXO GRÁFICO 2.



ANEXO TABLA 1.

Estadísticos Muestra General PRETEST					
		edad en años	tiempo clases meses PRE	tiempo practica horas PRE	tiempo de cuidado meses PRE
N	Válido	98	98	98	30
	Perdidos	0	0	0	68
Media		55,15	25,64	2,48	97,57
Mediana		56,00	12,00	2,00	90,00
Moda		64	3	2	60
Desviación estándar		10,575	31,499	1,760	64,775
Mínimo		23	1	1	6
Máximo		82	129	10	216

ANEXO TABLA 2.

Estadísticos MUESTRA GENERAL POSTEST			
		tiempo practica horas POST	tiempo de cuidado meses POST
N	Válido	98	27
	Perdidos	0	71
Media		2,58	94,33
Mediana		2,00	68,00
Moda		2	62
Desviación estándar		1,878	70,097
Mínimo		1	2
Máximo		10	218

ANEXO TABLA 3.

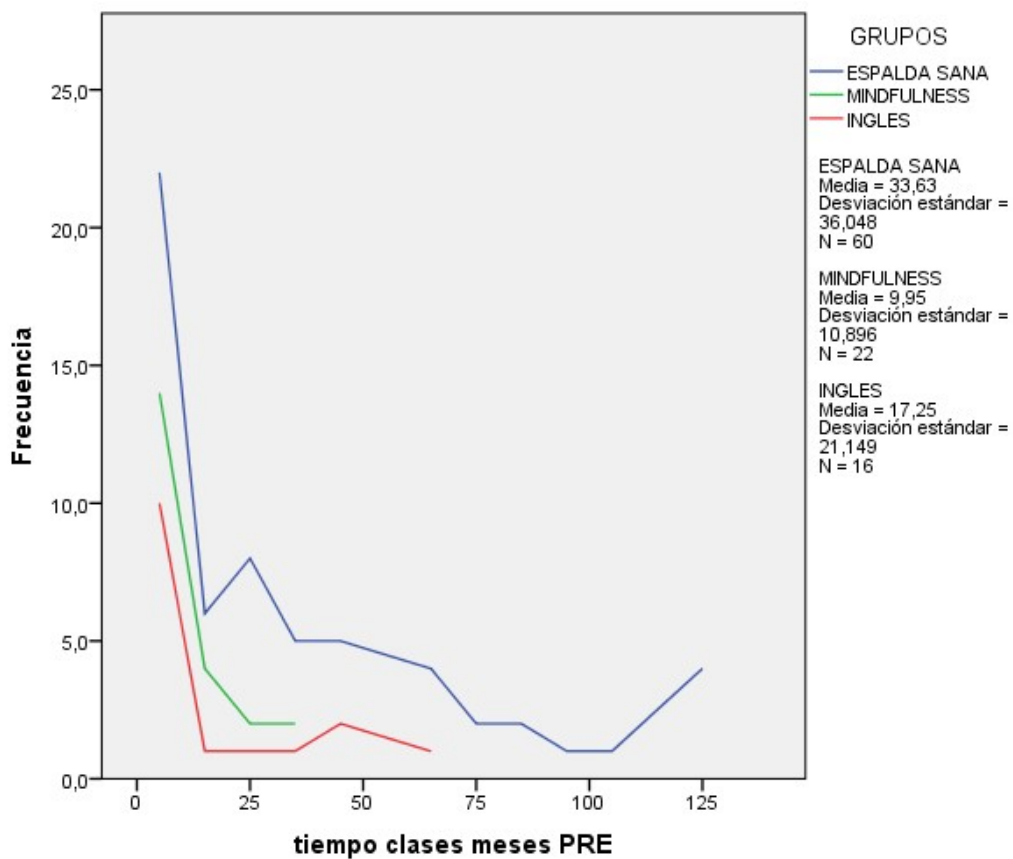
**COMPARACIÓN POR PAREJAS DE CADA GRUPO CON LA PRUEBA
KRUSKAL-WALLIS**

		Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajustada
Tiempo de clases PRETEST	MINDFULNESS- ESPALDA SANA	21,056	0,003	0,008
Tiempo práctica PRETEST	MINDFULNESS- INGLÉS	-42,065	0,000	0,000
	ESPALDA SANA- INGLÉS	-28,115	0,000	0,001

Tiempo práctica POSTEST	MINDFULNESS-INGLÉS	-33,750	0,000	0,000
	MINDFULNESS-ESPALDA SANA	16,317	0,013	0,038

Se muestran las significancias asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,005.

ANEXO GRÁFICO 3.



ANEXO TABLA 4.

	GENERO	Frecuencia	Porcentaje
Espalda sana	Mujer	58	96,7
	Hombre	2	3,3
	Total	60	100
Mindfulness	Mujer	19	86,4
	Hombre	3	13,6
	Total	22	100
Inglés	Mujer	11	68,8
	Hombre	5	31,3
	Total	16	100
Total	Mujer	88	89,8
	Hombre	10	10,2
	Total	98	100

ANEXO TABLA 5

Estadísticos Muestra General PRETEST

GRUPOS			edad en años	tiempo clases meses PRE	tiempo practica horas PRE	tiempo de cuidado meses PRE
ESPALDA SANA	N	Válido	60	60	60	20
		Perdidos	0	0	0	40
		Media	56,37	33,63	2,14	106,45
		Mediana	57,00	24,00	2,00	112,00
		Moda	64	3	2	112
		Desviación estándar	9,796	36,048	,859	63,294
		Mínimo	35	1	1	6
		Máximo	82	129	6	216
MINDFULNESS	N	Válido	22	22	22	7
		Perdidos	0	0	0	15
		Media	49,91	9,95	1,89	77,14
		Mediana	52,50	4,50	1,25	60,00
		Moda	56	3	1	60
		Desviación estándar	13,441	10,896	1,422	57,176
		Mínimo	23	1	1	6
		Máximo	75	36	7	192
INGLES	N	Válido	16	16	16	3
		Perdidos	0	0	0	13
		Media	57,81	17,25	4,56	86,00
		Mediana	60,50	4,50	4,00	36,00
		Moda	47 ^a	3	4	18 ^a
		Desviación estándar	6,242	21,149	2,949	102,587
		Mínimo	47	2	2	18
		Máximo	67	68	10	204

