

TESIS DOCTORAL

AÑO 2020

**EFICACIA DEL MINDFULNESS Y LA PSICOLOGÍA
POSITIVA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE
VIDA DURANTE LA PERIMENOPAUSIA**

JUAN FRANCISCO ESPEJO ZAMORA

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

DIRECTORA

Dra. D^a MONTSERRAT CONDE PASTOR



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION
A DISTANCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología Básica II**

TESIS DOCTORAL

AÑO 2020

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD**

**EFICACIA DEL MINDFULNESS Y LA PSICOLOGÍA
POSITIVA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE
VIDA DURANTE LA PERIMENOPAUSIA**

**JUAN FRANCISCO ESPEJO ZAMORA
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

DIRECTORA

Dra. D^a MONTSERRAT CONDE PASTOR

INDICE

PARTE TEÓRICA

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....	17
CAPITULO 2: PERIMENOPAUSIA.....	24
2.1. Ciclo menstrual femenino.....	25
2.2. Climaterio y menopausia: etapas.....	27
2.3. Definición de perimenopausia.....	29
2.4. Características y sintomatología en la perimenopausia.....	32
CAPITULO 3: <i>MINDFULNESS</i>	34
3.1. Concepto y características del <i>Mindfulness</i>	35
3.2. Elementos del <i>Mindfulness</i>	38
3.2.1. Centrarse en el momento presente.....	38
3.2.2. Apertura a la experiencia.....	38
3.2.3. Aceptación no valorativa.....	38
3.2.4. Dejar pasar.....	38
3.2.5. Intención.....	39

3.3. Aplicaciones del <i>Mindfulness</i>.....	39
3.4. Programas basados en <i>Mindfulness</i>.....	43
3.4.1. Reducción de Estrés basado en la Atención Plena.....	43
3.4.2. Terapia Cognitiva basada en <i>Mindfulness</i>.....	44
3.4.3. Terapia de Aceptación y Compromiso.....	44
3.4.4. Terapia Conductual Dialéctica.....	44
CAPITULO 4: PSICOLOGÍA POSITIVA.....	46
4.1. Concepto y características de la Psicología Positiva.....	47
4.2. Técnicas de Psicología Positiva: saboreo, agradecimiento, sentido del humor, aceptación.....	49
4.3. Intervenciones basadas en Psicología Positiva.....	50
CAPITULO 5: INSTRUMENTOS Y APARATOS.....	55
5.1. Medidas psicofisiológicas de la ansiedad.....	56
5.1.1. Frecuencia cardiaca.....	57
5.1.2. Frecuencia respiratoria.....	57
5.1.3. Presión arterial sistólica y diastólica.....	58
5.2. Instrumentos para la medida de la calidad de vida durante la perimenopausia.....	61

5.2.1. Escala Cervantes de la menopausia..... 61

PARTE EXPERIMENTAL

1. JUSTIFICACIÓN, HIPOTESIS DE LOS ESTUDIOS Y ANALISIS ESTADÍSTICO..... 64

2. EXPERIMENTO 1..... 67

Eficacia de la técnica de *Mindfulness* en la reducción de la sintomatología psicofisiológica durante la perimenopausia

3. EXPERIMENTO 2..... 89

Reducción de la sintomatología psicofisiológica en la perimenopausia, a través de la Psicología Positiva

4. EXPERIMENTO 3..... 110

Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa combinado y reducido basado en *Mindfulness* y Psicología Positiva

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES.....	131
BIBLIOGRAFIA.....	135
ANEXOS.....	164

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este camino largo e ilusionante, pero a veces tedioso y repleto de altibajos emocionales, quiero agradecer en primer lugar a la directora de esta tesis la Dra. Montserrat Conde esta oportunidad. Gracias Montse por guiarme y aconsejarme siempre bien, con un tacto exquisito, conjugando hábilmente la exigencia junto al rigor científico y académico, aderezándolos con altas dosis de paciencia, motivación y ánimo, siempre agradecido.

A mis padres, especialmente a él que siempre nos inculcó desde niños, a mí y a mis hermanos la avidez por el aprendizaje, la constancia y el esfuerzo; a la familia.

A Lola, mi mujer, que ha sabido estar siempre atenta y dispuesta mostrándome desde su introspección y cariño su apoyo incondicional e infatigable.

A Claudia, mi hija, que desde su exquisita sutileza y prudencia siempre me ha aconsejado acertadamente.

ABREVIATURAS, FIGURAS Y SIMBOLOS

α	Alfa de Cronbach
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychological Association
cpm	Ciclos por minuto
d	Estadístico d de Cohen
DBT	Dialectical Behavior Therapy
DT	Desviación típica
EC	Escala Cervantes
FC	Frecuencia cardiaca
FC1	Frecuencia cardiaca grupo experimental
FC2	Frecuencia cardiaca grupo control
FR	Frecuencia respiratoria
FR1	Frecuencia respiratoria grupo experimental
FR2	Frecuencia respiratoria grupo control
FSH	Follicular stimulating hormone
<i>g l</i>	Grados de libertad
HFE	Hormona folículo estimulante o foliculoestimulina
HL	Hormona luteinizante
LH	Luteinising hormone
M	Media
MBCT	<i>Mindfulness</i> Based Cognitive Therapy

MBSR	<i>Mindfulness</i> Based Stress Reduction
MENQOL	Menopause-específic QoI Questionnaire
mmHg	Milímetros de mercurio
MSL	Qualifenne Menopausal Symptoms List
N	Muestra poblacional
p	Nivel de significación
PAD	Presión arterial diastólica
PAD1	Presión arterial diastólica grupo experimental
PAD2	Presión arterial diastólica grupo control
PAS	Presión arterial sistólica
PAS1	Presión arterial sistólica grupo experimental
PAS2	Presión arterial sistólica grupo control
PERMA	Teoría del bienestar de Seligman
r	Tamaño del efecto
SPM	Síndrome premenstrual
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los grupos experimental y control en el experimento 1.....	74-75
Tabla 2. ANOVA del experimento 1.....	80
Tabla 3. Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes del experimento 1	83
Tabla 4. Estadísticos descriptivos para la valoración del domino psíquico de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes del experimento 1.....	85
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de los grupos experimental y control en el experimento 2.....	95-96
Tabla 6. ANOVA del experimento 2.....	101
Tabla 7. Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes del experimento 2.....	104
Tabla 8. Estadísticos descriptivos para la valoración del domino psíquico de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes del experimento 2.....	106
Tabla 9. Estadísticos descriptivos de los grupos experimental y control en el experimento 3	117-118
Tabla 10. ANOVA del experimento 3.....	123
Tabla 11. Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes del experimento 3	125

Tabla 12. Estadísticos descriptivos para la valoración del dominio psíquico de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes del experimento 3 127

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo menstrual femenino	25
Figura 2. Etapas del climaterio	28
Figura 3. Manifestaciones clínicas, endocrinológicas y psicológicas en las fases perimenopáusicas y posmenopáusicas	33
Figura 4. Equipo Dräger Infinity Delta XL utilizado en los experimentos.....	60
Figura 5. Electrodo utilizado en los experimentos.....	60
Figura 6. Diseño del primer experimento.....	72
Figura 7. Medias de los grupos 1 y 2 en FC en el experimento 1.....	76
Figura 8. Medias de los grupos 1 y 2 en FR en el experimento 1.....	77
Figura 9. Medias de los grupos 1 y 2 en PAS en el experimento 1.....	78
Figura 10. Medias de los grupos 1 y 2 en PAD en el experimento 1.....	79
Figura 11. Medias de los grupos 1 y 2 en la valoración global de la Escala Cervantes en el experimento 1.....	84
Figura 12. Medias de los grupos 1 y 2 para el dominio psíquico de la Escala Cervantes en el experimento 1.....	86

Figura 13. Diseño del segundo experimento.....	93
Figura 14. Medias de los grupos 1 y 2 en FC en el experimento 2.....	97
Figura 15. Medias de los grupos 1 y 2 en FR en el experimento 2.....	98
Figura 16. Medias de los grupos 1 y 2 en PAS en el experimento 2.....	99
Figura 17. Medias de los grupos 1 y 2 en PAD en el experimento 2.....	100
Figura 18. Medias de los grupos 1 y 2 en la valoración global de la Escala Cervantes en el experimento 2.....	105
Figura 19. Medias de los grupos 1 y 2 para el dominio psíquico de la Escala Cervantes en el experimento 2.....	107
Figura 20. Diseño del tercer experimento.....	115
Figura 21. Medias de los grupos 1 y 2 en FC en el experimento 3.....	119
Figura 22. Medias de los grupos 1 y 2 en FR en el experimento 3.....	120
Figura 23. Medias de los grupos 1 y 2 en PAS en el experimento 3.....	121
Figura 24. Medias de los grupos 1 y 2 en PAD en el experimento 3.....	122
Figura 25. Medias de los grupos 1 y 2 en la valoración global de la Escala Cervantes en el experimento 3.....	126
Figura 26. Medias de los grupos 1 y 2 para el dominio psíquico de la Escala Cervantes en el experimento 3.....	128

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario inicial.....	165
Anexo 2. Consentimiento informado.....	166
Anexo 3. Escala Cervantes.....	167
Anexo 4. Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en <i>Mindfulness</i>	168
Anexo 5. Registro de técnicas realizadas.....	183

PARTE TEÓRICA

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La vida reproductiva de la mujer se inicia con la primera menstruación o menarquía y se mantiene hasta la menopausia. Desde la menarquía hasta la menopausia transcurre un periodo de tiempo muy amplio (40 años de media), el cual está condicionado por la influencia de las hormonas en general, pero muy específicamente por las femeninas, estrógenos y progesterona.

A lo largo de este período de tiempo, desde la pubertad hasta la senectud, se producen en la mujer diversos cambios a todos los niveles, físico, psicológico y hormonal, que confirman sin duda el carácter dinámico del amplio proceso. Sin embargo, existe una etapa, en la que los cambios en la mujer son especialmente importantes por su trascendencia, ésta es la menopausia. Con frecuencia se utilizan como sinónimos las palabras menopausia y climaterio, aunque su significado no es el mismo; concretamente el término climaterio hace referencia al periodo anterior y posterior a la presentación de la menopausia, y por otro lado, el término menopausia se refiere específicamente al momento en que cesa la menstruación definitivamente, tras doce meses de amenorrea. En la menopausia, además de producirse una serie de síntomas físicos como, por ejemplo, sofocos, palpitaciones, sudoración, pérdida de elasticidad de la piel, dispareunia, aumento de peso, entre otros, y psicológicos como pueden ser síntomas depresivos, irritabilidad, alteraciones de la memoria y de la concentración, labilidad emocional y cambios de humor, se añade, además el hecho de que se deja atrás para siempre la capacidad de reproducción (Janjetic

et al., 2020). De las distintas etapas que conforman todo el climaterio, existe una muy importante, la perimenopausia, que como su propio nombre indica, sería la etapa de transición hacia la menopausia.

La perimenopausia es una etapa difícil de encuadrar temporalmente, aunque podría asentarse entre los 45 y los 55 años de edad por término medio, con una duración aproximada de unos 4 o 5 años. Esta etapa tan importante del proceso ha sido menos estudiada, y es, sin embargo, donde se inician los síntomas a todos los niveles, físico, endocrinológico y psíquico. Las mujeres en esta etapa presentan una gran diversidad de alteraciones como sofocos, irregularidades menstruales manifiestas y alteraciones del estado del ánimo, debido al descenso hormonal de estrógenos y progesterona. Debemos pensar que, aunque sea una etapa fisiológica normal para todas las mujeres, no está exenta de riesgo para la salud física y psicológica, ni de sufrir síntomas muy molestos (García Portilla, 2009).

Todo esto unido a otros factores sociales, como que los hijos sean mayores e independientes, el consiguiente cambio de rol, los cambios físicos evidentes, etc., hacen que una mayoría de mujeres en esta etapa de sus vidas, acusen y vivencien de una forma negativa, este tipo de alteraciones físicas y emocionales que, en último término, van a mermar su salud física y psicológica.

Existen muchas técnicas de meditación que han demostrado su eficacia en la regulación emocional. Este es el caso de la técnica de *mindfulness* traducido en

castellano como atención plena o conciencia plena, y más concretamente, el *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* o programa de reducción del estrés basado en conciencia plena, en castellano. Este programa y otros basados en este, pero con ciertas modificaciones, han demostrado sistemáticamente su eficacia en el ámbito de la salud, en distintos tipos de trastornos de ansiedad, depresión, adicciones, dolor crónico, psoriasis, estrés, entre otros muchos (Pinazo et al., 2020), por ello para el primer experimento de esta tesis, como se verá posteriormente, hemos diseñado un programa modificado basado en MBSR. Pero los beneficios de esta técnica no solo han sido demostrados en población clínica; también existen estudios que han demostrado la eficacia del programa MBSR en población sana, mejorando distintas respuestas de malestar psicológico como, por ejemplo, preocupación, obsesiones, nerviosismo, irritabilidad o estrés, entre otras (Jain et al., 2007; Nyklicek & Kuijpers, 2008; Shapiro et al., 2005).

El *mindfulness* consiste en observar expresamente cuerpo y mente, en permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y en aceptarlas como son. No implica rechazar las ideas ni intentar fijarlas, tampoco en intentar suprimirlas, ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención. La atención plena no implica intentar ir a ningún sitio, ni sentir algo especial, sino que entraña el que nos permitamos a nosotros mismos estar donde ya estamos, familiarizados más con nuestras propias experiencias

presentes un momento tras otro; *mindfulness* es prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (Jon Kabat-Zinn, 2003).

Desde siempre la psicología se ha encargado, entre otras cuestiones, de restablecer la salud y el equilibrio emocional a las personas, abordando los síntomas de los distintos trastornos psicológicos y prestándole atención, exclusivamente a los aspectos negativos (ansiedad, estrés, depresión, etc.). Esto es correcto y ha demostrado dar resultado, no obstante, existe una rama de la psicología, en concreto, la Psicología Positiva, que aboga por centrarse más en los aspectos positivos para prevenir, mejorar y, en su caso, tratar los trastornos psicológicos. Se fundamenta en el estudio de las experiencias y rasgos positivos de los individuos, así como en sus fortalezas, virtudes, motivaciones y capacidades; de cómo éstos ayudan a mejorar su calidad de vida y a desarrollar el potencial humano, podemos definir la psicología positiva como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman, 1999).

Otros autores la definen como aquella parte de la psicología que estudia lo que hace que la vida merezca ser vivida, es el análisis de lo que va bien en la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La psicología positiva aporta diversas técnicas y ejercicios, que han demostrado su eficacia, como por ejemplo, el enfoque basado en fortalezas (bondad, honestidad, vitalidad, valentía, gratitud, sentido del humor y prudencia, entre otras), en el que se identifican y se utilizan las fortalezas de carácter de cada persona para mejorar su vida diariamente (Baldán, 2020).

Para el segundo experimento planteado en esta tesis doctoral, se ha diseñado un programa basado en la psicología positiva consistente en la aplicación de varias técnicas, concretamente, las basadas en el agradecimiento, la aceptación, el saboreo y el sentido del humor, como se verá más adelante.

El tercer y último experimento que se ha realizado consistió en un programa combinado de las dos técnicas referidas anteriormente: MBSR modificado y psicología positiva. Los buenos resultados obtenidos, en el primer y segundo experimentos nos han llevado a pensar que podríamos combinar dichas técnicas, pero reduciendo su tiempo de aplicación, como podremos comprobar en la parte experimental de esta tesis. Se trataría de comprobar si con una técnica combinada, conseguiríamos mejorar en mayor medida que con las otras dos técnicas, la calidad de vida de estas mujeres durante la perimenopausia.

Para objetivar la calidad de vida de las mujeres en el climaterio, existen distintas escalas de medida, sin embargo, se ha decidido utilizar la Escala Cervantes por ser un instrumento de medida de la calidad de vida con alta consistencia interna

(α de Cronbach de 0,9092), validado en España y específico para la perimenopausia y la menopausia.

Sabemos que determinadas medidas psicofisiológicas como la frecuencia cardiaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), son muy sensibles a los cambios de las emociones (Conde Guzón et al., 2003); por ello hemos tomado a las participantes estas medidas en distintos momentos de los experimentos que se han llevado a cabo, a fin de determinar si los tratamientos que se han aplicado afectan a dichos parámetros. Ello nos reportaría objetiva y directamente la incidencia que tienen sobre la activación emocional de las participantes, y en consecuencia, el incremento de la calidad de vida de las mujeres en la perimenopausia.

CAPITULO 2: PERIMENOPAUSIA

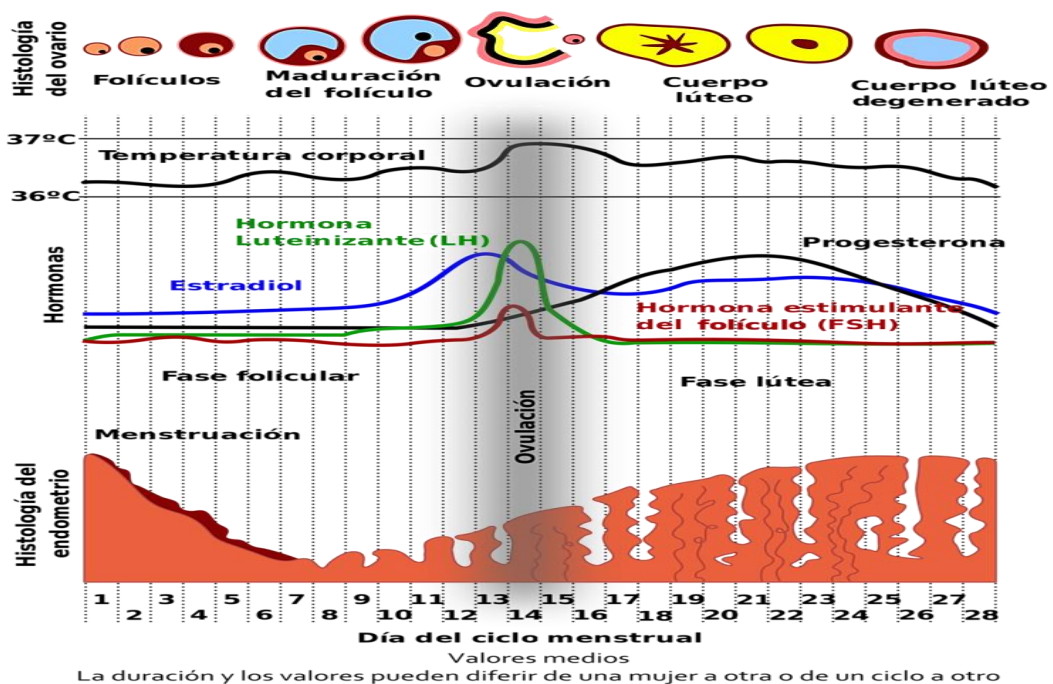
PERIMENOPAUSIA

2.1. Ciclo menstrual femenino

El ciclo menstrual (palabra proveniente del latín *menstruus*, cuyo origen está en *mensis*, que significa mes), periodo o regla, como también se le conoce, debe su nombre precisamente a su aparición cíclica (ver Figura 1).

Figura 1

Ciclo menstrual femenino



Nota. This file is licensed under the [Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

El ciclo menstrual femenino consta de dos fases llamadas: ovárica y uterina. En la primera se produce, desarrolla y madura el folículo ovárico para la consecución del óvulo. En la uterina, las distintas estructuras del útero están influenciadas por las hormonas de los ovarios, produciéndose cambios, sobre todo, en la mucosa endometrial; que van desde la proliferación de la misma en los primeros días de ciclo menstrual, pasando por la etapa progestacional, hacia la mitad y final de éste, para terminar con la menstruación.

En una mujer sana, cada ciclo tiene una duración aproximada de unos 28 días, el primer día de sangrado sería el primer día del ciclo y se termina el primer día del siguiente sangrado. Consiste en la aparición de un drenado vaginal desde el útero, compuesto esencialmente de sangre y productos de la descamación de la mucosa uterina, con una duración media de 3 a 5 días. Ello se debe a una deprivación hormonal brusca de estrógenos y progesterona. Estas hormonas son secretadas por el ovario, interviniendo otras hormonas secretadas por la hipófisis, la foliculoestimulina (HFE), y la hormona luteinizante (HL); cuando se produce un embarazo el endometrio se hace más proliferativo, con objeto de poder albergar el embrión, cesando consecuentemente la menstruación. Además de lo anterior son causas fisiológicas de amenorrea (ausencia de menstruación), la prepubertad, la lactancia materna y la menopausia; existiendo, además, causas patológicas de amenorrea. La mujer comienza su primera regla o menarquía entre los 10 a 12 años, aunque en ello pueden incidir diversos factores como la zona geográfica de residencia, la alimentación, la genética, etc.

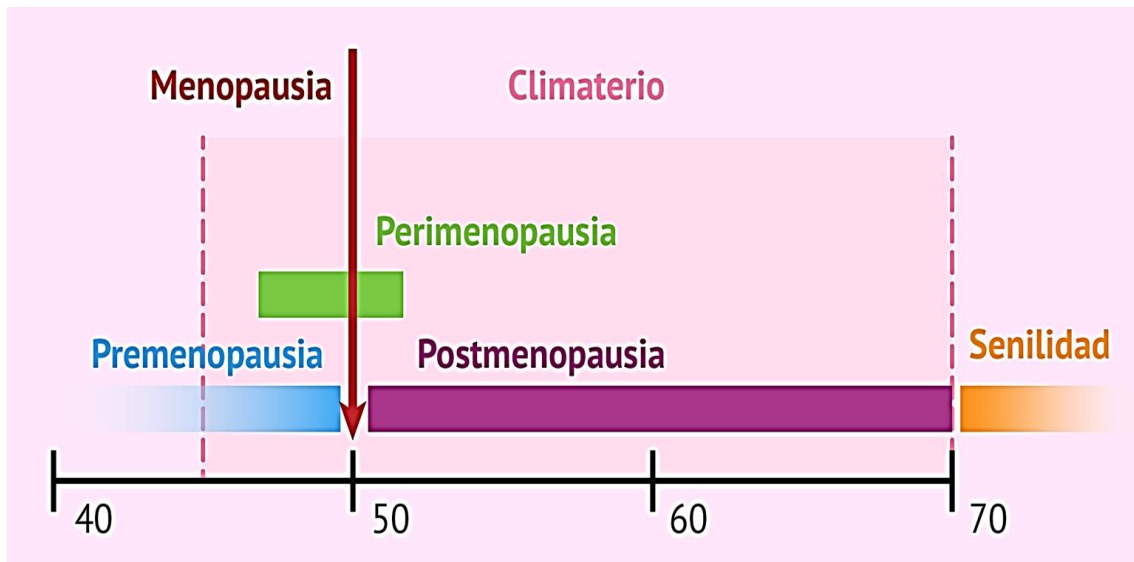
Definimos la menopausia fisiológica o natural, como el cese de la menstruación, mantenido durante, al menos 12 meses continuados, en una mujer sana de entre unos 45 a 55 años de edad. Todo ello, se produce por un hipoestrogenismo, inducido por el envejecimiento fisiológico de los ovarios y su consecuente pérdida funcional. Dicha etapa define el final de la vida reproductiva femenina y a todo este largo proceso fisiológico, se le asocian una serie de síntomas físicos y psíquicos que pueden deteriorar en más o menos medida la calidad de vida de la mujer. Entre los síntomas psíquicos, más habituales pueden destacarse la ansiedad, la tristeza e inseguridad como algunas de las principales manifestaciones que producen malestar en las mujeres perimenopáusicas.

2.2. Climaterio y menopausia: etapas

Frecuentemente se utilizan los términos climaterio y menopausia como sinónimos, sin embargo, su significado es diferente. Concretamente, el término climaterio hace referencia al periodo anterior y posterior a la presentación de la menopausia, y el concepto de menopausia se refiere específicamente al momento en que cesa la menstruación de forma definitiva (Figura 2).

Figura 2

Etapas del climaterio



Nota. Tomada de reproduccionasistida.org

El término climaterio, deriva del griego *klimakter* que significa escalón. Es una de las etapas en la vida de la mujer, sus límites son imprecisos, pudiendo durar entre 5 a 15 años, situándose aproximadamente entre los 45 y 65 años. Es el periodo de tiempo que precede y sigue a la menopausia. En él se producen cambios hormonales, físicos y psíquicos, como consecuencia del déficit hormonal ovárico, manifestándose síntomas como sofocos, sequedad vaginal, irritabilidad o ansiedad, entre otros.

El término menopausia, deriva del griego *mens*, que significa mensualmente, y *pausi*, que significa cese. No es una enfermedad sino un hecho fisiológico en el que se produce amenorrea por el cese de la función ovárica y de la secreción de

hormonas femeninas. Dicha disminución hormonal genera cambios en el aparato genital femenino, tales como una menor protección cardiovascular, aumento del colesterol sanguíneo, afectación ósea, así como alteraciones del estado de ánimo. Se sitúa desde el fin de la edad fértil hasta la senectud, y cronológicamente se encuadra entre los 45 y 55 años. Si ocurre después de los 55 años se denomina menopausia tardía, y si es antes de los 40 menopausia precoz. Debido a la variabilidad de síntomas físicos y psíquicos y a la fluctuación hormonal a lo largo del proceso en el tiempo, la menopausia se divide en estas etapas (ver Figura 2).

Definimos la premenopausia como la etapa que precede a la perimenopausia, en la que se dan una serie de cambios de escasa intensidad, y cuyos síntomas serían muy leves o inexistentes. En esta fase no existen irregularidades en el ciclo menstrual y las alteraciones hormonales son anodinas. El término premenopausia está muy indefinido, pues actualmente se sitúa en los 2 años anteriores a la menopausia, solapándose parcialmente con la perimenopausia. La mayoría de los expertos la sitúan en la proximidad temporal anterior a la perimenopausia (Brambilla & McKinlay, 1994).

2.3. Definición de perimenopausia

Como su propio nombre indica, la perimenopausia sería la etapa que está alrededor de la menopausia, indica la transición hacia ésta. En la perimenopausia es donde se inician los síntomas a todos los niveles: físicos,

endocrinológicos y psíquicos. Las mujeres en esta etapa presentan sofocos, irregularidades menstruales manifiestas y alteraciones del estado del ánimo.

La perimenopausia, aunque no tiene tampoco unos límites exactos, suele durar una media de 4 años, que abarcaría desde los años anteriores a la menopausia (aproximadamente entre 2 y 4 años), hasta un año después de que la mujer tuviese su última menstruación, es decir, hasta pasados 12 meses de amenorrea.

La perimenopausia, a pesar de ser donde se inician todos estos cambios, no ha sido tan estudiada como los cambios producidos tras la menopausia, que sí se conocen con gran exactitud. Por ello, es importante realizar nuevos estudios sobre esta etapa que se aventura más desconocida, pero que genera grandes alteraciones que afectan en mayor o menor medida a la salud integral de la mujer.

Determinados estudios como el de Speroff et al. (1999), establecen una duración media de 5 años; otros van más lejos afirmando que la perimenopausia, comienza al final de la década de los 30 años (Seifer & Naftolin, 1998) y, otros estudios como el de VanKeep (1983), establecen su duración en torno a los seis años. De lo anterior lo lógico es pensar, que no se pueden poner unos límites estrictos a estas etapas y, más concretamente, a la perimenopausia, que es la que nos ocupa aquí, ya que se trata de un proceso largo, complejo y mediado por la involución ovárica y la disminución de los niveles hormonales implicados.

Se trata de algo que no es sincrónico, sino fluctuante, y puede ser interesante pensar que cada caso, aunque con características muy similares, es individual en cuanto al inicio y final de cada etapa.

En la perimenopausia, se producen alteraciones en los niveles de hormonas femeninas, sobre todo de estrógenos, los cuales van fluctuando desde valores poco disminuidos al inicio de este periodo, hasta niveles mucho más bajos cuanto más se acerca a la etapa menopáusica. Parece ser que todas las alteraciones producidas en el extenso proceso menopáusico y, obviamente, en la perimenopausia se deben, tanto a la disminución hormonal en sí, como a los cambios imprecisos en sus niveles a lo largo de esta etapa de la vida de la mujer.

La menopausia constituye el final de la vida reproductiva femenina, dejando de existir la menstruación, a causa del declive funcional de los ovarios y el cese de la producción de hormonas femeninas. En las mujeres españolas la edad media en la que se produce la menopausia suele ser alrededor de los 50 años, observándose sintomatología a todos los niveles y abarcando desde el final de la edad fértil hasta la vejez.

La última etapa del climaterio empieza al finalizar la menopausia y se denomina postmenopausia. En ella los síntomas remiten sustancialmente, sin embargo, debido a determinados factores y principalmente a la ausencia de estrógenos, también se pierde el factor protector de estas hormonas frente a enfermedades cardiovasculares y óseas, como la osteoporosis, por ejemplo.

Podemos distinguir entre postmenopausia inmediata y postmenopausia establecida. La primera corresponde al periodo que va desde la última menstruación hasta un año después y, la segunda se define como el periodo que se inicia transcurridos doce meses desde la fecha en que se produjo la última regla.

2.4. Características y sintomatología en la perimenopausia

De todo lo expuesto hasta ahora, es sencillo deducir, que al inicio de todo este proceso, los síntomas a todos los niveles (Figura 3) no existen o son mínimos, y que a medida que se avanza hacia la menopausia como tal, estos síntomas se hacen más patentes, tanto cuantitativa, como cualitativamente. También es cierto que la propia idiosincrasia del proceso en cada mujer determina que unas lo padezcan más que otras, presentando una percepción leve, moderada o intensa de los síntomas, tanto en la menopausia como en la perimenopausia.

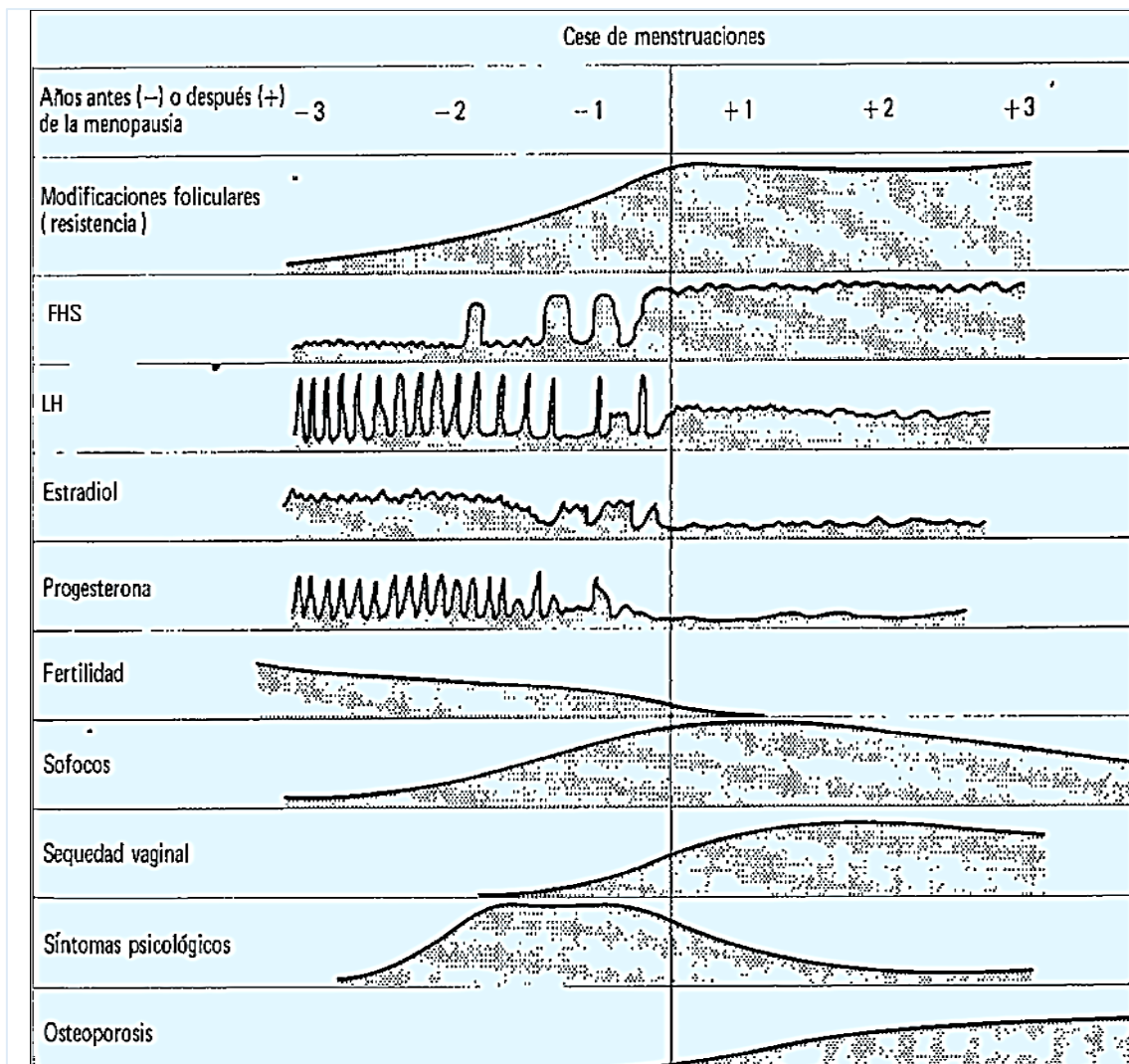
Como consecuencia de las alteraciones en los niveles hormonales, los síntomas que se dan abarcan tanto los físicos como los psicológicos (García Portilla, 2009), siendo menos intensos cuando su descenso es gradual y, por el contrario, más acusados cuando aparecen de forma más brusca. La importancia de este periodo radica en que es en la perimenopausia donde se inician todos los síntomas véase la Figura 3.

Algunos de los síntomas físicos más frecuentes son: sofocos, sudoración, palpitaciones, cefaleas, cansancio, aumento de peso, disminución de la libido,

dispareunia, sequedad vaginal, vulvovaginitis infecciosas, perdida de elasticidad de la piel, alteraciones del ciclo menstrual, incontinencia urinaria y respecto a los síntomas psicológicos se encuentran, entre otros, cambios de humor, insomnio, irritabilidad, depresión, ansiedad, alteraciones de la memoria y la concentración.

Figura 3

Manifestaciones clínicas, endocrinológicas y psicológicas en las fases perimenopáusica y potsmenopáusica



CAPITULO 3: MINDFULNESS

MINDFULNESS

3.1. Concepto y características del *Mindfulness*

El *mindfulness* es una técnica de meditación caracterizada por observar la realidad del momento presente, sin juzgar, con apertura a la experiencia y aceptándola tal y como se nos muestra.

Jon Kabat-Zinn (2003), afirma que *mindfulness* consiste en observar expresamente nuestro cuerpo y nuestra mente, permitiendo a nuestras experiencias desplegarse momento a momento aceptándolas tal y como son. No implica rechazar las ideas ni intentar fijarlas, tampoco se trata de controlar nada, salvo el enfoque y la dirección de la atención

La traducción del inglés al castellano de la palabra *mindfulness* no tiene una palabra correspondiente como tal y viene a traducirse como atención o conciencia plena. *Mindfulness* proviene de la palabra “*Sati*” en la lengua Pali, proveniente del sanscrito en la región donde vivió Buda (563 a.C.), lengua que hoy ya no se utiliza y en la que están escritos los textos budistas.

Podemos situar el origen del *mindfulness* unos 2.500 años atrás en la tradición budista con Siddharta Gautama, el buda Shakyamuni, iniciador de esta tradición extendida ampliamente y que nos lleva a pensar, que quizás, podría existir alguna forma de practicar *mindfulness* muy antigua que ya utilizarían nuestros antepasados desde épocas muy primitivas (Simón, 2007).

Centrándonos en la meditación budista podemos destacar, dos tipos de meditación: samatha y vipassana. La meditación samatha, se basa en la concentración y su objetivo es conseguir, calma, serenidad y sosiego. Este tipo de meditación serviría para preparar la vipassana, que se caracteriza por la contemplación, la intuición y el conocimiento directo, que es en lo que se fundamenta la meditación *mindfulness* (Landolfi, 2004).

Otro tipo de meditación es la meditación Zen, consiste en una práctica dirigida a experimentar el *samadhi*. Este es un estado donde se detiene la conciencia dejando de percibir el tiempo y el espacio; cuando se sale del *samadhi*, percibimos nuestra propia existencia, es lo que se denomina en meditación Zen, *kenshó* o *satori*.

El objetivo fundamental de las prácticas budistas era la supresión del sufrimiento humano mediante la meditación, cuando somos conscientes de lo que hacemos en cada momento, percibiendo ese momento presente en el que estamos, de alguna forma todos estamos practicando *mindfulness*, no obstante, ello no implica que sepamos que lo estamos haciendo, es como si lo hiciéramos de forma automática sin reparar en que se está haciendo. Sin embargo, cuando practicamos *mindfulness* a conciencia, intencionadamente, no solamente estamos ahí de forma presente, sino que somos plenamente conscientes de nuestras experiencias, percibiéndolas con todos nuestros sentidos.