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

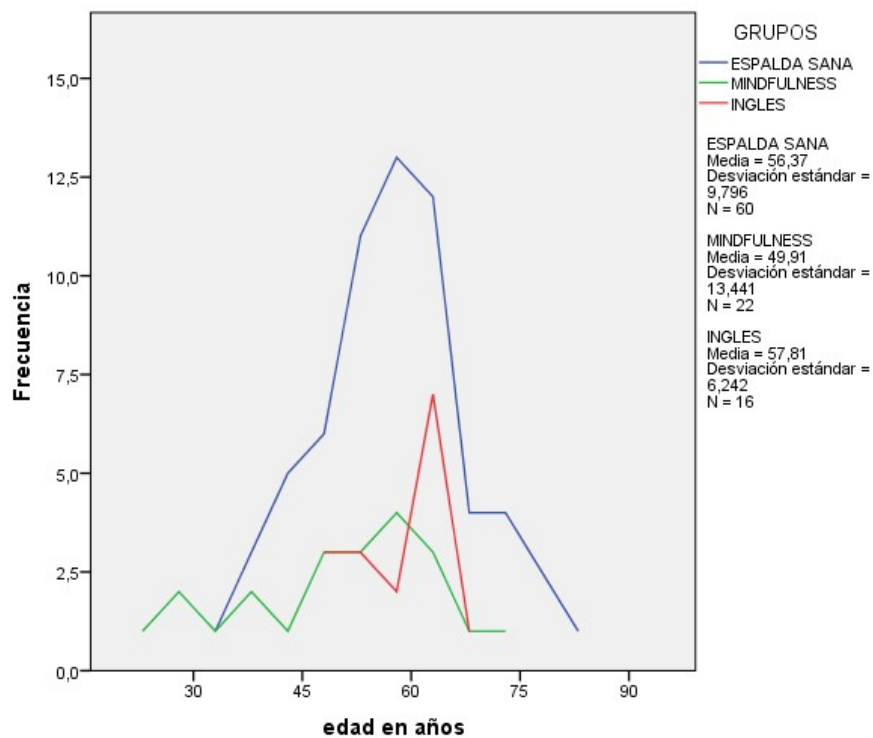
ANEXO TABLA 6.

Estadísticos Muestra General POSTEST

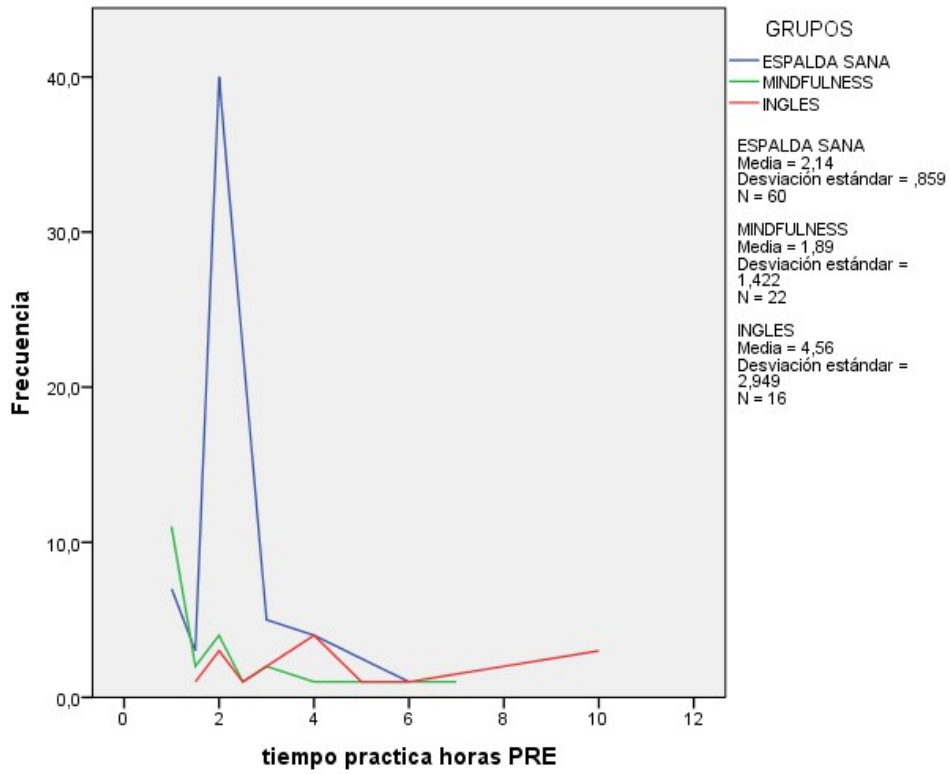
GRUPOS			tiempo practica horas POST	tiempo de cuidado meses POST
ESPALDA SANA	N	Válido	60	16
		Perdidos	0	44
	Media	2,30	107,94	
	Mediana	2,00	112,00	
	Moda	2	38 ^a	
	Desviación estándar	1,082	70,175	
	Mínimo	1	8	
	Máximo	8	218	
MINDFULNESS	N	Válido	22	8
		Perdidos	0	14
	Media	1,77	69,50	
	Mediana	1,75	62,00	
	Moda	1	62	
	Desviación estándar	,935	59,548	
	Mínimo	1	2	
	Máximo	4	194	
INGLES	N	Válido	16	3
		Perdidos	0	13
	Media	4,72	88,00	
	Mediana	3,50	38,00	
	Moda	2	20 ^a	
	Desviación estándar	3,291	102,587	
	Mínimo	1	20	
	Máximo	10	206	