La atención plena o *mindfulness* ha sido objeto de estudio para muchos autores, por ejemplo Cardaciotto (2005), la define como “*la tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas*”.

Siguiendo a Vallejo (2006), podemos decir que *mindfulness* es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano, pero que por lo general, se traduce como atención y conciencia plena. Viene a plantear un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto.

Mindfulness es algo muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones en nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que pensamos o sentimos, estamos practicando *mindfulness*. Lo que sucede es que habitualmente nuestra mente se encuentra vagando, saltando de unas imágenes a otras, de unos a otros pensamientos. *Mindfulness* es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente de momento a momento (Simón, 2007).

Según Bishop et al. (2004), *mindfulness* es una forma de atención que no juzga, centrada en el presente, en la que los pensamientos y sensaciones que sentimos son reconocidos y aceptados tal como se muestran.

3.2. Elementos del *Mindfulness*

3.2.1. Centrarse en el momento presente

Se trata de prestar atención solo al momento presente, dejando de interesarse por el pasado o por el futuro, dirigiendo la atención hacia nuestra experiencia interna o hacia la actividad que estamos realizando en cada momento o a ambas a la vez (Baer et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994).

3.2.2. Apertura a la experiencia

Consiste en observar cada experiencia directamente sin influir de ella, como si fuera la primera vez, es lo que se denomina “mente de principiante”, observando con la intención de captar cada experiencia, y deseo de aprender de aquello que se percibe (Bishop et al., 2004).

3.2.3. Aceptación no valorativa

Para la práctica de la atención plena se necesita aceptar las experiencias tal y como son, sin juzgarlas, simplemente aceptarlas tal y como se muestran, sin oponer resistencia al fluir de cada una de ellas en cada momento de la vida.

3.2.4. Dejar pasar

Se trata de desprenderse de aquello a lo que nos aferramos, no dejarse atrapar por ningún sentimiento, pensamiento o deseo. Los enfoques de la conciencia plena enseñan a las personas a tomar conciencia de sus pensamientos y

sentimientos y a relacionarse con ellos de una forma más amplia, desde una perspectiva descentrada como eventos mentales pasajeros, en lugar de como reflejos del *self* o como necesariamente ajustados a la realidad, Brown & Ryan (2004).

3.2.5. Intención

Es la elección de aquel objetivo que perseguimos al realizar *mindfulness*, es la intención que tenemos al practicar atención plena, lo cual puede resultar paradójico ya que la práctica de *mindfulness* implica no hacer nada, prestar atención si actuar, ni juzgar; no obstante si existe un objetivo que perseguimos al realizar la práctica, a medida que la intención va avanzando con la práctica, desde el nivel inicial donde buscamos la autorregulación, pasando por la autoexploración y terminando con la autoliberación consiguiéndose un concepto integrado (Pérez y Botella, 2007).

3.3. Aplicaciones del *Mindfulness*

La psicología contemporánea ha reconocido, definitivamente, al *mindfulness* como una técnica capaz de incrementar la conciencia y responder mejor a los procesos mentales, que contribuyen al desarrollo de alteraciones conductuales y trastornos psicopatológicos (Bishop, 2004). En los últimos años *mindfulness*, ha demostrado su eficacia en el ámbito de la psicología y de la medicina, así como en el ámbito laboral, educativo y social (Brown et al., 2015).

Existe un trabajo empírico donde se estudian los efectos que produce la práctica de la conciencia plena sobre la actividad cerebral, relacionada con el estado de ánimo. Para ello un grupo de sujetos ejercitaron durante 8 semanas un programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (*Mindfulness Based Stress Reduction*). Dicho experimento fue realizado por Richard Davidson y colaboradores en el año 2003, quienes encontraron que cuatro meses después de haber concluido el entrenamiento, los sujetos meditadores, frente a los del grupo control no meditadores, experimentaron un aumento de la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, patrón que se considera relacionado con las emociones positivas, lo que nos lleva a pensar que dicho experimento, demuestra cómo la práctica del *mindfulness*, favorece una desviación de la activación cerebral hacia el lado izquierdo del cerebro (Simón 2007).

En el experimento citado en el párrafo anterior, se les administro a todos los sujetos experimentales y controles la vacuna antigripal, con objeto de constatar, si la práctica de la meditación *mindfulness* podía incrementar la capacidad inmunitaria de los participantes. Se midieron los niveles plasmáticos de anticuerpos de los sujetos, entre las semanas 4 y 8 tras la vacunación, y evidentemente, todos ellos desarrollaron anticuerpos, no obstante, se observó que había un incremento significativamente mayor de anticuerpos, en el grupo de los meditadores. Además si sabemos, que la influencia negativa del estrés sobre la salud viene mediada, entre otros factores, por los efectos

inmunosupresores del cortisol, es posible que los efectos positivos del *mindfulness* sobre la inmunidad se deban a la disminución de los niveles de cortisol en sangre (Michaels, 1979 citado en Simón, 2007).

La atención plena, ha pasado a formar parte de varios programas para mejorar la salud física y psicológica (Cárdenas, 2019), en distintos trastornos como patologías crónicas (dolor, enfermedad cardiovascular, hipertensión, etc.), alteraciones del sueño, trastornos de la alimentación, reducción del estrés, trastornos de ansiedad y personalidad, prevención de recaídas en la depresión, mejora de la calidad de vida en la menopausia, autorregulación emocional, entre otros (López, 2020).

Entre las intervenciones basadas en la atención plena que gozan de mayor rigor científico y que más se usan, podemos destacar: la reducción de estrés basada en la atención plena (Kabat-Zinn, 1982, 1990), la terapia cognitiva basada en la atención plena (Segal et al., 2002), la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993a y 1993b) y la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999).

El *mindfulness* se viene utilizando con gran éxito, como ampliamente demostró Kabat-Zinn (1998), en los trastornos de ansiedad, la depresión, el dolor crónico (Tarrero et al., 2019), e incluso, en determinadas afectaciones dermatológicas como la psoriasis. Otros estudios como el de Grossman y cols. (2004), también han reportado su utilidad en programas para el tratamiento del cáncer y el

trasplante de órganos, ayudando a estos pacientes a aceptar su compleja situación y a manejar sus emociones.

Además de las muchas investigaciones realizadas por Kabat Zinn, sobre todo en lo relativo a la ansiedad y el estrés, existen investigaciones que han aportado datos sobre la eficacia del *mindfulness* en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (Hanstede et al., 2008), en la depresión resistente (Eisendrath et al., 2008), la rumiación en los pacientes con depresión (Ahmadpanah et al., 2017; Deyo et al., 2009; Paul et al., 2013; Segal et al., 2017), en la prevención de las recaídas del alcohol (Zgierska, et al. 2008), para mejorar el insomnio (Ong, 2009), en la pérdida de peso en mujeres (Tapper et al., 2009) y también en determinados trastornos de ansiedad (Cabañas et al., 2017; Carballido y Cabanach, 2019; Carlson et al., 2007; Carmody, 2020; Fredrickson et al., 2013; Hoge et al., 2013; Santiago, 2018).

La atención plena mediante una serie de mecanismos como la flexibilidad de respuestas, predisposición mental a la aproximación, el equilibrio emocional y un aumento de la empatía, puede favorecer las relaciones sanas entre las personas (Siegel, 2007; Simón, 2007).

Practicar *mindfulness*, por tanto, resulta eficaz para equilibrar nuestras emociones, es capaz de favorecer conductas de aproximación y afrontamiento frente a las de evitación y producir estados de ánimo positivos.

3.4. Programas basados en *Mindfulness*

Existen varios programas basados en conciencia plena, utilizados para incrementar la calidad de vida de las personas en ausencia de patologías físicas y psicológicas, así como también, para mejorar determinadas enfermedades, además de los programas clásicos basados en *mindfulness*, que se explican más abajo, hay una tendencia muy actual que modifica dichos programas para ser aplicados en ciertas enfermedades, es lo que podríamos llamar programas basados en *mindfulness* abreviados o modificados, y que están dando óptimos resultados (Brown & Ryan, 2003; Fortney et al., 2013) . A continuación se enumeran y explican algunos de los programas más representativos basados en *mindfulness*.

3.4.1. Reducción de Estrés basado en la Atención Plena

El programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena fue desarrollado en 1990 por Jon Kabat- Zinn, profesor emérito de medicina en la *Massachusetts University Medical School* en Estados Unidos.

Jon Kabat- Zinn ya en 1979 fundó, la “Clínica de Reducción de la Universidad de Massachussets”, y que después, paso a denominarse “Centro para la Conciencia Plena en Medicina, Cuidado de la Salud y de la Sociedad”.

El MBSR, se utilizó para reducir el dolor y el estrés relacionado con ciertas enfermedades crónicas (Bertolín, 2015). Se trata del primer modelo que implica una aplicación clínica del *mindfulness*, y que ha demostrado ser efectiva frente al

estrés y ciertos trastornos relacionados con la ansiedad (trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social), entre otros. El programa consiste en practicar *mindfulness* durante 8 sesiones de 2,5 horas cada una, una por semana.

3.4.2. Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness*

La Terapia Cognitiva basada en *mindfulness* o *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale en 2006, integra la terapia cognitiva y el MBSR, ha demostrado su eficacia en la reducción significativa de la tasa de recaídas en caso de depresiones severas.

3.4.3. Terapia de Aceptación y Compromiso

En la Terapia de Aceptación y Compromiso o *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) desarrollada por Hayes, las personas se entrenan para observar y percibir, por si mismos, sus propios pensamientos y emociones, distinguiéndolos de los de otras personas, y aunque utiliza aspectos relacionados con *mindfulness*, dicha terapia no incluye explícitamente, un entrenamiento en atención plena como tal, (Strosahl et al., 1999).

3.4. 4. Terapia Conductual Dialéctica

La Terapia Conductual Dialéctica o *Dialectical behavior therapy* (DBT), incluye un importante componente de tratamiento basado en *mindfulness*, que ha

demostrado ser muy efectivo en la reducción de comportamientos impulsivos y suicidas, en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993).

CAPITULO 4: PSICOLOGÍA POSITIVA

PSICOLOGIA POSITIVA

4.1. Concepto y características de la Psicología Positiva

La psicología positiva surge por primera vez en 1998, cuando el profesor de la Universidad de Pensilvania, Martin Seligman, eligió este tema en su toma de posesión como presidente de la American Psychological Association (APA).

La eudaimonia aristotélica, concepto creado por Aristóteles y que significa “la buena vida” es compartido por la psicología positiva, pero no como un sinónimo de felicidad, sino como una forma de vivir de acuerdo con aquello que es importante, y que lleva a una existencia lo más completa y realizada posible; según Seligman, la buena vida implica utilizar las fortalezas personales para producir satisfacción y gratificación.

El término psicología positiva fue mencionado, por primera vez, en 1954 por Abraham Maslow, en su libro *Motivación y personalidad*, también, otros psicólogos humanistas como Erich Fromm o Carl Rogers, ya se interesaron por aquellos elementos, que podían ayudar al desarrollo de la felicidad humana y a que las personas alcanzasen su máximo potencial, aspectos, estos, por los que la psicología positiva se interesa claramente.

Hasta ahora, la psicología tradicional ha puesto su interés en la investigación para identificar y reducir patologías en las personas, basándose fundamentalmente en los aspectos negativos que hay que corregir, lo que probablemente, haya dado lugar a que la psicología descuidara el estudio los aspectos positivos

de lo que podría estar en funcionamiento correctamente. La psicología positiva se presenta, como un enfoque psicológico, dirigido hacia la identificación y comprensión de las cualidades y virtudes humanas, así como para la promoción de condiciones, que permitan a las personas tener una vida feliz y productiva (Park et al., 2013; Reppold et al., 2015).

En relación con los aportes científicos más significativos de la psicología positiva, está el estudio del bienestar y de las fortalezas humanas, como pueden ser la bondad, honestidad, vitalidad, valentía, gratitud, sentido del humor y prudencia, entre otras (Seligman et al., 2005). Las fortalezas son “una capacidad preexistente de comportarse, pensar y sentir que es auténtica y energizante para la persona, y permite un funcionamiento, desarrollo y rendimientos óptimos” (Linley, 2008).

Las intervenciones basadas en la psicología positiva tienen como objetivo el incremento de la felicidad y el bienestar, lo que conllevaría la disminución de la sintomatología psicológica, y esto es lo que las diferencia de otro tipo de tratamientos psicológicos (Schrank et al., 2014; Vázquez, 2013).

Podemos definir la psicología positiva, como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo, y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman, 1999).

Otros autores la definen, como aquella parte de la psicología que estudia lo que hace que la vida merezca ser vivida, es el análisis de lo que va bien en la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

4.2. Técnicas de Psicología Positiva: saboreo, agradecimiento, sentido del humor, aceptación.

De entre las distintas técnicas que utiliza la psicología positiva, destacamos a continuación, algunas de las más reseñables y que han contribuido a una vida más positiva, feliz y armoniosa de las personas, y que hemos utilizado en dos de los experimentos de este estudio.

Saboreo: consiste en tomar conciencia del placer de las cosas, e intentar que permanezcan (compartir acontecimientos agradables, felicitar por los logros de uno mismo y recordar buenos momentos).

Agradecimiento: consiste en hacer saber a aquellas personas que te han favorecido, aunque sea en algo pequeño, que les estas agradecido, bien expresándolo directamente o con algún regalo no necesariamente suntuoso.

Sentido del humor: es la tercera técnica, consiste, en potenciar situaciones de intimidad con otras personas donde se produzcan situaciones agradables (películas, relativizar eventos incómodos, reírse de uno mismo, en definitiva).

Aceptación: consiste en aceptar todo aquello que nos ocurra, disfrutando lo bueno y reevaluando positivamente los acontecimientos negativos o incómodos.

4.3. Intervenciones basadas en Psicología Positiva

Martín Seligman en su obra “La auténtica felicidad”, hace una reflexión interesante: *“los mejores terapeutas no solo curan los daños, sino que ayudan a la persona a identificar y desarrollar sus fortalezas y virtudes”*. Con ello, pretende transmitir la idea de que tener una buena salud, es necesario, pero no suficiente; resultando de gran relevancia la necesidad de identificar las propias fortalezas y virtudes para poder desarrollarlas y que actúen de manera preventiva contra la enfermedad.

La psicología positiva, afirma, que los tres componentes de la verdadera felicidad que se deben trabajar son: la satisfacción con el pasado, el optimismo hacia el futuro y el *fluir* y la felicidad que nos aporte el presente (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Los estados mentales positivos se comportan como barreras frente a los trastornos psicológicos, generando un efecto preventivo y rehabilitador, reforzando los recursos emocionales y cognitivos que, son inherentes a todos los seres humanos, pudiendo utilizarse, como parte de un tratamiento psicoterapéutico.

Actualmente, los avances científicos permiten a los psicólogos utilizar herramientas eficaces, para no sólo tratar el malestar emocional, sino también para prevenir su aparición, mediante el entrenamiento de técnicas y estrategias que nos hacen más fuertes y sanos.

La orientación preventiva fue la idea original de Seligman, y constituye una de las bases de esta corriente, el objetivo concreto de la psicología positiva en el campo de la salud es estudiar las fortalezas y las virtudes humanas, así como los efectos que éstas tienen sobre los individuos y la sociedad (Cuadra & Florenzano, 2003).

Los modelos de intervención en psicología positiva se basan en modelos teóricos, pero en esta ocasión, debido a la línea de investigación de éste tesis vamos a destacar únicamente, los que más se acercan al ámbito clínico. El modelo de Ryff, la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan, la teoría de ampliación y construcción de emociones positivas de Fredrickson, y el modelo de las tres vías hacia la felicidad de Seligman.

El modelo de Ryff plantea seis dimensiones básicas (control del ambiente, crecimiento personal, autoaceptación, autonomía, propósito en la vida y relaciones positivas con los demás), que acotarían el espacio de la salud mental, diferenciando lo que sería un funcionamiento óptimo y positivo, frente a un funcionamiento negativo o deficitario. Ryff pretende conseguir, utilizando las características y atributos positivos de las personas, un estado de salud mental adecuado.

La terapia del bienestar (*Well-being therapy*), es una técnica psicoterapéutica basada en el modelo cognitivo de Ryff, sobre el bienestar psicológico, consistente en una terapia estructurada, directiva, educativa y orientada al

problema. El objetivo, es que el paciente pase de un nivel disfuncional a uno óptimo en las seis dimensiones de bienestar psicológico, referidas anteriormente (Vázquez et al., 2009).

El tratamiento con esta técnica ha dado muy buenos resultados en distintos trastornos afectivos, como en la depresión mayor, trastorno de pánico con agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo.

La teoría de ampliación y construcción de emociones positivas (*Broaden-and-build theory of positive emotions*) creada en 1998 por Barbara L. Fredrickson, profesora en la Universidad de Carolina del Norte en EEUU, argumenta que las emociones negativas, así como las positivas, tienen una función adaptativa, pero actúan en distintos tiempos, así, las emociones negativas como la ansiedad o el miedo nos preparan para una respuesta inmediata, como la reacción de supervivencia, por ejemplo. Sin embargo, las emociones positivas generan beneficios adaptativos a más largo plazo (García Rodríguez y Ferreruela, 2020), ya que nos ayudan a construir nuestros recursos personales, intelectuales, físicos y sociales que podemos aplicar ulteriormente, para afrontar algún problema. Según Fredrickson, las emociones positivas (gozo, gratitud, serenidad, el interés por el mundo, la esperanza, el orgullo, la diversión, la inspiración, el asombro y el amor), seguirían un esquema secuencial: ampliación, construcción y transformación. Las emociones positivas amplían nuestro pensamiento, favorecen la construcción de recursos personales, útiles para

afrontar situaciones complejas, y la construcción produce la transformación de la persona ganando en conocimiento y creatividad.

La Teoría de la Autodeterminación de Deci y Ryan (1985), da una gran importancia a la motivación y a las necesidades básicas (alimentación, seguridad, etc.). La carencia de esas necesidades generaría un mecanismo para compensarlas, con el objetivo de reducir la frustración, esta situación es muy negativa para el individuo, ya que seguiría generando conductas compensatorias (alcanzar fama, mayor nivel económico, mayor valoración social etc.), minusvalorando las necesidades básicas, lo cual redundaría, en más mecanismos compensatorios y así sucesivamente.