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

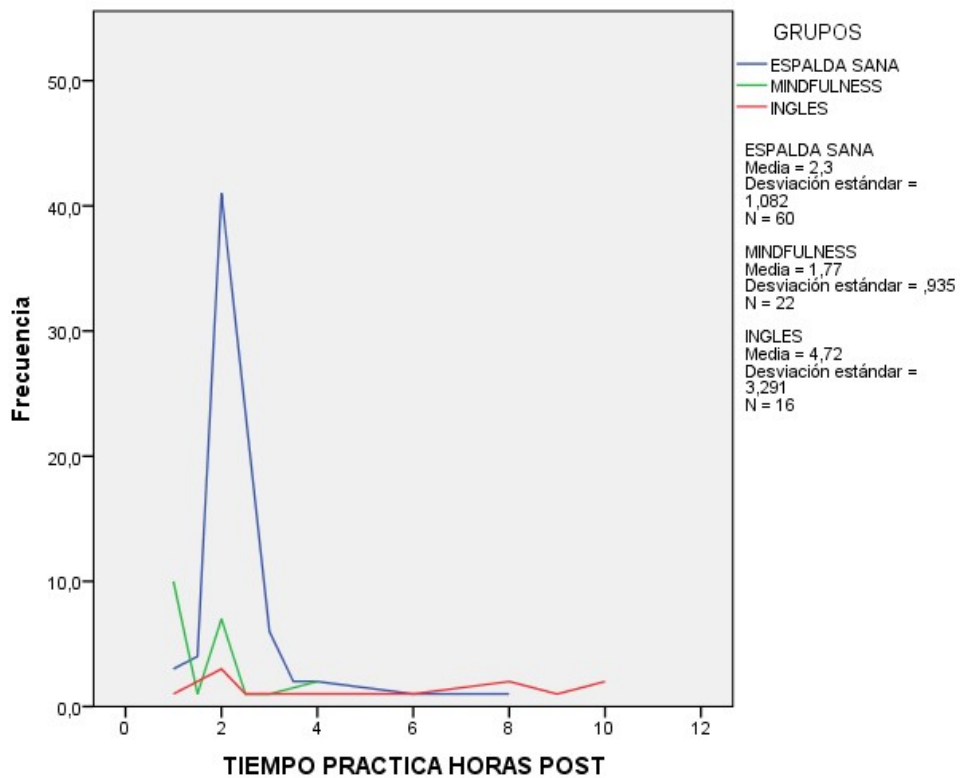
ANEXO GRÁFICO 4



ANEXO GRÁFICO 5.



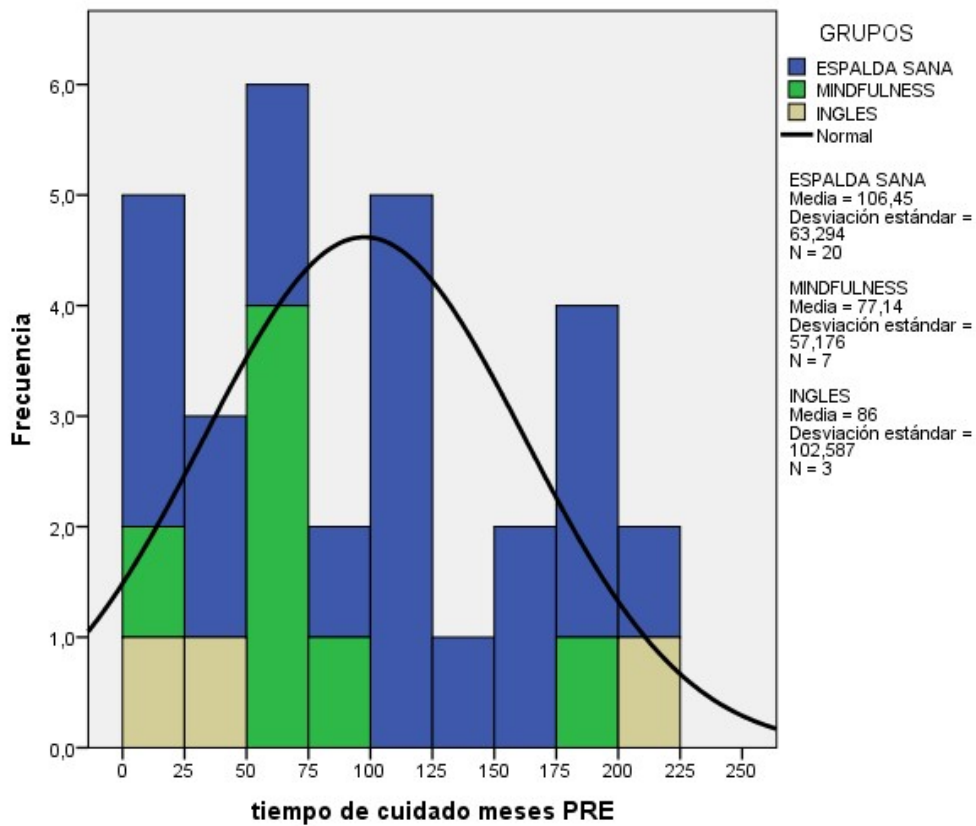
ANEXO GRÁFICO 6.



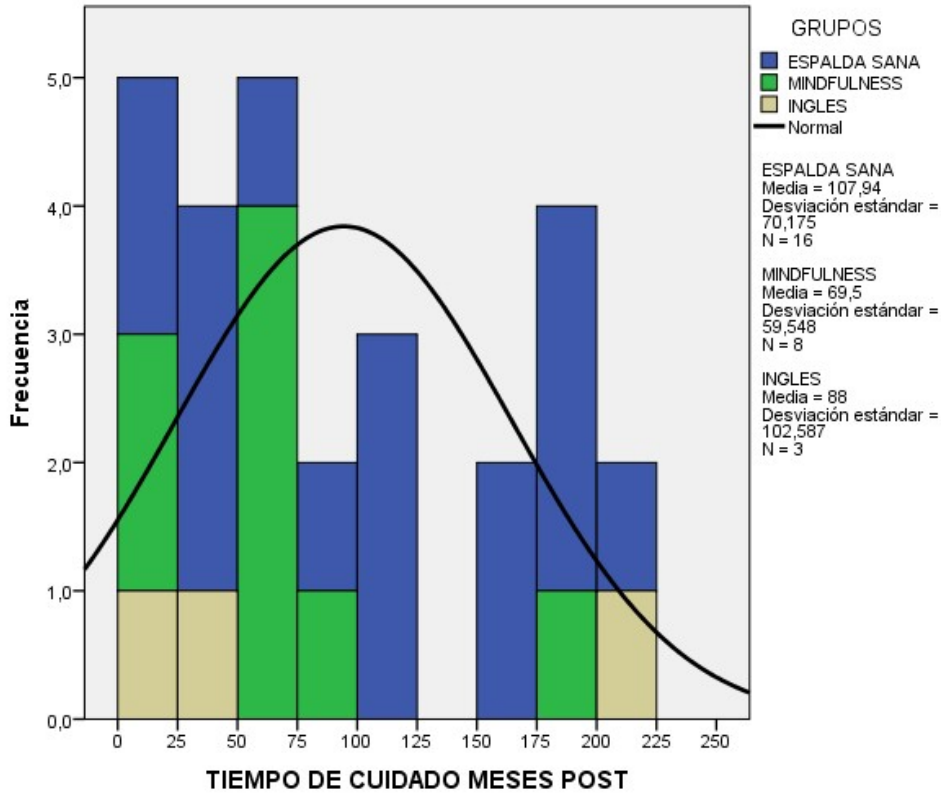
ANEXO TABLA 7.

Sig. Asintótica (2 caras)						
	ENFERMEDAD	GÉNERO	CUIDADOR/A		LUGAR DE CUIDADOS	
			PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
Chi-cuadrado de Pearson	0,047	0,546	0,889	0,293	0,666	0,826
Número de casos	98	98	98	98	30	27

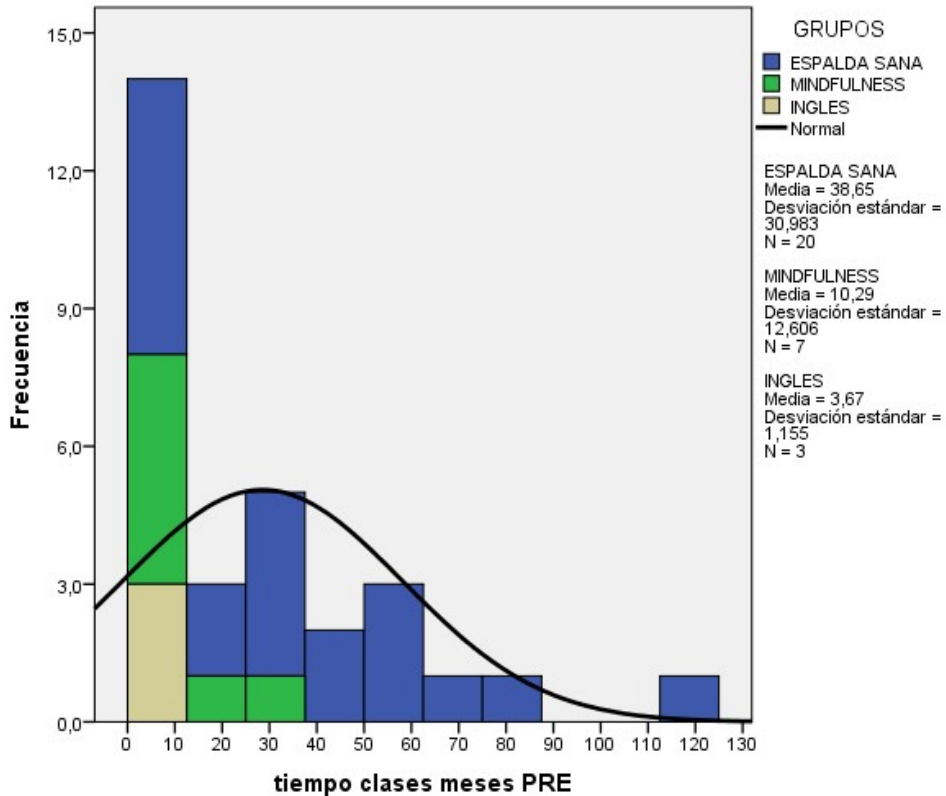
ANEXO GRÁFICO 7.