Aunque no son muchos los estudios que demuestren la aplicación en el ámbito clínico, los estudios en población no clínica si han evidenciado un mayor bienestar, constatando que las personas que muestran una mayor satisfacción percibida respecto de las necesidades básicas presentan mayores niveles de bienestar, ello podría dar buenos resultados en distintos trastornos obsesivos, ansiosos o depresivos (Vázquez et al., 2006).

El modelo de las tres vías hacia la felicidad de Seligman, afirma, que existen tres dimensiones para llegar al bienestar, siguiendo a las teorías hedonistas de la felicidad: la vida placentera (*the pleasant life*), consiste en experimentar tantas emociones positivas como sea posible tanto en el pasado, presente como en el futuro; la vida comprometida (*the engaged life*) que incluye la práctica cotidiana de las fortalezas personales, con el objetivo de desarrollar un mayor número de

experiencias óptimas (*Flow*), la falta de compromiso en la vida puede desencadenar un trastorno emocional, como ansiedad, depresión, obsesiones, etc. (Seligman et al., 2006); y la vida significativa (*the meaningful life*), centrada en el sentido vital desarrollando los objetivos que van más allá de uno mismo (Vázquez y Hervás, 2008). Utilizamos, en definitiva, nuestras propias fortalezas individuales para conseguir una vida con sentido lo cual nos reporta mayor satisfacción y felicidad.

El modelo de las tres vías de la felicidad ha evolucionado hacia un modelo formado por 5 factores: emoción positiva (*Positive emotion*), entrega (*Engagemen*), relaciones (*Relationships*), sentido (*Meaning and purpose*) y logros (*Accomplishment*), y que se representa por el acrónimo en inglés PERMA, es la teoría del bienestar, donde Martín Seligman da ahora menos importancia a la felicidad como concepto subjetivo, para centrarse mucho más, en el bienestar y en el crecimiento personal.

La aplicación, de la psicología positiva en población sana, es un buen recurso preventivo que mantiene la homeostasis emocional, así mismo, se ha aplicado con éxito en contextos educativos, laborales, institucionales, así como en el ámbito de la salud, aplicando estrategias terapéuticas que favorezcan la experiencia emocional positiva, actuando tanto desde la prevención como desde la intervención psicológica positiva, en los trastornos de ansiedad, estrés, depresión, trastornos adaptativos, trastornos de personalidad (Vázquez et al., 2006).

CAPITULO 5: INSTRUMENTOS Y APARATOS

INSTRUMENTOS Y APARATOS

5.1. Medidas psicofisiológicas de la ansiedad

Mediante las técnicas objetivas podemos recoger información de eventos psicológicos observables o amplificables, que en gran parte de los casos no son controlables por el sujeto, utilizando sofisticados aparatos que permiten una administración, registro, puntuación y análisis objetivo.

Mediante técnicas psicofisiológicas, podemos evaluar factores que influyen en la salud y en la enfermedad (Conde Guzón et al., 2003), los elementos esenciales son tanto el registro fisiológico como el contexto psicológico. Las técnicas de registro, generalmente poligráficas, requieren tanto un instrumental específico, como un proceso secuencial de fases.

Las distintas respuestas psicofisiológicas se obtienen mediante técnicas de registro fisiológico, que prácticamente abarcan la totalidad de respuestas del organismo, bajo control directo o indirecto del sistema nervioso, y se suelen clasificar en función del tipo de actividad fisiológica registrada y del tipo de mecanismos de control neurofisiológico subyacente (Conde y Menéndez, 2000; Estrada et al., 2001).

5.1.1 Frecuencia cardiaca

La frecuencia cardiaca (FC), es el número de latidos del corazón o pulsaciones por unidad de tiempo, su medida se realiza en unas condiciones determinadas de reposo o actividad según lo que queramos investigar y se expresa en latidos por minuto.

La medida del pulso se puede efectuar en distintos puntos, siendo los más habituales la muñeca (arteria radial), en el cuello (arteria carótida) o en el torác (central), con independencia de la técnica de medida. El procedimiento que se recomienda seguir, para evitar errores en la medida, y para que los valores obtenidos sean comparables, es el siguiente: mediremos la tasa cardiaca en condiciones de reposo, a temperatura ambiente (20-24 °C) y sentados, además del método de la palpación descrito, existen otras formas de medir la tasa cardiaca, podemos hacerlo con un monitor que a través de unos cables se conecta a los electrodos que el sujeto tendrá situados en el tórax, de esta forma conseguimos obtener al menos una derivación del ECG (normalmente la II) y la frecuencia cardiaca.

5.1.2. Frecuencia respiratoria

Podemos definir la respiración, como al conjunto de procesos físicos y químicos que intervienen en el intercambio de gases, oxígeno y dióxido de carbono, entre los medios interno y externo de la sangre. En cuanto a la medida de parámetros respiratorios, podemos detectar la frecuencia respiratoria (FR) empleando

mecanismos sofisticados y otros más simples, como ejemplo de estos últimos tenemos la medida de la frecuencia respiratoria observando cómo se expande y contrae el tórax del individuo, en un periodo de un minuto, también podemos recoger una curva respiratoria, en donde observamos inspiración y expiración así como la tasa respiratoria, colocando unos electrodos en el tórax de la persona y conectando a estos un monitor.

5.1.3. Presión arterial sistólica y diastólica

La presión arterial es la fuerza de presión ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de los vasos sanguíneos, y constituye uno de los principales signos vitales. La presión de la sangre disminuye a medida que la sangre se mueve a través de arterias, arteriolas, vasos capilares, y venas; el término presión sanguínea generalmente se refiere a la presión arterial, es decir, la presión en las arterias más grandes, las arterias que forman los vasos sanguíneos que toman la sangre que sale del corazón. La presión arterial es comúnmente medida con un esfigmomanómetro, los valores de la presión sanguínea son mostrados, normalmente, en milímetros de mercurio (mmHg).

La presión arterial sistólica (PAS), es definida como la presión máxima en las arterias, que ocurre cerca del principio del ciclo cardíaco; la presión arterial diastólica (PAD), es la presión más baja en la fase de descanso del ciclo cardíaco. La presión media, en el ciclo cardíaco, es como como su nombre indica, la presión sanguínea media, así, la presión de pulso refleja la diferencia

entre las presiones máxima y mínima medidas. Los valores típicos para un ser humano adulto sano en descanso, son aproximadamente 120 mmHg para la sistólica y 80 mmHg para la diastólica (120/80 mmHg). Estas medidas tienen grandes variaciones de un individuo a otro. Estas medidas de presión sanguínea no son estáticas, experimentan variaciones naturales entre un latido del corazón a otro y a través del día (ritmo circadiano). Cambian también en respuesta al estrés, alimentación, medicamentos o enfermedades.

Para obtener los valores de las medidas psicofisiológicas estudiadas en los distintos experimentos de esta tesis, hemos utilizado el equipo con registro gráfico Dräger Infinity Delta XL (Figura 4), compuesto de varios módulos integrados para la medida de distintas respuestas psicofisiológicas, así como, electrodos desechables MD de 35 milímetros de diámetro (Figura 5), fabricados con cloruro de plata y gel conductor, que presentan una resistencia eléctrica de 200 ohmios, para medir las respuestas psicofisiológicas sensibles al cambio de activación fisiológica. Concretamente se midieron la frecuencia cardiaca en latidos por minuto (lpm), la frecuencia respiratoria en ciclos por minuto (cpm) y la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica, ambas en milímetros de mercurio (mmHg).

Figura 4

Equipo Dräger Infinity Delta XL utilizado en los experimentos

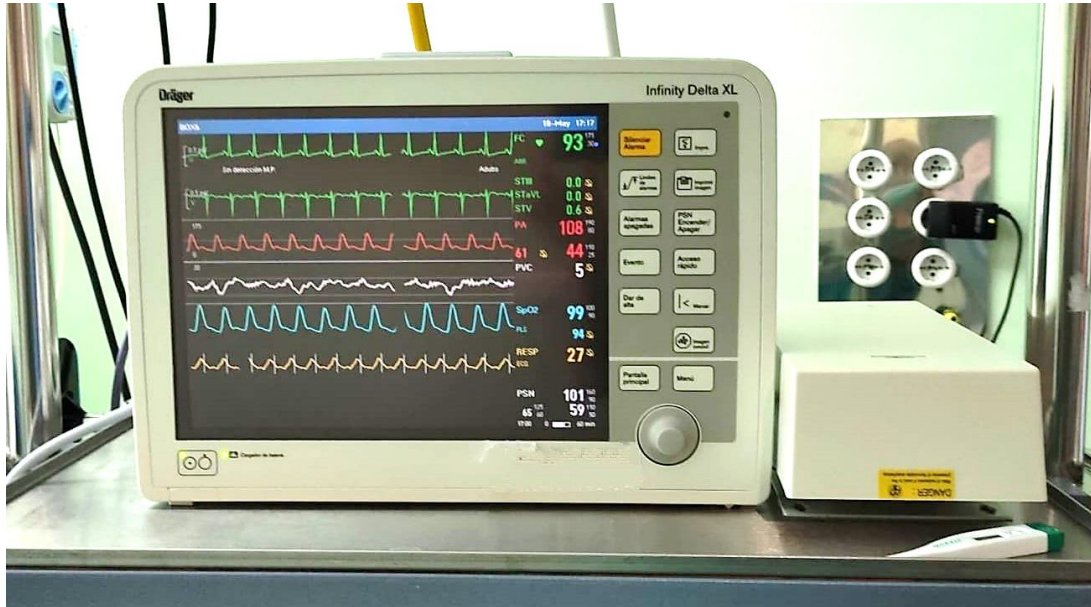


Figura 5

Electrodos utilizados en los experimentos



5.2. Instrumentos para la medida de la calidad de vida durante la perimenopausia

5.2.1. Escala Cervantes de la menopausia

Para objetivar la calidad de vida de las mujeres en el climaterio, existen distintas escalas de medida, sin embargo, se ha decidido utilizar la Escala Cervantes (EC) por ser un instrumento de medida de la calidad de vida validado en España, presentar una alta consistencia interna (α de Cronbach= 0,9092) y ser específico para la perimenopausia y la menopausia. Nuestra elección se debió a las múltiples ventajas con respecto a otros instrumentos de medida parecidos, como, por ejemplo, el cuestionario Menopause-specific QoL Questionnaire (MENQOL) o el Qualifenne Menopausal Symptoms List (MSL), entre otros, ambos cuestionarios extranjeros, traducidos al castellano, pero con las limitaciones sociales que ello implica.

El ámbito de aplicación de la EC es la población femenina española de entre 45 y 64 años de edad, es sencilla de aplicar, de fácil comprensión, se administra en unos 7 minutos aproximadamente, tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 155 de mejor a peor calidad de vida.

Sus 31 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: menopausia y salud (con 15 ítems que incluían sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento), sexualidad (con 4 ítems), relación de pareja (con 3 ítems) y el dominio psíquico (que engloba la sintomatología psicológica con 9 ítems), valoran la calidad de

vida, los síntomas de la perimenopausia y otros aspectos como el estado de ánimo, la relación de pareja y la sexualidad, que se interrelacionan con la esfera física y psicosocial de la mujer y además repercuten en su bienestar general; es, además, una escala con alta fiabilidad, validez y consistencia (Palacios et al., 2004).

PARTE EXPERIMENTAL

1. JUSTIFICACIÓN, HIPOTESIS DE LOS ESTUDIOS Y ANALISIS ESTADÍSTICO

Como hemos podido ver con anterioridad, en la perimenopausia, a pesar de ser una etapa fisiológica, dentro del periodo reproductor femenino, se producen una serie de síntomas físicos y psicológicos, que van a deteriorar sustancialmente, la calidad de vida de las mujeres en distintas esferas, (física, psicológica, social, familiar, de pareja, etc.).

También, como hemos comprobado en la parte teórica de esta tesis, existen determinadas técnicas basadas en *mindfulness* y en psicología positiva, que han dado muy buenos resultados en la resolución de distintos trastornos emocionales, además, de generar mayor homeostasis emocional y confortabilidad, mejorando en consecuencia, la calidad de vida de las personas en su entorno personal, laboral y social, aun cuando no exista patología alguna.

Esta tesis ha quedado constituida finalmente por tres experimentos, en los cuales se pretendía demostrar la eficacia de dos tratamientos, concretamente, el MBSR modificado y la psicología positiva (mediante las técnicas de saboreo, agradecimiento, humor y aceptación), en la mejora de la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia. Los resultados positivos encontrados con el uso de ambas técnicas por separado, nos sugirió la posibilidad de aplicarlas combinadas reduciendo los tiempos de tratamiento, como veremos más adelante, bajo la hipótesis de que con esta nueva técnica combinada, encontraríamos mejores resultados que con las dos anteriores por separado.

Hipótesis:

Hipótesis 1: Se espera que las mujeres que participen en el programa basado en *mindfulness* presenten una disminución de la FC, FR, PAS, PAD y obtengan mejores valores en la Escala Cervantes, después de practicar *mindfulness*, en comparación con las participantes del grupo control, que no practicaran *mindfulness*.

Hipótesis 2: Esperamos que las participantes en el programa basado en psicología positiva reduzcan las cifras de la FC, FR, PAS, PAD y mejoren sus valores en la Escala Cervantes, después de practicar psicología positiva, en comparación con las participantes del grupo control, que no practicaran psicología positiva.

Hipótesis 3: Se espera que las mujeres que participen en el programa combinado y reducido en *mindfulness* y psicología positiva presenten una disminución de la FC, FR, PAS, PAD y mejoren los valores en la Escala Cervantes, después de practicar dicho programa, en comparación con las participantes del grupo control.

Con respecto al análisis estadístico, pretendemos comparar parámetros estadísticos, tanto en el grupo experimental como en el grupo control en los tres experimentos. Concretamente, calcularemos para los dos grupos, estadísticos descriptivos, media (M) y desviación típica (DT), análisis de varianza de un factor (ANOVA) y calcularemos, también, el valor del tamaño del efecto (r), éste es un

concepto elaborado por Jacob Cohen (1962) que nos indica el grado de relación entre dos variables. Para ello utilizamos el estadístico d de Cohen (1988), valores de 0,2 nos indican un efecto pequeño, un efecto mediano con 0,5 y un efecto grande si el valor es de 0,8 o superior (Cohen 1988), a mayor efecto más efectivo será el tratamiento aplicado. Para el cálculo de los estadísticos descriptos, nos hemos servido del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 19.

2. EXPERIMENTO 1

Eficacia de la técnica de *Mindfulness* en la reducción de la sintomatología psicofisiológica durante la perimenopausia.

OBJETIVOS

El objetivo que se persigue con este estudio es comprobar si la aplicación del Programa de Reducción del Estrés basado en *mindfulness* modificado, es eficaz para mejorar la calidad de vida y la sintomatología psíquica en mujeres perimenopáusicas sanas.

MÉTODO

Participantes

Los criterios de elección de la muestra se han definido por mujeres perimenopáusicas que no padecen ninguna patología y que, en consecuencia, no hacen tratamiento psicológico ni farmacológico alguno. Por tanto, se excluyeron aquellas participantes con patologías así como las que practicaban algún tipo de meditación, cualquier otra técnica o tratamiento. De un total de 100 mujeres, seleccionadas inicialmente, se constituye finalmente una muestra (N) de 80 mujeres perimenopáusicas sanas de entre 45 y 55 años. De estas 80 participantes formamos aleatoriamente dos grupos de 40 mujeres cada uno, el grupo experimental (Grupo 1) tenía una edad media de 46,7 (DT= 4,2), en el grupo control (Grupo 2) la media de edad fue de 46,9 (DT=4,9).

Instrumentos

Se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia, por presentar una alta consistencia interna (α de Cronbach= 0,9092). El ámbito de aplicación de esta escala es la población femenina española de entre 45 y 64 años, sus 31 ítems se contestan en aproximadamente 7 minutos, con una puntuación mínima de 0 y una puntuación máxima de 155, en una escala de valoración de mejor a peor calidad de vida.

Utilizamos también, el equipo con registro gráfico Dräger Infinity Delta XL, compuesto de varios módulos integrados para la medida de distintas respuestas psicofisiológicas (FC, FR, PAS y PAD) así como, electrodos desechables MD de 35 milímetros de diámetro.

Diseño y procedimiento experimental

El procedimiento se realiza en dos fases. La fase 1 consiste en un entrenamiento presencial, donde se les explica a las participantes de ambos grupos las características del climaterio femenino y especialmente de la perimenopausia, así como la dinámica de las distintas fases del experimento, entregándoles un cuestionario que permitirá llevar un registro de las distintas características biopsicosociales, así como el consentimiento informado.

Una vez que han comprendido todo el proceso, se procede a administrar, a todas las participantes la Escala Cervantes con el fin de objetivar la calidad de vida de estas mujeres.

Con objeto de determinar el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se les registran de forma continua durante 10 minutos, la FC, FR, PAS y PAD, al inicio y al final de la primera fase, calculando posteriormente los valores medios de línea base para cada variable y cada una de las participantes.

A continuación, procederemos con la fase 1 del experimento consistente en la aplicación de los distintos tratamientos. Al grupo experimental (Grupo 1) le entrenamos con el Programa de Reducción del Estrés basado en Conciencia Plena modificado, consistente en someter a las participantes a 2 sesiones de 8 horas de duración, una el primer día y otra a los 15 días. Además, se les da instrucciones para que practiquen en su casa diariamente durante 40 minutos entre ambas sesiones experimentales.

A las participantes del grupo control (Grupo 2) se les pedirá que respiren normalmente en decúbito supino, durante el mismo número y duración de sesiones que al grupo experimental.

La fase 2 del experimento se realizará en casa, a todas las participantes de cada grupo se les facilitara una hoja de registro donde anotaran cada sesión realizada. Para ello indicamos a las participantes del Grupo 1, que practiquen el programa

MBSR modificado en casa 40 minutos cada día durante 3 meses, volviendo a citarlas transcurrido este periodo de tiempo, con objeto de evaluar los resultados mediante la Escala Cervantes y la toma de medidas psicofisiológicas.

A las participantes del grupo control se les pedirá que en decúbito supino respiren normalmente en casa 40 minutos diarios durante los mismos tres meses. Al cabo de dicho tiempo las citaremos para constatar los resultados a través de la aplicación de la Escala Cervantes y el registro de medidas psicofisiológicas (Figura 6).