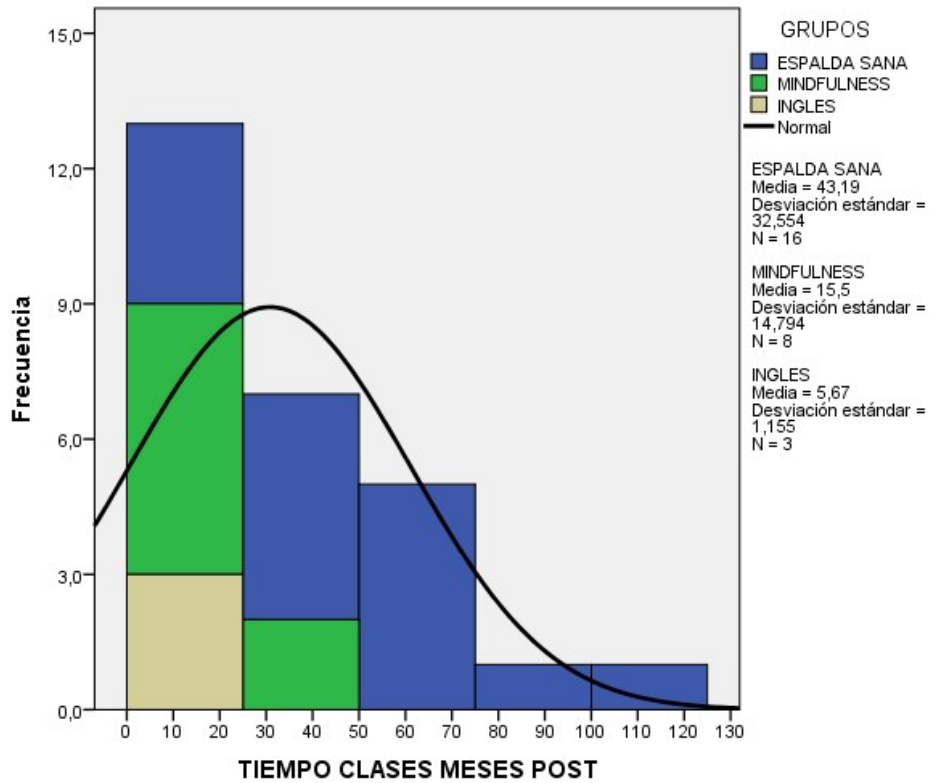
ANEXO GRÁFICO 8.



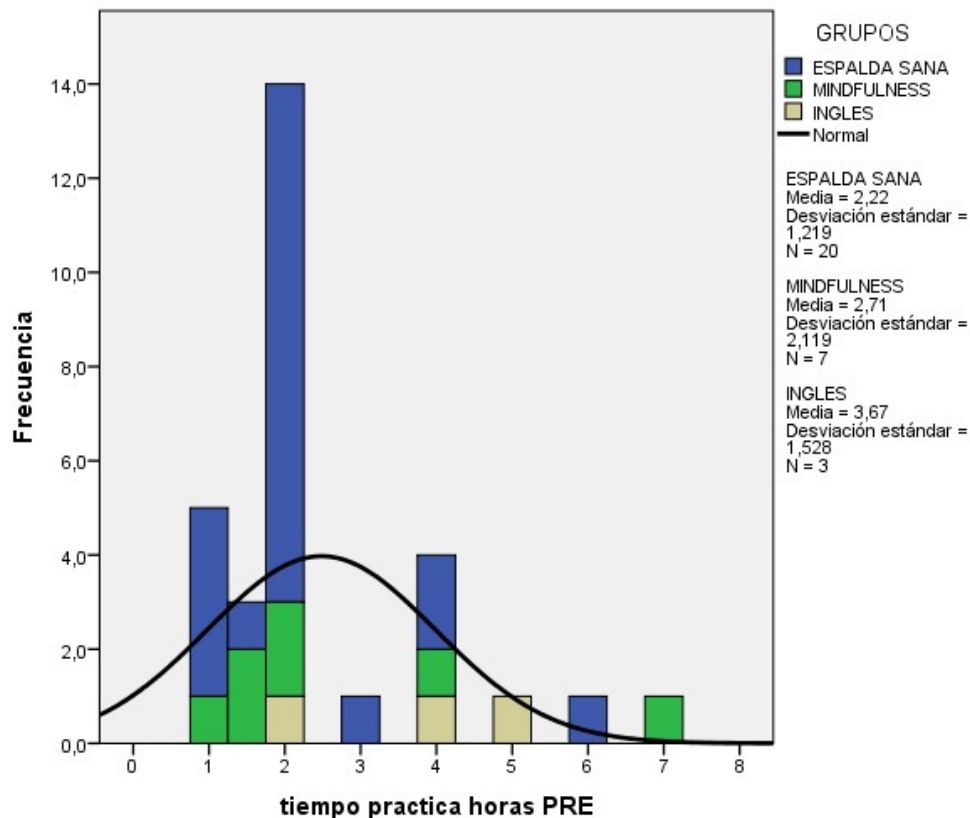
ANEXO GRÁFICO 9.



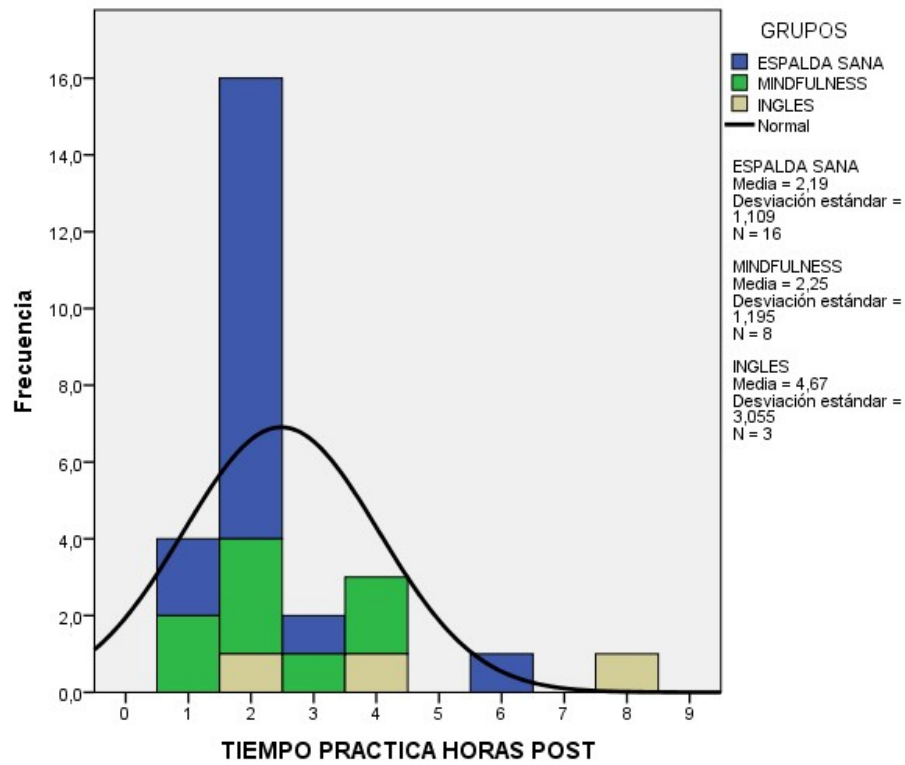
ANEXO GRÁFICO 10.



ANEXO GRÁFICO 11.



ANEXO GRÁFICO 12.



ANEXO TABLA 8.

Estadísticos de prueba^a

	salud fisica PRE	tiempo practica horas PRE
U de Mann-Whitney	5,000	10,000
W de Wilcoxon	8,000	13,000
Z	-2,189	-2,360
Sig. asintótica (bilateral)	,029	,018
Significación exacta [2^a (sig. unilateral)]	,014 ^b	,041 ^b

a. Variable de agrupación: Genero participante

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.9

Estadísticos de prueba^a

GRUPO MINDFULNESS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE
U de Mann-Whitney	27,000	20,500	24,000	18,500	27,000	28,000	20,000
W de Wilcoxon	217,000	210,500	214,000	24,500	217,000	34,000	210,000
Z	-,145	-,780	-,440	-,964	-,152	-,052	-,814
Sig. asintótica (bilateral)	,885	,435	,660	,335	,879	,958	,416
Significación exacta [2^a (sig. unilateral)]	,929 ^b	,464 ^b	,718 ^b	,356 ^b	,929 ^b	1,000 ^b	,464 ^b

a. Variable de agrupación: Genero participante

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.10

Estadísticos de prueba^a

GRUPO INGLÉS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE
U de Mann-Whitney	19,500	27,000	26,500	23,000	20,000	23,500
W de Wilcoxon	85,500	42,000	41,500	38,000	86,000	89,500
Z	-,911	-,057	-,116	-,521	-1,038	-,475
Sig. asintótica (bilateral)	,362	,954	,908	,602	,299	,635
Significación exacta [2^a (sig. unilateral)]	,377 ^b	1,000 ^b	,913 ^b	,661 ^b	,441 ^b	,661 ^b

a. Variable de agrupación: Genero participante

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.11

		SALUD FÍSICA		TOTAL ZARIT		TIEMPO CLASES	TOTAL MAAS
		< 46 AÑOS	>47 Y <64 AÑOS	< 46 AÑOS	>47 Y <64 AÑOS	>47 Y <64 AÑOS	>47 Y <64 AÑOS
ESPALDA SANA	U de Mann-Whitney	156,500	260,000	11,500	8,500	137,500	
	Sig. Asintótica (bilateral)	0,063	0,028	0,012	0,003	0,025	
MINDFULNESS	U de Mann-Whitney	23,500				23,000	20,000
	Sig. Asintótica (bilateral)	0,039				0,017	0,010

ANEXO TABLA.12

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO MINDFULNESS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	7,954	1,626	3,737	4,935	3,590	3,542	3,003	5,786
gl	4	4	4	4	4	4	4	4
Sig. asintótica	,093	,804	,443	,294	,464	,472	,557	,216

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: enfermedad PRE

ANEXO TABLA.13

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO ESPALDA SANA	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	Genero participante
Chi-cuadrado	14,593	14,308	14,017	12,930	14,682	14,881	29,146
gl	9	9	9	9	9	9	9
Sig. asintótica	,103	,112	,122	,166	,100	,094	,001

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: enfermedad PRE

ANEXO TABLA.14

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO INGLÉS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	5,085	,304	,384	,384	2,193	7,806	1,193	1,500
gl	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. asintótica	,024	,581	,535	,535	,139	,005	,275	,221

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: enfermedad PRE

ANEXO TABLA.15

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO ESPALDA SANA	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	15,782	19,333	19,439	19,531	24,517	21,161	18,416	12,545
gl	21	21	21	21	21	21	21	10
Sig. asintótica	,782	,564	,557	,551	,269	,449	,623	,250

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo clases meses PRE

ANEXO TABLA.16

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO MINDFULNESS	salud fisica PRE	salud psicologica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	6,397	8,071	11,742	10,368	6,845	5,062	13,121	5,036
gl	9	9	9	9	9	9	9	5
Sig. asintótica	,700	,527	,228	,321	,653	,829	,157	,412

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo clases meses PRE

ANEXO TABLA.17

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO INGLÉS	salud fisica PRE	salud psicologica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	10,060	13,229	12,033	11,797	10,970	10,225	10,993	1,500
gl	10	10	10	10	10	10	10	1
Sig. asintótica	,435	,211	,283	,299	,360	,421	,358	,221

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo clases meses PRE

ANEXO TABLA.18

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO ESPALDA SANA	salud fisica PRE	salud psicologica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	Genero participante	edad en años
Chi-cuadrado	,734	2,880	4,260	5,648	2,429	5,826	10,172	10,176
gl	4	4	4	4	4	4	4	4
Sig. asintótica	,947	,578	,372	,227	,657	,213	,038	,038

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo practica horas PRE

ANEXO TABLA.19

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO MINDFULNESS	salud fisica PRE	salud psicologica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	2,614	4,040	3,201	8,514	2,023	2,963	4,604	3,179
gl	4	4	4	4	4	4	4	3
Sig. asintótica	,624	,401	,525	,074	,732	,564	,330	,365

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo practica horas PRE

ANEXO TABLA.20

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO INGLÉS	salud fisica PRE	salud psicologica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	5,561	3,512	1,567	,583	5,395	2,677	4,781	2,000
gl	6	6	6	6	6	6	6	2
Sig. asintótica	,474	,742	,955	,997	,494	,848	,572	,368