Figura 6

Diseño experimental

	Grupo 1 (Experimental)	Grupo 2 (Control)
Fase 1	Breve explicación sobre menopausia y perimenopausia	
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al inicio de la 1ª sesión	
	2 sesiones de 8 horas de entrenamiento en MBSR modificado una cada 15 días	Respirar normalmente en decúbito supino durante el mismo número de sesiones
	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado entre ambas sesiones	Respirar normalmente en decúbito supino en casa 40 minutos diarios entre ambas sesiones
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al final de la 2ª sesión	
	Fase 2	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado durante 3 meses
Administración Escala Cervantes de calidad de vida a los 3 meses		
10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, a los 3 meses		

Resultados

Los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del programa MBSR modificado nos confirman, como esperábamos, una mejoría de la sintomatología psicológica de las participantes en este experimento, así como un incremento importante de la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos calculados para los dos grupos de participantes, experimental y control. Podemos comprobar cómo al final del tratamiento con MBSR modificado, el Grupo 1 ha experimentado una reducción de la activación psicofisiológica, objetivada por la disminución de los valores medios en FC, FR, PAS y PAD (ver Figuras 7, 8, 9 y 10), respecto del Grupo 2, donde podemos afirmar que no se han producido variaciones en los valores de FC, FR, PAS, Y PAD (ver Tabla 1), que nos hagan pensar en una mejoría de la regulación emocional de las participantes en dicho grupo (ver Figuras 7, 8, 9, y 10).

Con objeto de constatar la significación estadística de este estudio, hemos analizado nuestros datos mediante un ANOVA de un factor, en el que las distintas variables dependientes (FC, FR, PAS, PAD), han sido estudiadas en tres niveles (días 1, 15 y 90 del tratamiento) de la variable independiente o factor (tratamiento MBSR modificado).

Los resultados nos muestran que existe significación estadística para todas las variables dependientes del Grupo 1 (ver Tabla 2), donde $p < 0,05$. Obtenemos valores de $F = 3,999$ y $p = 0,000$ para FC; $F = 47,269$ y $p = 0,000$ para FR; $F = 23,500$ y $p = 0,000$ para PAS y $F = 37,694$ y $p = 0,000$ para PAD; con lo cual, y a la vista de los resultados anteriores, podemos concluir que el programa de MBSR modificado aplicado aquí, ejerce un efecto positivo en cuanto a la regulación emocional de las participantes en el experimento, entendido como una disminución de la sintomatología psicológica y un incremento de la calidad de vida en todas las esferas: personal, pareja, familiar, laboral, social, etc.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos del Grupo 1 (FC1, FR1, PAS1, PAD1) y Grupo 2 (FC2, FR2, PAS2, PAD2)

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FC1	1	40	76,6000	10,18244	1,60998	73,3435	79,8565	56,00	100,00
	DIA								
	15	40	71,8500	8,21989	1,29968	69,2212	74,4788	55,00	95,00
	DIAS								
FC2	90	40	62,2750	4,08240	,64548	60,9694	63,5806	55,00	71,00
	DIAS								
	Total	120	70,2417	9,86803	,90082	68,4579	72,0254	55,00	100,00
FR1	1	40	76,9000	7,80138	1,23351	74,4050	79,3950	62,00	94,00
	DIA								
	15	40	76,3500	7,05491	1,11548	74,0937	78,6063	64,00	91,00
	DIAS								
FR2	90	40	76,6750	6,94073	1,09743	74,4552	78,8948	62,00	94,00
	DIAS								
	Total	120	76,6417	7,21785	,65890	75,3370	77,9463	62,00	94,00
PAS1	1	40	20,8750	3,68773	,58308	19,6956	22,0544	12,00	28,00
	DIA								
	15	40	18,4500	2,73580	,43257	17,5750	19,3250	13,00	25,00
	DIAS								
PAS2	90	40	14,5500	2,18327	,34521	13,8518	15,2482	11,00	21,00
	DIAS								
	Total	120	17,9583	3,91377	,35728	17,2509	18,6658	11,00	28,00

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FR2	1	40	18,4750	3,27373	,51762	17,4280	19,5220	12,00	28,00
	DIA								
	15	40	18,5250	2,96118	,46820	17,5780	19,4720	14,00	27,00
	DIAS								
PAS1	90	40	18,7250	2,79181	,44142	17,8321	19,6179	12,00	26,00
	DIAS								
	Total	120	18,5750	2,99204	,27313	18,0342	19,1158	12,00	28,00
PAS1	1	40	133,5250	16,20697	2,56255	128,3418	138,7082	82,00	170,00
	DIA								
	15	40	127,8000	13,00335	2,05601	123,6413	131,9587	86,00	141,00
	DIAS								
PAD1	90	40	113,4750	10,62650	1,68020	110,0765	116,8735	90,00	145,00
	DIAS								
	Total	120	124,9333	15,81815	1,44399	122,0741	127,7926	82,00	170,00
PAS2	1	40	77,5500	10,76307	1,70179	74,1078	80,9922	45,00	90,00
	DIA								
	15	40	72,6000	10,10661	1,59800	69,3677	75,8323	50,00	90,00
	DIAS								
PAS2	90	40	59,8250	6,94996	1,09888	57,6023	62,0477	46,00	76,00
	DIAS								
	Total	120	69,9917	11,97932	1,09356	67,8263	72,1570	45,00	90,00
PAD2	1	40	129,2250	10,75004	1,69973	125,7870	132,6630	92,00	150,00
	DIA								
	15	40	129,4750	10,35520	1,63730	126,1632	132,7868	100,00	148,00
	DIAS								
PAD2	90	40	130,5000	8,85496	1,40009	127,6680	133,3320	110,00	143,00
	DIAS								
	Total	120	129,7333	9,95092	,90839	127,9346	131,5320	92,00	150,00
PAD2	1	40	71,0500	9,30109	1,47063	68,0754	74,0246	51,00	89,00
	DIA								
	15	40	72,2250	8,16650	1,29124	69,6132	74,8368	60,00	87,00
	DIAS								
PAD2	90	40	73,2000	6,82830	1,07965	71,0162	75,3838	62,00	87,00
	DIAS								
	Total	120	72,1583	8,14057	,74313	70,6869	73,6298	51,00	89,00

Figura 7

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en frecuencia cardiaca

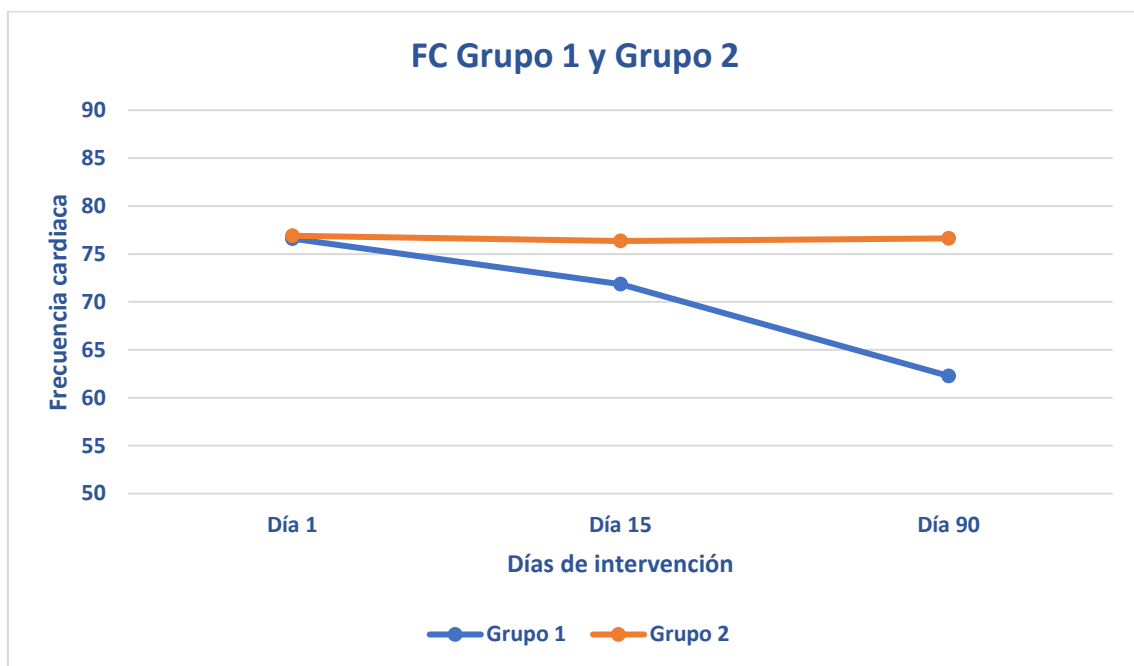


Figura 8

Medias Grupo 1 y del Grupo 2 en frecuencia respiratoria

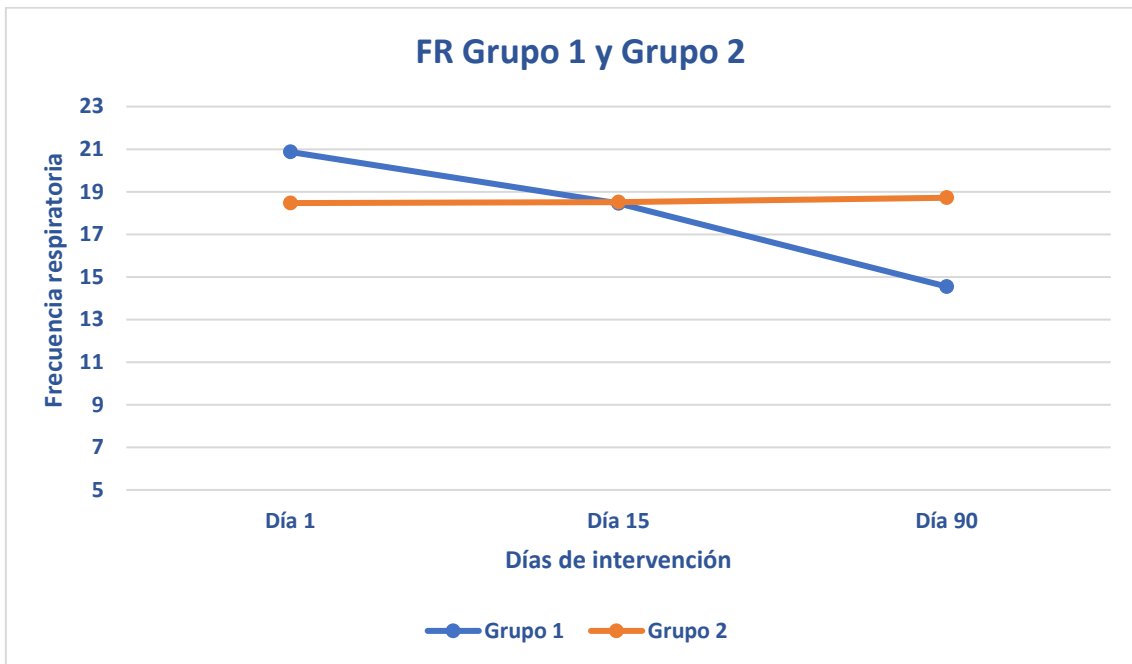


Figura 9

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en presión arterial sistólica

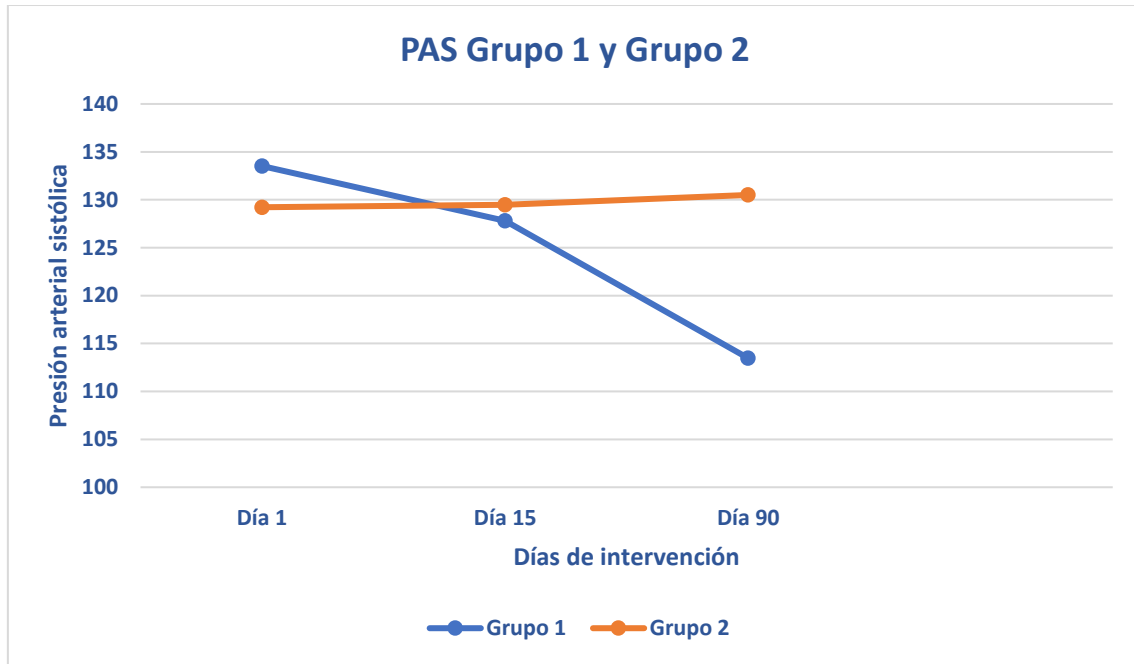


Figura 10

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en presión arterial diastólica

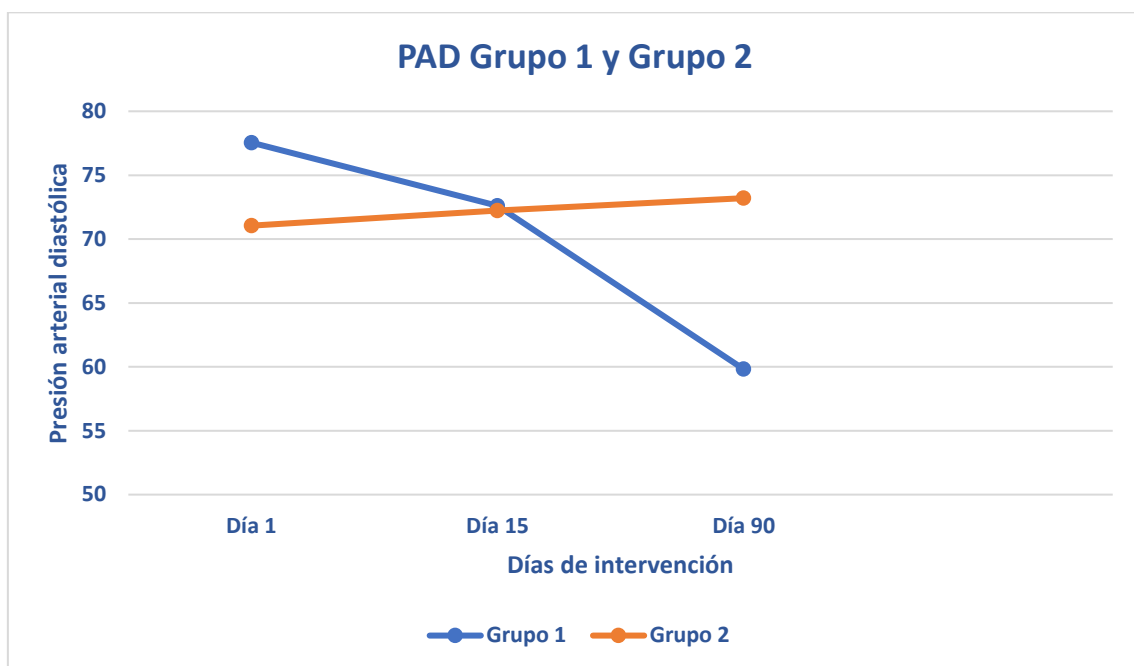


Tabla 2

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FC 1	Inter-grupos	4259,317	2	2129,658	33,999	,000
	Intra-grupos	7328,675	117	62,638		
	Total	11587,992	119			
FC 2	Inter-grupos	6,117	2	3,058	,058	,944
	Intra-grupos	6193,475	117	52,936		
	Total	6199,592	119			
FR 1	Inter-grupos	814,617	2	407,308	47,269	,000
	Intra-grupos	1008,175	117	8,617		
	Total	1822,792	119			
FR 2	Inter-grupos	1,400	2	,700	,077	,926
	Intra-grupos	1063,925	117	9,093		
	Total	1065,325	119			
PAS 1	Inter-grupos	8533,117	2	4266,558	23,500	,000
	Intra-grupos	21242,350	117	181,559		
	Total	29775,467	119			
PAD 1	Inter-grupos	6691,717	2	3345,858	37,694	,000
	Intra-grupos	10385,275	117	88,763		
	Total	17076,992	119			
PAS 2	Inter-grupos	36,517	2	18,258	,182	,834
	Intra-grupos	11746,950	117	100,401		
	Total	11783,467	119			
PAD 2	Inter-grupos	92,717	2	46,358	,696	,501
	Intra-grupos	7793,275	117	66,609		
	Total	7885,992	119			

Nota. Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1 Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2

$p < 0,05$.

Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala Cervantes, hemos estudiado la valoración global de dicha escala y la específica referida a uno de sus dominios, concretamente el dominio psíquico. En este dominio, en el que una menor puntuación establece una mejor calidad de vida en la perimenopausia, hemos calculado los valores medios de puntuación, tanto para el Grupo 1 como para el Grupo 2 en la primera y segunda fase de este estudio. Analizando estos datos podemos observar cómo las medias para una valoración global de la calidad de vida del grupo control no experimentan variaciones (ver Tabla 3), sin embargo, en el grupo experimental sí disminuyen los valores medios estudiados de la fase 1 a la fase 2 del experimento, indicándonos por tanto un incremento en la calidad de vida de estas mujeres (ver Figura 11).

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar la Escala Cervantes de la Menopausia, para el dominio psíquico, podemos constatar, al igual que con la valoración global de la calidad de vida en la perimenopausia de la EC, que las medias del grupo control no experimentan variaciones importantes (ver Tabla 4), sin embargo, en el grupo experimental sí disminuyen los valores medios estudiados de la fase 1 a la fase 2 del experimento, indicándonos, en consecuencia, una reducción de los síntomas psicológicos, entendido como una disminución de los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad, entre otros (ver Figura 12).