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo practica horas PRE

ANEXO TABLA.21

Estadísticos de prueba^a

GRUPO ESPALDA SANA	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	edad en años
U de Mann-Whitney	394,000	341,000	373,500	389,500	358,000	296,000	217,000
W de Wilcoxon	1214,000	1161,000	1193,500	1209,500	568,000	506,000	427,000
Z	-,094	-,931	-,419	-,165	-,734	-1,760	-2,873
Sig. asintótica (bilateral)	,925	,352	,675	,869	,463	,078	,004

a. Variable de agrupación: cuidador/a PRE

ANEXO TABLA.22

Estadísticos de prueba^a

GRUPO INGLÉS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	edad en años
U de Mann-Whitney	17,000	12,000	6,000	17,500	17,000	19,000	2,500
W de Wilcoxon	23,000	103,000	97,000	108,500	23,000	25,000	8,500
Z	-,338	-1,020	-1,856	-,275	-,411	-,070	-2,296
Sig. asintótica (bilateral)	,735	,308	,063	,783	,681	,944	,022
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,800 ^b	,364 ^b	,082 ^b	,800 ^b	,800 ^b	1,000 ^b	,014 ^b

a. Variable de agrupación: cuidador/a PRE

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.23

Estadísticos de prueba^a

GRUPO MINDFULNESS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE
U de Mann-Whitney	26,000	26,000	21,500	42,000	18,500	29,000	51,500
W de Wilcoxon	54,000	54,000	49,500	70,000	46,500	57,000	79,500
Z	-1,884	-1,904	-2,233	-,746	-2,539	-1,805	-,071
Sig. asintótica (bilateral)	,060	,057	,026	,456	,011	,071	,944
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,066 ^b	,066 ^b	,026 ^b	,490 ^b	,014 ^b	,106 ^b	,945 ^b

a. Variable de agrupación: cuidador/a PRE

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.24

Estadísticos de prueba^a

GRUPO ESPALDA SANA	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
U de Mann-Whitney	22,000	20,000	23,000	13,500	23,000	25,000	20,000	22,000
W de Wilcoxon	28,000	173,000	29,000	166,500	29,000	31,000	26,000	175,000
Z	-,374	-,587	-,270	-1,283	-,285	-,056	-,583	-,371
Sig. asintótica (bilateral)	,708	,557	,787	,199	,776	,955	,560	,711
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,765 ^b	,616 ^b	,842 ^b	,216 ^b	,842 ^b	1,000 ^b	,616 ^b	,765 ^b

a. Variable de agrupación: cuidados en casa (no) o fuera (si) PRE

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.25

Estadísticos de prueba^a

GRUPO MINDFULNESS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
U de Mann-Whitney	2,500	,500	,500	3,000	2,500	1,500	1,000	2,000
W de Wilcoxon	23,500	21,500	21,500	4,000	23,500	2,500	22,000	23,000
Z	-,276	-1,394	-1,285	,000	-,276	-,837	-1,000	-,500
Sig. asintótica (bilateral)	,783	,163	,199	1,000	,783	,403	,317	,617
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	,857 ^b	,286 ^b	,286 ^b	1,000 ^b	,857 ^b	,571 ^b	,571 ^b	,857 ^b

a. Variable de agrupación: cuidados en casa (no) o fuera (si) PRE

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.26

Estadísticos de prueba^a

GRUPO INGLÉS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
U de Mann-Whitney	1,000	,000	,000	,000	,500	,500	,000	,000
W de Wilcoxon	4,000	3,000	3,000	3,000	3,500	3,500	1,000	3,000
Z	,000	-1,225	-1,225	-1,225	-,707	-,707	-1,225	-1,225
Sig. asintótica (bilateral)	1,000	,221	,221	,221	,480	,480	,221	,221
Significación exacta [2* (sig. unilateral)]	1,000 ^b	,667 ^b	,667 ^b	,667 ^b	,667 ^b	,667 ^b	,667 ^b	,667 ^b

a. Variable de agrupación: cuidados en casa (no) o fuera (si) PRE

b. No corregido para empates.

ANEXO TABLA.27

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO ESPALDA SANA	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	14,161	16,979	17,024	17,155	15,475	13,952	13,927
gl	15	15	15	15	15	15	15
Sig. asintótica	,513	,320	,317	,310	,418	,529	,531

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo de cuidado meses PRE

ANEXO TABLA.28

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO MINDFULNESS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	2,739	6,000	2,491	4,154	6,000	3,822	3,286
gl	4	4	4	4	4	4	4
Sig. asintótica	,602	,199	,646	,386	,199	,431	,511

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo de cuidado meses PRE

ANEXO TABLA.29

Estadísticos de prueba^{a,b}

GRUPO INGLÉS	salud física PRE	salud psicológica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total zarit PRE
Chi-cuadrado	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000
gl	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,368	,368	,368	,368	,368	,368	,368

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: tiempo de cuidado meses PRE

ANEXO TABLA.30

Estadísticos de prueba^{a,b}

ESCALA MAAS PRE		Genero	edad	enferme dad	tiempo clases	tiempo practica	cuidador /a	cuidado s en casa (no) (si)	familiar la PNC	tiempo de cuidado
Sig. asintótica	ES	,592	,285	,834	,353	,144	,089	,270	1,000	,903
	MF	,300	,150	,330	,011	,153	,903	,112	1,000	,326
	IG	,451	,603	,841	,409	,120	,123	,480	1,000	,221

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: total maas PRE

ANEXO TABLA.31

Estadísticos de prueba^{a,b}

ESCALA ZARIT PRE		Genero	edad	enferme dad	tiempo clases	tiempo practica	cuidador /a	cuidado s en casa (no) (si)	familiar la PNC	tiempo de cuidado
Sig. asintótica	ES	,329	,509	,405	,365	,387	1,000	,329	1,000	,361
	MF	1,000	,423	,423	,423	,423	1,000	,423	1,000	,423
	IG	1,000	,368	,368	,368	,368	1,000	,368	1,000	,368

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: total zarit PRE

ANEXO TABLA.32

Estadísticos de prueba^{a,b}

ESCALA QHOQOL- BREF PRE Sig. asintótica		Genero	edad	enferme dad	tiempo clases	tiempo practica	cuidador /a	cuidados en casa (no) (si)	familiar la PNC	tiempo de cuidado
SALUD FÍSICA	ES	,007	,207	,476	,923	,549	,155	,681	1,000	,532
	MF	,513	,308	,255	,442	,608	,204	,861	1,000	,861
	IG	,234	,433	,253	,345	,373	,547	,368	1,000	,368
SALUD PSICOLÓGICA	ES	,013	,349	,524	,423	,496	,513	,316	1,000	,340
	MF	,847	,419	,612	,545	,512	,275	,287	1,000	,075
	IG	,726	,908	,379	,308	,621	,865	,368	1,000	,368

RELACIONES SOCIALES	ES	,587	,166	,177	,339	,747	,317	,868	1,000	,824
	MF	,418	,351	,486	,522	,701	,466	,475	1,000	,736
	IG	,743	,254	,632	,120	,147	,340	,368	1,000	,368
MEDIO AMBIENTE	ES	,550	,253	,450	,431	,349	,247	,503	1,000	,690
	MF	,565	,164	,770	,575	,560	,464	,856	1,000	,406
	IG	,459	,828	,632	,558	,511	,822	,368	1,000	,368
CALIDAD DE VIDA	ES	,324	,485	,295	,309	,646	,422	,336	1,000	,394
	MF	,818	,415	,175	,525	,089	,032	,861	1,000	,217
	IG	,377	,277	,323	,353	,313	,843	,480	1,000	,221
SALUD PERCIBIDA	ES	,319	,383	,033	,757	,191	,252	,075	1,000	,408
	MF	,042	,236	,512	,349	,518	,344	,687	1,000	,687
	IG	,359	,608	,012	,348	,840	,442	,480	1,000	,221

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: WHOQOL.BREF PRE

ANEXO TABLA.33

Estadísticos de prueba^{a,b}

	salud fisica PRE	salud psicologica PRE	relaciones sociales PRE	medio ambiente PRE	calidad de vida PRE	salud percibida PRE	total maas PRE	total zarit PRE
gl	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,157	,069	,134	,607	,605	,701	,006	,339

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ESPALDA SANA, MIND, INGLES

ANEXO TABLA.34

Estadísticos de prueba^{a,b}

	SALUD FISICA POST	SALUD PSICOLOGICA POST	RELACIONES SOCIALES POST	MEDIO AMBIENTE POST	CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POST	SALUD PERCIBIDA POST	TOTAL MAAS POST	TOTAL ZARIT POST
gl	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,391	,410	,019	,148	,197	,008	,001	,372

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ESPALDA SANA, MIND, INGLES

ANEXO TABLA.35

Estadísticos de prueba^{a,b}

	PPsalud fisica PrePOST	PPsalud psicologica PrePOST	PPrelaciones sociales PrePOST	PPmedio ambiente PrePOST	PPcalidad de vida PrePOST	PPsalud percibida PrePOST	PPtotal maas PrePOST	PPtotal zarit PrePOST
gl	2	2	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,354	,372	,856	,569	,332	,049	,597	,802

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ESPALDA SANA, MIND, INGLES

ANEXO TABLA. 36

COMPARACIÓN POR PAREJAS DE CADA GRUPO CON LA PRUEBA KRUSKAL-WALLIS

		Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajustada
Total MAAS PRETEST	MINDFULNESS-ESPALDA SANA	19,431	0,006	0,018
	MINDFULNESS-INGLÉS	-26,804	0,004	0,012
Total MAAS POSTEST	MINDFULNESS-ESPALDA SANA	24,591	0,001	0,002
	MINDFULNESS-INGLÉS	-30,841	0,001	0,003
Relaciones Sociales POSTEST	INGLÉS-ESPALDA SANA	20,298	0,010	0,030
Salud Percibida POSTEST	MINDFULNESS-ESPALDA SANA	19,438	0,003	0,008

Se muestran las significancias asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,005.

ANEXO TABLA. 37

COMPARACIÓN POR PAREJAS DE CADA GRUPO CON LA PRUEBA KRUSKAL-WALLIS

		Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajustada
Salud percibida PRETEST-POSTEST	MINDFULNESS-ESPALDA SANA	13,048	0,044	0,131
	MINDFULNESS-INGLÉS	0,349	0,967	1,000
	INGLÉS-ESPALDA SANA	13,398	0,066	0,199

Se muestran las significancias asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,005.

ANEXO TABLA.38

Estadísticos de prueba^a

GRUPO MINDFULNESS	SALUD FISICA POST - PRE	SALUD PSICOLO GICA POST - PRE	RELACIO NES SOCIALE S POST - PRE	MEDIO AMBIENT E POST - PRE	CALIDAD DE VIDA PERCIBI DA POST - PRE	SALUD PERCIBI DA POST - PRE	TOTAL MAAS POST - PRE	TOTAL ZARIT POST - PRE
Z	-2,431 ^b	-1,598 ^b	-,189 ^c	-,582 ^c	-,264 ^b	-1,058 ^c	-,130 ^c	-1,270 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,015	,110	,850	,561	,792	,290	,897	,204

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

c. Se basa en rangos positivos.

ANEXO TABLA.39

Estadísticos de prueba^a

TOTAL MAAS POST - PRE	GRUPO ESPALDA SANA	GRUPO INGLÉS	GRUPO MINDFULNESS
Z	-1,804 ^b	-,362 ^b	-,130 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0,071	0,717	0,897

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.

ANEXO TABLA.40

Estadísticos de prueba^a

TOTAL ZARIT POST - PRE	GRUPO ESPALDA SANA	GRUPO INGLÉS	GRUPO MINDFULNESS
Z	-1,855 ^b	-1,270 ^b	-,535 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	,064	,204	,593

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos positivos.