Para constatar que el tratamiento con MBSR modificado ha sido efectivo, hemos calculado el valor del tamaño del efecto (r); éste es un concepto elaborado por

Jacob Cohen (1962) que nos indica el grado de relación entre dos variables (calidad de vida y tratamiento aplicado en el caso de la valoración global). Para ello utilizamos el estadístico d de Cohen (1988), valores de 0,2 nos indican un efecto pequeño, un efecto mediano con 0,5 y un efecto grande si el valor de r es de 0,8 o superior (Cohen 1988). Tras el cálculo de la d de Cohen hemos obtenido para una $d= 2.7947789$ un efecto del tamaño $r= 0.8132199$, en cuanto a valoración global de la EC, lo cual nos indica que ha habido un cambio importante en la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas del Grupo 1 después de practicar la técnica de *mindfulness* diariamente durante tres meses.

Con respecto al tamaño del efecto (r) y la d de Cohen para el dominio psíquico (comparando síntomas psicológicos y tratamiento), los resultados obtenidos muestran una $d= 1.6002395$ un efecto del tamaño $r= 0.6247521$. Estos datos nos permiten afirmar una importante mejoría de los síntomas psíquicos de las mujeres del grupo experimental relacionado con la práctica continuada de *mindfulness*.

Tabla 3

Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EC1	1 DIA	40	72,0750	8,39227	1,32693	69,3910	74,7590	55,00	95,00
	90 DIAS	40	40,6500	10,85936	1,71702	37,1770	44,1230	26,00	76,00
	Total	80	56,3625	18,52008	2,07061	52,2411	60,4839	26,00	95,00
EC2	1 DIA	40	69,3750	8,57452	1,35575	66,6327	72,1173	55,00	91,00
	90 DIAS	40	69,2250	9,54742	1,50958	66,1716	72,2784	56,00	93,00
	Total	80	69,3000	9,01672	1,00810	67,2934	71,3066	55,00	93,00

Nota. Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Figura 11

Medias del Grupo 1 (EC 1) y del Grupo 2 (EC 2) para la valoración global en la Escala Cervantes

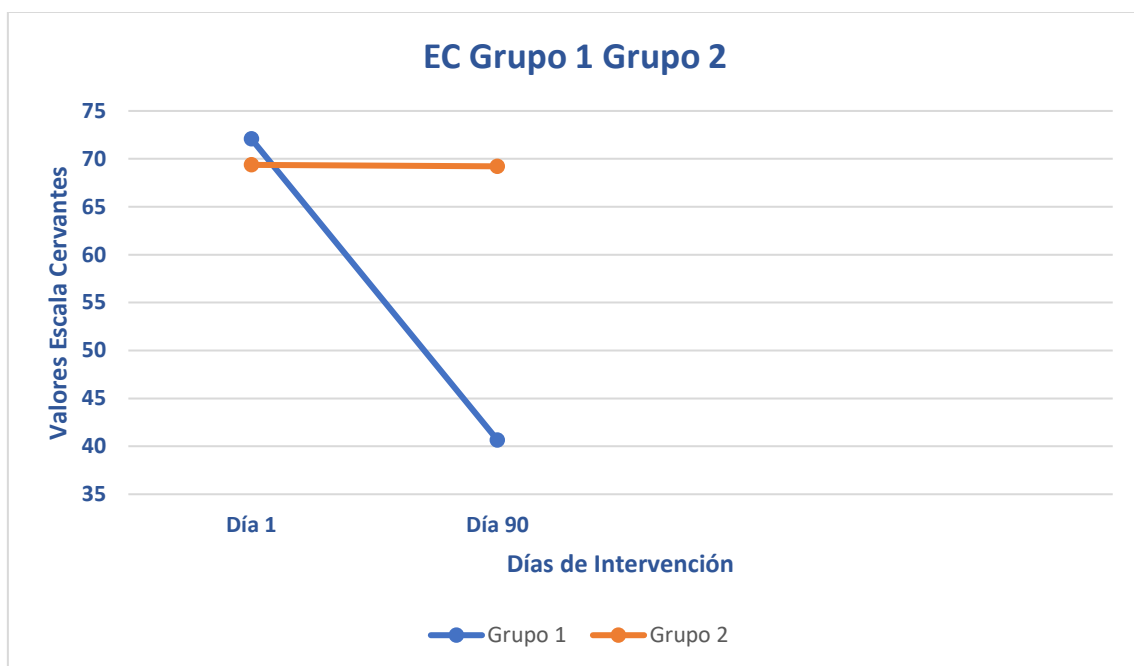


Tabla 4

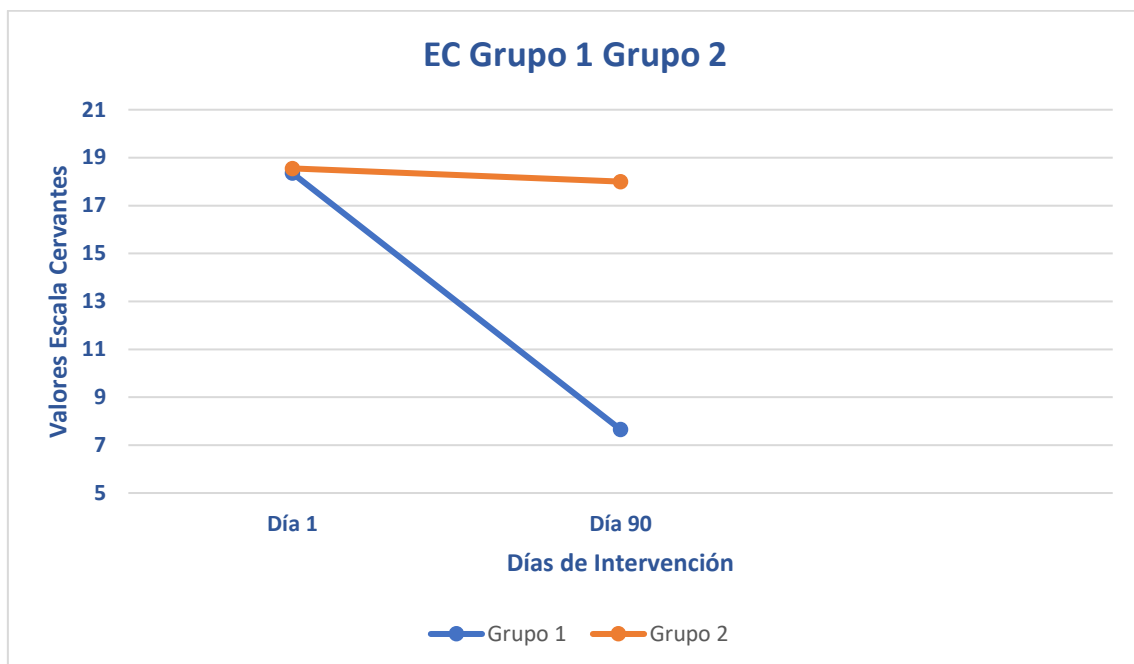
Estadísticos descriptivos para el dominio psíquico de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
EC1	1 DIA	40	18,3500	8,90563	1,40810	15,5018	21,1982	2,00	40,00
	90 DIAS	40	7,6500	3,62010	,57239	6,4922	8,8078	3,00	18,00
	Total	80	13,0000	8,63757	,96571	11,0778	14,9222	2,00	40,00
EC2	1 DIA	40	18,5500	8,70293	1,37605	15,7667	21,3333	2,00	39,00
	90 DIAS	40	18,0000	8,19631	1,29595	15,3787	20,6213	4,00	35,00
	Total	80	18,2750	8,40430	,93963	16,4047	20,1453	2,00	39,00

Nota. Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Figura 12

Medias Grupo 1 (EC 1) y del Grupo 2 (EC 2) para el dominio psíquico en la Escala Cervantes



Discusión

A la vista de los resultados obtenidos en el apartado anterior, podemos afirmar, que la aplicación de MBSR modificado en la población femenina perimenopáusica de nuestro estudio, es efectiva para la reducción de la actividad emocional, objetivando un aumento en la calidad de vida de estas mujeres al mantener el tratamiento durante 90 días.

La disminución de los valores medios de FC, FR, PAS y PAD, variables muy sensibles a los cambios emocionales, nos indican que la técnica de *mindfulness* modificado durante tres meses es efectiva para la reducción de la sintomatología psicológica. Hemos podido constatar cómo dichas variables experimentan una disminución de sus valores a medida que se aumenta la práctica de la meditación *mindfulness*, así pues, a lo largo del experimento solo los datos finales (a los 90 días de la intervención), han arrojado resultados positivos con respecto a una mejoría en la calidad de vida de las participantes en el grupo experimental, lo cual nos indica que la práctica continuada de dicha actividad es un factor indicativo de mejoría sintomatológica y, como consecuencia, una mejora significativa en la calidad de vida de las mujeres en la perimenopausia.

Tras analizar los resultados de la Escala Cervantes en la perimenopausia, los datos comparados entre las fases 1 y 2 del experimento, tanto en cuanto a la valoración global de la calidad de vida, como a la específica del dominio psíquico de dicha escala, indican una disminución de los síntomas psicológicos, además,

de una mejoría importante de la calidad de vida global de las participantes del Grupo 1 a tenor de los resultados obtenidos en la segunda fase. Sin embargo, en el Grupo 2 no se han producido variaciones en la sintomatología psicológica, ni tampoco, mejoría en la calidad de vida de estas mujeres, al comparar los resultados de ambas fases experimentales.

Por todo lo anterior podemos decir, que la aplicación continuada de MBSR modificado, al menos durante 90 días, favorece un incremento significativo en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

A la vista de los resultados obtenidos en este experimento sería muy interesante, realizar nuevas intervenciones en las cuales la muestra de las participantes fuese más amplia y la aplicación de la técnica de MBSR modificado se mantuviese durante más tiempo, con objeto de verificar si persisten, e incluso, se mejoran los resultados aquí obtenidos.

3. *EXPERIMENTO 2*

Reducción de la sintomatología psicofisiológica en la perimenopausia, a través de la Psicología Positiva

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comprobar si el programa de psicología positiva diseñado para este experimento es capaz de reducir la sintomatología psicológica en mujeres perimenopáusicas sanas y, como consecuencia, mejorar su calidad de vida.

MÉTODO

Participantes

Los criterios de elección de la muestra en este segundo experimento se han determinado bajo los mismos criterios que el experimento anterior, es decir, mujeres perimenopáusicas sanas y sin ningún tipo de tratamiento. Por tanto, se excluyeron aquellas participantes con patologías y tratamiento, así como aquellas que ya practicaban algún tipo de técnica psicológica. De un total de 91 mujeres, seleccionadas inicialmente, se constituye finalmente una muestra de 80 mujeres perimenopáusicas sanas de entre 45 y 55 años. De estas 80 participantes formamos aleatoriamente dos grupos de 40 mujeres cada uno, el grupo experimental (Grupo 1) con una edad media de 47,7 (DT= 2,5), y el grupo control (Grupo 2) cuya media de edad fue de 47,8 (DT= 2,8).

Instrumentos

Al igual que en el primer experimento, se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia, así como, el equipo con registro Dräger Infinity Delta XL, para la medida de distintas respuestas psicofisiológicas: FC, FR, PAS y PAD.

Diseño y procedimiento experimental

El procedimiento se realizará en dos fases. La fase 1 consiste en un entrenamiento presencial, donde se les explica a las participantes de ambos grupos las características del climaterio femenino y especialmente de la perimenopausia, así como la dinámica de las distintas fases del experimento, entregándoles un cuestionario que permitirá llevar un registro de las distintas características biopsicosociales, así como el consentimiento informado.

Una vez que han comprendido todo el proceso, se procede a administrar a todas las participantes la Escala Cervantes con el fin de objetivar la calidad de vida de estas mujeres.

Con el fin de determinar objetivamente el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se les registran de forma continua durante 10 minutos, la FC, FR, PAS y PAD, al inicio y al final de la primera fase, calculando posteriormente los valores medios de línea base para cada variable y cada una de las participantes.

En esta fase 1 del experimento, consistente en la aplicación de los distintos tratamientos, al grupo experimental (Grupo 1) le entrenamos con un programa

de psicología positiva basado en las técnicas: saboreo, agradecimiento, humor y aceptación diseñado para este experimento, en donde cada día deberán: compartir dos situaciones agradables con otras personas, expresar agradecimiento ante dos hechos que haya ocurrido y hayan sido gratificantes, aunque estos puedan resultar insignificantes, intentar disfrutar también de dos situaciones de humor al día y por último aceptar dos acontecimientos tal y como se produzcan, disfrutando lo bueno y reevaluando positivamente lo negativo. Para ello se entrenarán a las participantes en 2 sesiones de 8 horas de duración, una el primer día y otra a los 15 días, además, se les darán instrucciones para que practiquen en su casa diariamente entre ambas sesiones experimentales.

A las participantes del grupo control (Grupo 2) se les pedirá que actúen tranquilamente ante cualquier situación estresante o incomoda que pudiese producirse en el día a día, durante el mismo número y duración de sesiones que al grupo experimental.

La fase 2 del experimento se realizará en casa, a todas las participantes de cada grupo se les facilitara una hoja de registro donde anotaran cada sesión realizada. Indicamos a las participantes del Grupo 1, que apliquen el programa de psicología positiva referido anteriormente, para el que ya han sido entrenadas en la fase 1, en su vida diaria cada día durante tres meses. Volviendo a citarlas tras este periodo de tiempo, con objeto de evaluar los resultados mediante la Escala Cervantes y la toma de medidas psicofisiológicas (Figura 13).

A las participantes del grupo control se les pedirá que resuelvan con templanza cualquier evento incomodo en su vida diaria durante los mismos tres meses. Al cabo de dicho tiempo las citaremos para constatar los resultados a través de la aplicación de la Escala Cervantes y el registro de medidas psicofisiológicas.

Figura 13

Diseño experimental

	Grupo 1 (Experimental)	Grupo 2 (Control)
Fase 1	Breve explicación sobre menopausia y perimenopausia	
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al inicio de la 1ª sesión	
	2 sesiones de 8 horas de entrenamiento en Psicología Positiva una cada 15 días	Explicar la importancia de la calma ante eventuales problemas durante el mismo número de sesiones
	Practicar el programa en Psicología Positiva entre ambas sesiones	Resolver con calma posibles problemas entre ambas sesiones
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al final de la 2ª sesión	
	Fase 2	Aplicar el programa en Psicología Positiva a su vida diaria durante 3 meses
Administración Escala Cervantes de calidad de vida a los 3 meses		
10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, a los 3 meses		

Resultados

Los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del programa en psicología positiva nos confirman, como esperábamos, una mejoría de la sintomatología psicológica de las participantes del grupo experimental, así como un incremento importante de la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

La Tabla 5 muestra los estadísticos descriptivos calculados para los dos grupos de participantes, experimental y control. Podemos comprobar cómo al final del tratamiento con psicología positiva el Grupo 1 ha experimentado una reducción de la activación psicofisiológica, objetivada por la disminución de los valores medios en FC, FR, PAS y PAD (ver Figuras 14, 15, 16 y 17) respecto del Grupo 2, donde podemos afirmar que no se han producido variaciones en los valores de FC, FR, PAS, Y PAD (ver Tabla 5), que nos hagan pensar en una mejoría de la regulación emocional de las participantes en dicho grupo (Figuras 14, 15, 16 y 17).

Con objeto de constatar la significación estadística de este estudio, hemos analizado nuestros datos mediante un ANOVA de un factor, en el que las distintas variables dependientes (FC, FR, PAS, PAD), han sido estudiadas en tres niveles (días 1, 15 y 90 del tratamiento) de la variable independiente o factor (tratamiento con psicología positiva).

Los resultados nos muestran que existe significación estadística para todas las variables dependientes del Grupo 1, excepto para la PAS (ver Tabla 6), donde $p < 0,05$. Obtenemos valores de $F = 6,092$ y $p = 0.003$ para FC; $F = 6,830$ y $p = 0,002$ para FR; $F = 1,115$ y $p = 0,331$ para PAS y $F = 5,265$ y $p = 0,006$ para PAD. Con lo cual, y la vista de estos resultados, a pesar de que no se observa significación estadística en los valores de PAS, aunque estos valores han disminuido. Podemos concluir que el programa con psicología positiva aplicado aquí ejerce un efecto positivo en cuanto a la regulación emocional de las participantes en el experimento.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos del Grupo 1 (FC1, FR1, PAS1, PAD1) y del Grupo 2 (FC2, FR2, PAS2, PAD2)

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FC1	1	40	73,1500	15,57373	2,46242	68,1693	78,1307	54,00	115,00
	DIA								
	15	40	75,1250	13,31702	2,10561	70,8660	79,3840	52,00	112,00
	DIAS								
	90	40	65,7750	7,64765	1,20920	63,3292	68,2208	54,00	91,00
	DIAS								
	Total	120	71,3500	13,15688	1,20105	68,9718	73,7282	52,00	115,00
FC2	1	40	75,7250	17,21506	2,72194	70,2194	81,2306	54,00	120,00
	DIA								
	15	40	75,3500	15,45971	2,44439	70,4057	80,2943	51,00	115,00
	DIAS								
	90	40	73,6500	16,89720	2,67168	68,2460	79,0540	11,00	112,00
	DIAS								
	Total	120	74,9083	16,42707	1,49958	71,9390	77,8777	11,00	120,00
FR1	1	40	19,5000	4,99230	,78935	17,9034	21,0966	11,00	31,00
	DIA								
	15	40	17,8500	3,29374	,52079	16,7966	18,9034	11,00	24,00
	DIAS								
	90	40	16,4500	2,27529	,35975	15,7223	17,1777	11,00	21,00
	DIAS								
	Total	120	17,9333	3,87132	,35340	17,2336	18,6331	11,00	31,00

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FR2	1	40	19,2250	4,25765	,67319	17,8633	20,5867	12,00	29,00
	DIA	40	19,1250	4,06478	,64270	17,8250	20,4250	12,00	29,00
	15 DIAS	40	18,4250	3,10407	,49080	17,4323	19,4177	10,00	25,00
	90 DIAS Total	120	18,9250	3,82641	,34930	18,2333	19,6167	10,00	29,00
PAS1	1	40	123,9000	16,56502	2,61916	118,6022	129,1978	95,00	160,00
	DIA	40	121,5250	16,16103	2,55528	116,3565	126,6935	95,00	150,00
	15 DIAS	40	118,8750	12,01748	1,90013	115,0316	122,7184	98,00	148,00
	90 DIAS Total	120	121,4333	15,07000	1,37570	118,7093	124,1573	95,00	160,00
PAD1	1	40	73,3250	13,30392	2,10353	69,0702	77,5798	51,00	100,00
	DIA	40	74,2000	13,35165	2,11108	69,9299	78,4701	50,00	110,00
	15 DIAS	40	66,0000	10,33788	1,63456	62,6938	69,3062	46,00	92,00
	90 DIAS Total	120	71,1750	12,84861	1,17291	68,8525	73,4975	46,00	110,00
PAS2	1	40	120,7000	17,59837	2,78255	115,0718	126,3282	92,00	150,00
	DIA	40	118,5500	16,99163	2,68661	113,1158	123,9842	90,00	154,00
	15 DIAS	40	119,0750	15,73725	2,48828	114,0420	124,1080	90,00	150,00
	90 DIAS Total	120	119,4417	16,67726	1,52242	116,4271	122,4562	90,00	154,00
PAD2	1	40	72,8750	15,20659	2,40437	68,0117	77,7383	45,00	100,00
	DIA	40	70,4250	12,96719	2,05029	66,2779	74,5721	43,00	99,00
	15 DIAS	40	72,3750	12,15854	1,92243	68,4865	76,2635	48,00	100,00
	90 DIAS Total	120	71,8917	13,43381	1,22633	69,4634	74,3199	43,00	100,00

Figura 14

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en frecuencia cardiaca

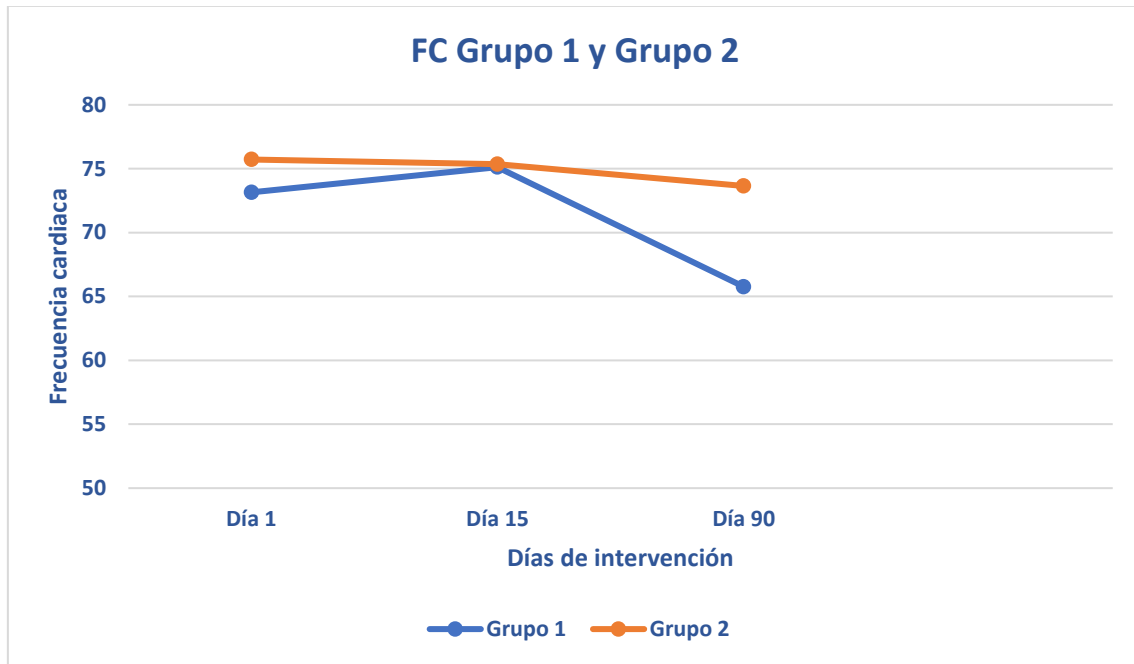


Figura 15

Medias Grupo 1 y del Grupo 2 en frecuencia respiratoria

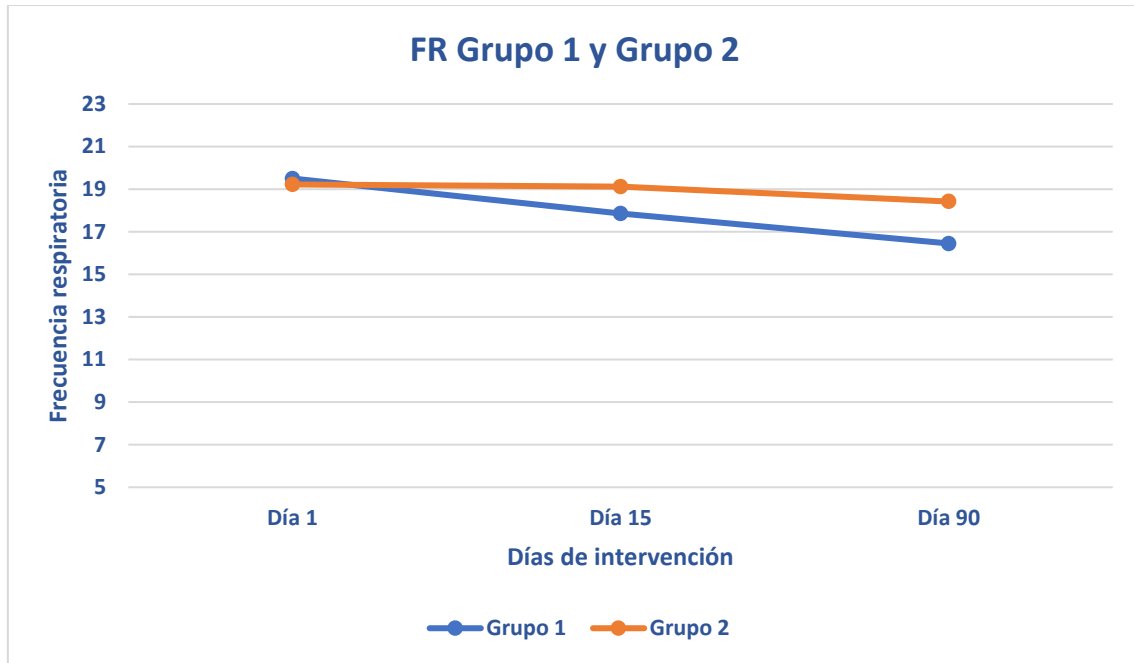


Figura 16

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en presión arterial sistólica

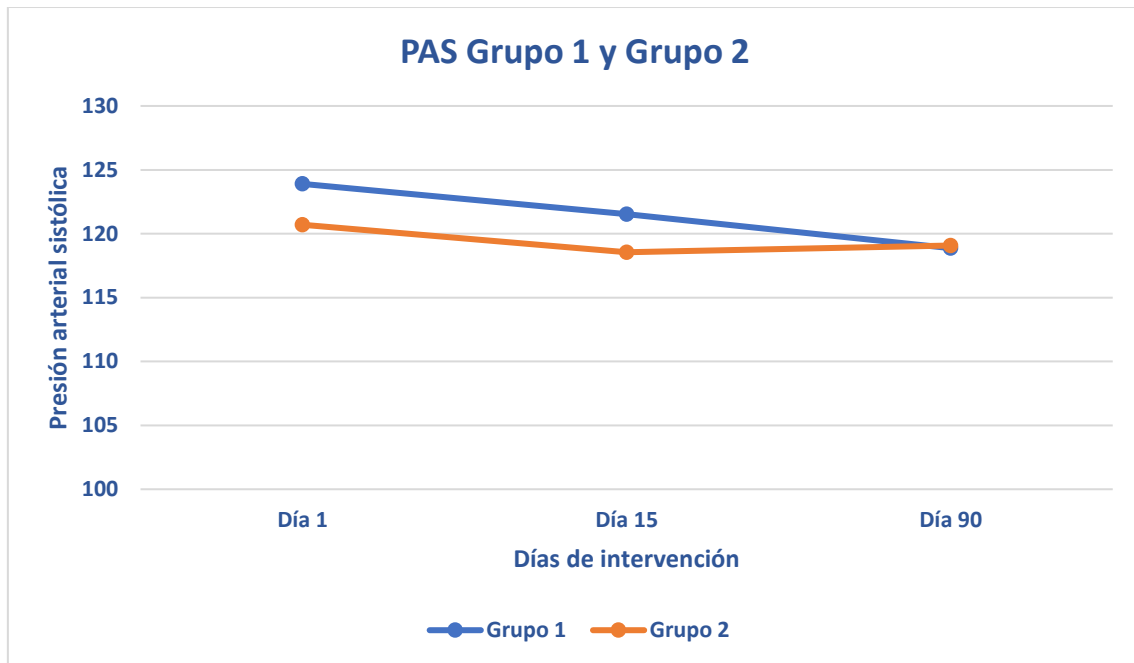


Figura 17

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en presión arterial diastólica

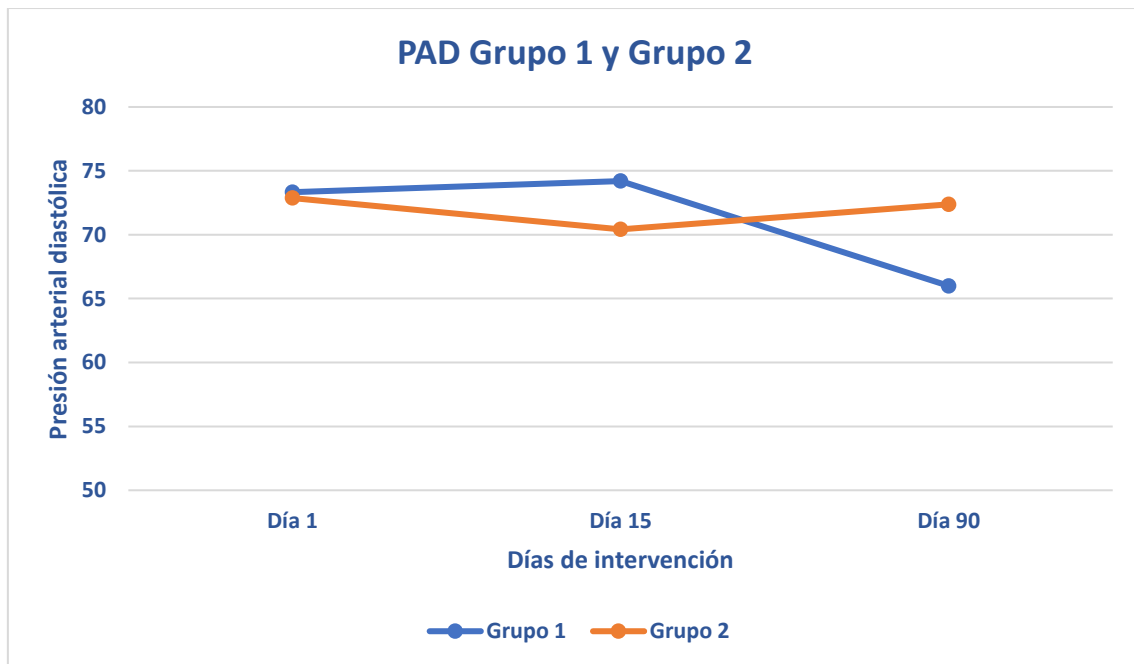


Tabla 6

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FC 1	Inter-grupos	1942,850	2	971,425	6,092	,003
	Intra-grupos	18656,450	117	159,457		
	Total	20599,300	119			
FC 2	Inter-grupos	97,817	2	48,908	,179	,837
	Intra-grupos	32014,175	117	273,625		
	Total	32111,992	119			
FR 1	Inter-grupos	186,467	2	93,233	6,830	,002
	Intra-grupos	1597,000	117	13,650		
	Total	1783,467	119			
FR 2	Inter-grupos	15,200	2	7,600	,515	,599
	Intra-grupos	1727,125	117	14,762		
	Total	1742,325	119			
PAS 1	Inter-grupos	505,517	2	252,758	1,115	,331
	Intra-grupos	26519,950	117	226,666		
	Total	27025,467	119			
PAD 1	Inter-grupos	1622,150	2	811,075	5,265	,006
	Intra-grupos	18023,175	117	154,044		
	Total	19645,325	119			
PAS 2	Inter-grupos	100,517	2	50,258	,178	,837
	Intra-grupos	32997,075	117	282,026		
	Total	33097,592	119			
PAD 2	Inter-grupos	134,067	2	67,033	,367	,693
	Intra-grupos	21341,525	117	182,406		
	Total	21475,592	119			

Nota. Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1 Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2

$p < 0,05$.

Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la EC, en la cual hemos estudiado la valoración global de dicha escala y la específica referida a uno de sus dominios, concretamente el dominio psíquico, donde una menor puntuación establece una mejor calidad de vida en la perimenopausia, hemos calculado los valores medios de puntuación, tanto para el Grupo 1 como para el Grupo 2 en la primera y segunda fases de este estudio.

Analizando estos datos podemos observar cómo las medias para una valoración global de la calidad de vida del grupo control no experimentan variaciones (ver Tabla 7), sin embargo, en el grupo experimental sí disminuyen los valores medios estudiados de la fase 1 a la fase 2 del experimento, indicándonos por tanto un incremento en la calidad de vida de estas mujeres (Figura 18).

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar la Escala Cervantes de la Menopausia, para el dominio psíquico, podemos constatar, al igual que con la valoración global de la calidad de vida en la perimenopausia de la EC, que las medias del grupo control no experimentan variaciones importantes (ver Tabla 8), sin embargo, en el grupo experimental, sí disminuyen los valores medios estudiados de la fase 1 a la fase 2 del experimento, indicándonos en consecuencia una reducción de los síntomas psicológicos, entendido como una disminución de los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad, entre otros (ver Figura 19).

Para constatar que el tratamiento con psicología positiva ha sido efectivo, hemos calculado el valor del tamaño del efecto (r). Como ya sabemos, valores de 0,2 nos indican un efecto pequeño, un efecto mediano con 0,5 y un efecto grande si el valor es de 0,8 o superior (Cohen 1988). Tras el cálculo de la d de Cohen hemos obtenido para una $d = 2.8663553$ un efecto del tamaño $r = 0.8200978$, en cuanto a valoración global de la EC, lo cual nos indica que ha habido un cambio importante en la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas del Grupo 1 después de practicar psicología positiva diariamente durante tres meses.

Con respecto al tamaño del efecto (r) y la d de Cohen para el dominio psíquico (comparando síntomas psicológicos y tratamiento), los resultados obtenidos muestran una $d = 1.5046049$ un efecto del tamaño $r = 0.6011769$, estos datos nos permiten afirmar una importante mejoría de los síntomas psíquicos de las mujeres del grupo experimental relacionado con la práctica continuada de la psicología positiva.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
EC1 1	40	68,1500	10,02957	1,58581	64,9424	71,3576	50,00	90,00
DIA	40	39,1750	10,20530	1,61360	35,9112	42,4388	25,00	75,00
DIAS	40	39,1750	10,20530	1,61360	35,9112	42,4388	25,00	75,00
Total	80	53,6625	17,70929	1,97996	49,7215	57,6035	25,00	90,00
EC2 1	40	67,7250	10,51735	1,66294	64,3614	71,0886	50,00	91,00
DIA	40	67,7250	10,51735	1,66294	64,3614	71,0886	50,00	91,00
90	40	71,2750	9,52456	1,50597	68,2289	74,3211	54,00	92,00
DIAS	40	71,2750	9,52456	1,50597	68,2289	74,3211	54,00	92,00
Total	80	69,5000	10,12829	1,13238	67,2461	71,7539	50,00	92,00

Nota. Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Figura 18

Medias del Grupo 1 (EC 1) y del Grupo 2 (EC 2) para la valoración global en la Escala Cervantes

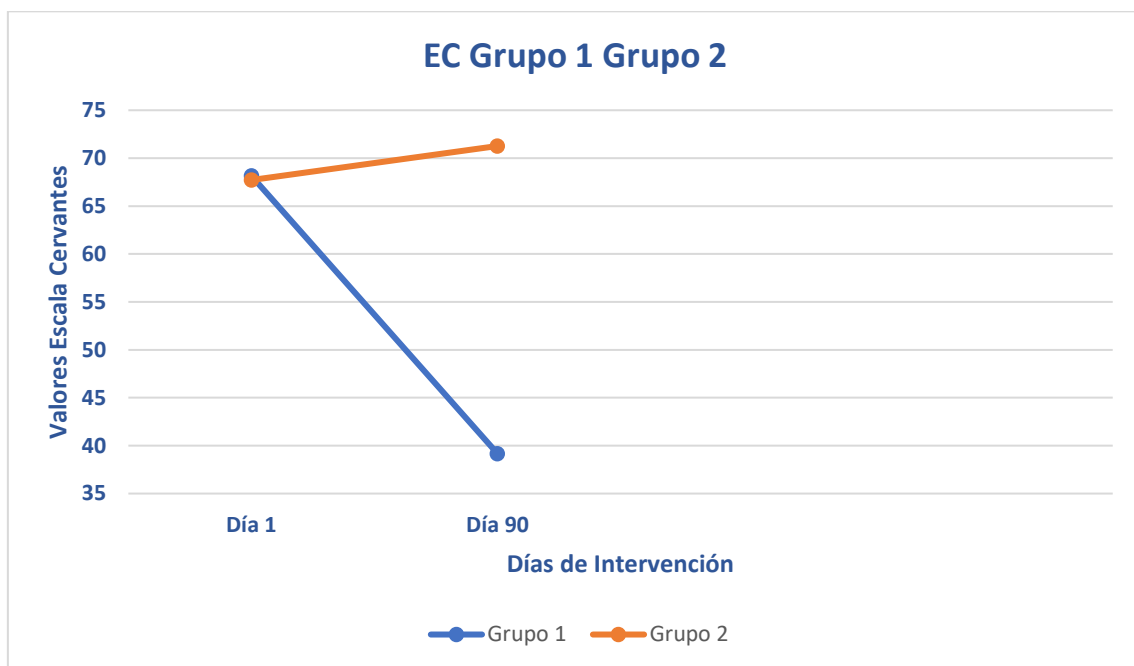


Tabla 8

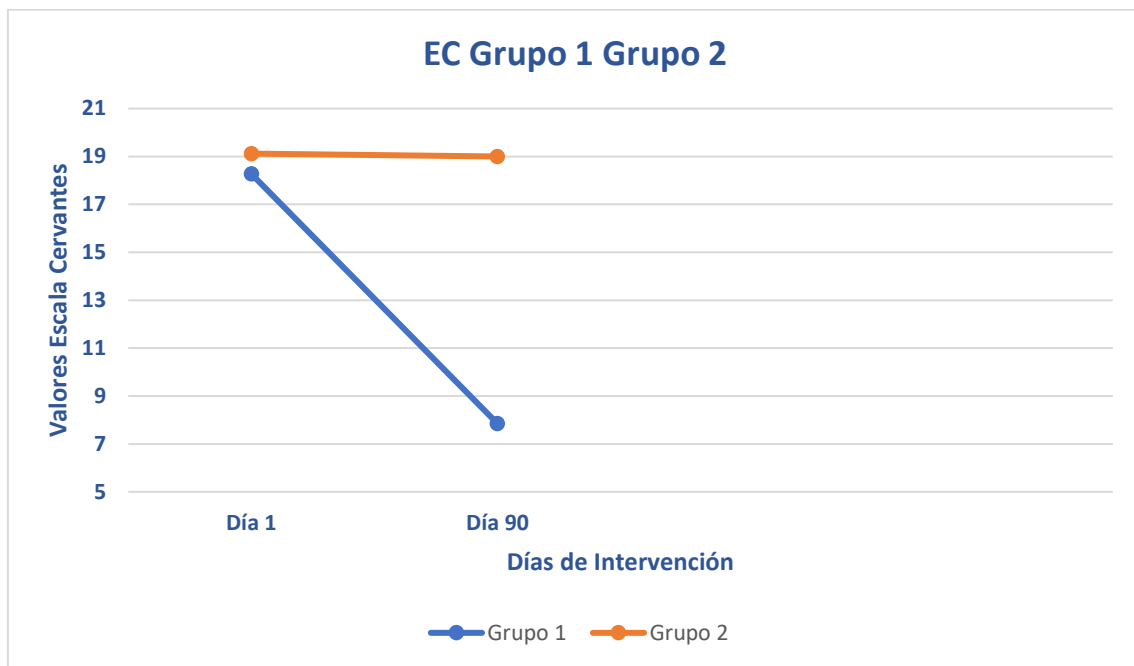
Estadísticos descriptivos para el dominio psíquico de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EC1	1 DIA	40	18,2750	9,32047	1,47370	15,2942	21,2558	2,00	40,00
	90 DIAS	40	7,8500	3,01747	,47710	6,8850	8,8150	3,00	17,00
	Total	80	13,0625	8,65418	,96757	11,1366	14,9884	2,00	40,00
EC2	1 DIA	40	19,1250	9,22146	1,45804	16,1758	22,0742	4,00	39,00
	90 DIAS	40	19,0000	7,86749	1,24396	16,4839	21,5161	4,00	35,00
	Total	80	19,0625	8,51706	,95224	17,1671	20,9579	4,00	39,00

Nota. Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Figura 19

Medias del Grupo 1 (EC 1) y del Grupo 2 (EC 2) para el dominio psíquico en la Escala Cervantes



Discusión

A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar, que la aplicación de la psicología positiva en la población femenina perimenopáusica de nuestro estudio, es efectiva para la reducción de la actividad emocional, objetivando un aumento en la calidad de vida de estas mujeres al mantener el tratamiento durante 90 días.

La disminución de los valores medios de FC, FR, PAS y PAD, variables muy sensibles a los cambios emocionales, nos indican que la psicología positiva durante los tres meses que ha durado la intervención es efectiva para la reducción de la sintomatología psicológica. Hemos podido constatar cómo dichas variables experimentan una disminución de sus valores a medida que se aumenta la práctica con psicología positiva, así pues, a lo largo del experimento solo los datos finales (a los 90 días de la intervención), han arrojado resultados positivos traducidos en una mejoría en la calidad de vida de las participantes en el grupo experimental, lo cual nos indica que la práctica continuada de dicha actividad es un factor indicativo de mejoría sintomatológica y aumento de la calidad de vida en la perimenopausia.

Tras analizar los resultados de la Escala Cervantes en la perimenopausia, los datos comparados entre las fases 1 y 2 del experimento, tanto en cuanto a la valoración global de la calidad de vida, como la específica del dominio psíquico de dicha escala, indican una disminución de los síntomas psicológicos, además, de una mejoría importante de la calidad de vida global de las participantes del

Grupo 1 a tenor de los resultados obtenidos en la segunda fase. Sin embargo, en el Grupo 2 no se han producido variaciones en la sintomatología psicológica, ni tampoco, mejoría en la calidad de vida de estas mujeres, al comparar los resultados de ambas fases experimentales.

Por todo lo anterior podemos concluir, que la aplicación continuada de psicología positiva, al menos durante 90 días, evidencia una disminución de la activación emocional, un decremento de los síntomas psicológicos y un incremento significativo en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

Con respecto a los resultados obtenidos en este experimento sería muy interesante, realizar nuevas intervenciones en las cuales la muestra de las participantes fuese más amplia y la aplicación de la psicología positiva se mantuviese durante más tiempo, con objeto de verificar si persisten, e incluso, si mejoran los resultados aquí obtenidos.

4. EXPERIMENTO 3

Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa reducido y combinado basado en *Mindfulness* y Psicología Positiva

OBJETIVOS

Los resultados positivos obtenidos en el primer experimento utilizando la técnica de MBSR modificado y también los obtenidos en el segundo experimento utilizando la psicología positiva, nos hace plantearnos si la combinación de ambos métodos reduciendo los tiempos de tratamiento, y aprovechando los efectos sinérgicos de dicha combinación, desencadenaría en una mayor disminución de los síntomas indeseables que tienen las mujeres perimenopáusicas.

El objetivo de este estudio pretende comprobar si un tratamiento combinado basado en MBSR modificado y en la psicología positiva, redundaría en una mejora de la calidad de vida y de los síntomas psicológicos de las mujeres perimenopáusicas sanas.

MÉTODO

Participantes

Los criterios de elección de la muestra se han definido por mujeres perimenopáusicas que no padecen ninguna patología y que, en consecuencia, no siguen tratamiento psicológico ni farmacológico alguno. Por tanto, se excluyeron aquellas participantes con patologías o que siguieran cualquier tipo

de tratamiento, así como aquellas otras, que practicaran cualquier tipo de técnica psicológica o de meditación. De un total de 95 mujeres, seleccionadas inicialmente, se constituyó finalmente una muestra de 80 mujeres perimenopáusicas sanas de entre 45 y 55 años. De estas 80 participantes formamos aleatoriamente dos grupos de 40 mujeres cada uno, el grupo experimental (Grupo 1) con una edad media de 49,4 (DT= 2,8), y el grupo control (Grupo 2) cuya media de edad fue de 49,2 (DT= 2,9).

Instrumentos

Al igual que en los experimentos anteriores se utilizaron la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia y también el equipo con registro gráfico Dräger Infinity Delta XL, compuesto de varios módulos integrados para la medida de distintas respuestas psicofisiológicas del estudio: FC, FR, PAS y PAD.

Diseño y procedimiento experimental

Del mismo modo que se explicó en el experimento anterior, el procedimiento se realizó en dos fases. La fase 1 consiste en un entrenamiento presencial, donde se les explica a las participantes de ambos grupos las características del climaterio femenino y especialmente de la perimenopausia, así como la dinámica de las distintas fases del experimento, entregándoles un cuestionario que permitirá llevar un registro de las distintas características biopsicosociales, así como el consentimiento informado.

Una vez que han comprendido todo el proceso, se procede a administrar, a todas las participantes la Escala Cervantes con el fin de cuantificar la calidad de vida de estas mujeres.

Para poder determinar objetivamente el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se registraron de forma continua durante 10 minutos, la FC, FR, PAS y PAD, al inicio y al final de la primera fase, calculando posteriormente los valores medios de línea base para cada variable y cada una de las participantes.

Durante la fase 1 del experimento entrenaremos y aplicaremos los distintos tratamientos. Al grupo experimental (Grupo 1) le entrenamos en un programa conjunto basado en *MBSR modificado* y psicología positiva diseñados específicamente para este experimento. Dicho programa consiste en practicar MBSR modificado durante 20 minutos diariamente y asociar a la vida diaria de las participantes estas técnicas de psicología positiva: cada día deberán, compartir una situación agradable con otras personas, expresar agradecimiento ante un hecho que haya ocurrido y haya sido gratificante, aunque este pueda resultar insignificante, intentar disfrutar también de una situación de humor al día y por último aceptar un acontecimiento tal y como se produzca, disfrutando lo bueno y reevaluando positivamente lo negativo.

Para ello entrenaremos a las participantes durante 2 sesiones de 8 horas de duración (4 horas para mindfulness y otras 4 horas para la psicología positiva en

cada sesión), una el primer día y otra a los 15 días. Además, se les dan instrucciones para que practiquen en su casa diariamente entre ambas sesiones experimentales.

A las participantes del grupo control (Grupo 2) se les pedirá que respondan serenamente ante cualquier situación estresante o incómoda, y también que respiren normalmente en decúbito supino durante el mismo número y duración de sesiones que al grupo experimental.

La fase 2 del experimento se realizó íntegramente en casa, a todas las participantes de cada grupo se les facilitará una hoja de registro donde anotarán cada sesión realizada. Para ello se les indicó a las participantes del Grupo experimental, que deberían aplicar el programa conjunto diseñado para este experimento en su vida diaria, cada día durante tres meses, tras lo cual se les volvió a citar con objeto de evaluar los resultados y comprobar si efectivamente encontrábamos algún tipo de mejora. Para ello se les administró la Escala Cervantes y nuevamente se les tomaron las medidas psicofisiológicas.

A las participantes del grupo control se les pedirá que resuelvan con calma cualquier evento incómodo que acontezca en su vida diaria y que respiren con normalidad 20 minutos al día durante los mismos tres meses. Al cabo de dicho tiempo las citaremos para observar los resultados a través de la aplicación de la Escala Cervantes y el registro de medidas psicofisiológicas (Figura 20).

Figura 20

Diseño experimental

	Grupo 1 (Experimental)	Grupo 2 (Control)
Fase 1	Breve explicación sobre menopausia y perimenopausia	
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al inicio de la 1ª sesión	
	2 sesiones de 8 horas de entrenamiento: 4 horas en <i>Mindfulness</i> y 4 horas en Psicología Positiva una cada 15 días	Explicar la importancia de la calma ante eventuales problemas y respirar normalmente en decúbito supino durante el mismo número de sesiones
	Practicar en casa 20 m/día el programa en MBSR modificado y en Psicología Positiva entre ambas sesiones.	Se las insta a que resuelvan con calma posibles problemas y respirar normalmente en decúbito supino 20 m/día en casa entre ambas sesiones.
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al final de la 2ª sesión	
Fase 2	Practicar en casa el programa combinado diariamente durante 3 meses	Intentar mantener la calma ante cualquier problema diariamente y respirar normalmente en decúbito supino 20 m/día en casa 3 meses
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida a los 3 meses	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, a los 3 meses	

Resultados

Una vez concluido el análisis estadístico de esta intervención, los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del programa conjunto en *mindfulness* y en psicología positiva nos confirman, como planteábamos en la tercera hipótesis de nuestro estudio empírico, una mejoría de la sintomatología psicológica de las participantes en este experimento, mayor que la obtenida al aplicar el *mindfulness* y la psicología positiva individualmente, así como un incremento importante de la calidad de vida de las mujeres durante perimenopausia.

La Tabla 9 muestra los estadísticos descriptivos calculados para los dos grupos de participantes, experimental y control. Podemos comprobar como al final del tratamiento conjunto de MBSR modificado y de psicología positiva, el Grupo 1 ha experimentado una reducción de la activación psicofisiológica, objetivada por la disminución de los valores medios en FC, FR, PAS y PAD (ver Fig. 21, 22, 23 y 24), respecto del Grupo 2, donde podemos afirmar que no se han producido variaciones en los valores de FC, FR, PAS, y PAD (ver Tabla 9), que nos hagan pensar en una mejoría de la regulación emocional de las participantes en dicho grupo (ver Fig. 21, 22, 23 y 24).

Con objeto de constatar la significación estadística de este estudio, hemos analizado nuestros datos mediante un ANOVA de un factor, en el que las distintas variables dependientes (FC, FR, PAS, PAD), se han estudiado en tres

niveles (días 1, 15 y 90 del tratamiento), de la variable independiente o factor (tratamiento con *mindfulness* y psicología positiva).

Los resultados nos muestran que existe significación estadística para todas las variables dependientes del Grupo 1 (ver Tabla 10), donde $p < 0,05$. Obtenemos valores de $F = 8,107$ y $p = 0,001$ para FC; $F = 9,711$ y $p = 0,000$ para FR; $F = 4,692$ y $p = 0,011$ para PAS y $F = 6,929$ y $p = 0,001$ para PAD; con lo cual, y la vista de los resultados anteriores, podemos concluir que el tratamiento aplicado aquí ejerce un efecto positivo en cuanto a la regulación emocional de las participantes en el experimento.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de los grupos experimental y control

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FC 1	1 DIA	40	72,5250	15,49688	2,45027	67,5689	77,4811	54,00	115,00
	15 DIAS	40	75,4250	13,51331	2,13664	71,1032	79,7468	52,00	112,00
	90 DIAS	40	64,4250	7,63893	1,20782	61,9820	66,8680	54,00	91,00
	Total	120	70,7917	13,39879	1,22314	68,3697	73,2136	52,00	115,00
FC 2	1 DIA	40	76,2500	17,81493	2,81679	70,5525	81,9475	54,00	120,00
	15 DIAS	40	75,6000	15,73955	2,48864	70,5662	80,6338	51,00	115,00
	90 DIAS	40	77,9250	14,70285	2,32472	73,2228	82,6272	55,00	112,00
	Total	120	76,4250	16,41911	2,51441	72,3969	80,4531	52,00	115,00

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FR 1	Total	120	76,5917	16,03174	1,46349	73,6938	79,4895	51,00	120,00
	1 DIA	40	19,5250	4,74470	,75020	18,0076	21,0424	11,00	31,00
	15 DIAS	40	17,7500	3,20056	,50605	16,7264	18,7736	11,00	24,00
	90 DIAS	40	15,9750	2,48573	,39303	15,1800	16,7700	11,00	21,00
FR 2	Total	120	17,7500	3,85722	,35211	17,0528	18,4472	11,00	31,00
	1 DIA	40	19,6500	4,02269	,63604	18,3635	20,9365	12,00	29,00
	15 DIAS	40	19,3750	4,01080	,63416	18,0923	20,6577	12,00	29,00
	90 DIAS	40	18,7500	3,11942	,49322	17,7524	19,7476	12,00	24,00
PAS1	Total	120	19,2583	3,72928	,34043	18,5842	19,9324	12,00	29,00
	1 DIA	40	125,7250	15,05203	2,37993	120,9111	130,5389	100,00	160,00
	15 DIAS	40	119,3250	15,37295	2,43068	114,4085	124,2415	95,00	150,00
	90 DIAS	40	116,2250	11,71781	1,85275	112,4775	119,9725	98,00	148,00
PAD1	Total	120	120,4250	14,57675	1,33067	117,7901	123,0599	95,00	160,00
	1 DIA	40	73,5500	12,56154	1,98615	69,5326	77,5674	48,00	97,00
	15 DIAS	40	72,5750	11,32025	1,78989	68,9546	76,1954	50,00	90,00
	90 DIAS	40	64,9000	10,13954	1,60320	61,6572	68,1428	46,00	92,00
PAS2	Total	120	70,3417	11,93716	1,08971	68,1839	72,4994	46,00	97,00
	1 DIA	40	121,9000	17,35423	2,74394	116,3498	127,4502	92,00	150,00
	15 DIAS	40	119,9000	16,12897	2,55021	114,7417	125,0583	95,00	154,00
	90 DIAS	40	120,7500	15,11113	2,38928	115,9172	125,5828	90,00	150,00
PAD2	Total	120	120,8500	16,10817	1,47047	117,9383	123,7617	90,00	154,00
	1 DIA	40	74,5000	13,86381	2,19206	70,0661	78,9339	50,00	100,00
	15 DIAS	40	70,6500	12,76925	2,01900	66,5662	74,7338	43,00	99,00
	90 DIAS	40	73,1000	11,26101	1,78052	69,4986	76,7014	50,00	95,00
Total		120	72,7500	12,67052	1,15665	70,4597	75,0403	43,00	100,00

Nota. Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1 Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2

Figura 21

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en frecuencia cardiaca

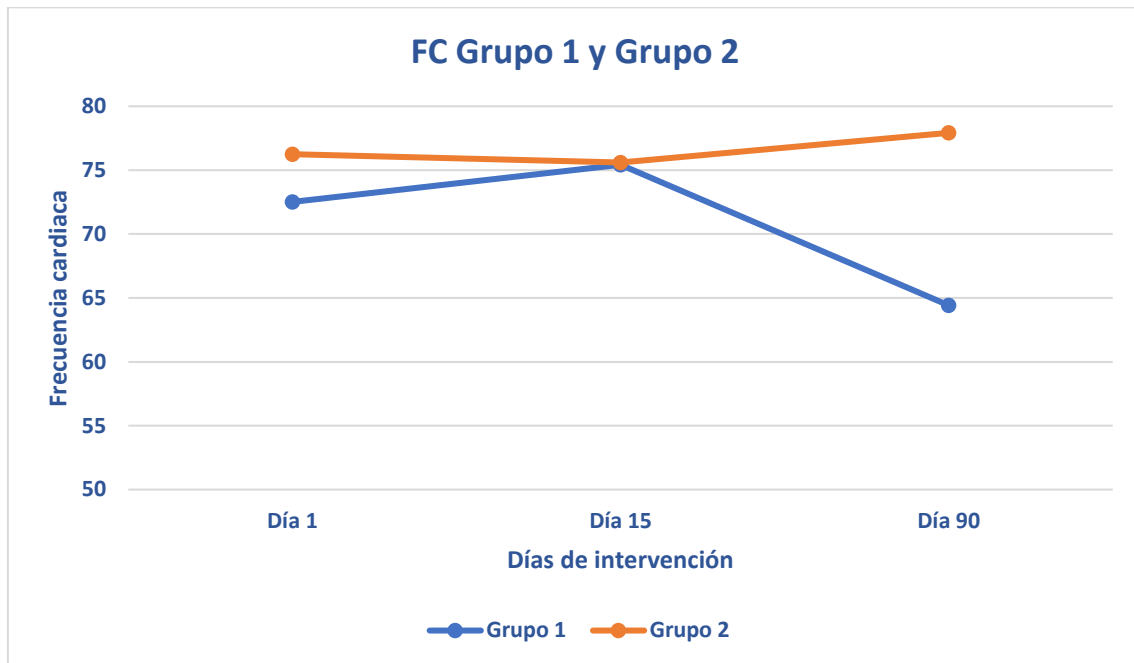


Figura 22

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en frecuencia respiratoria

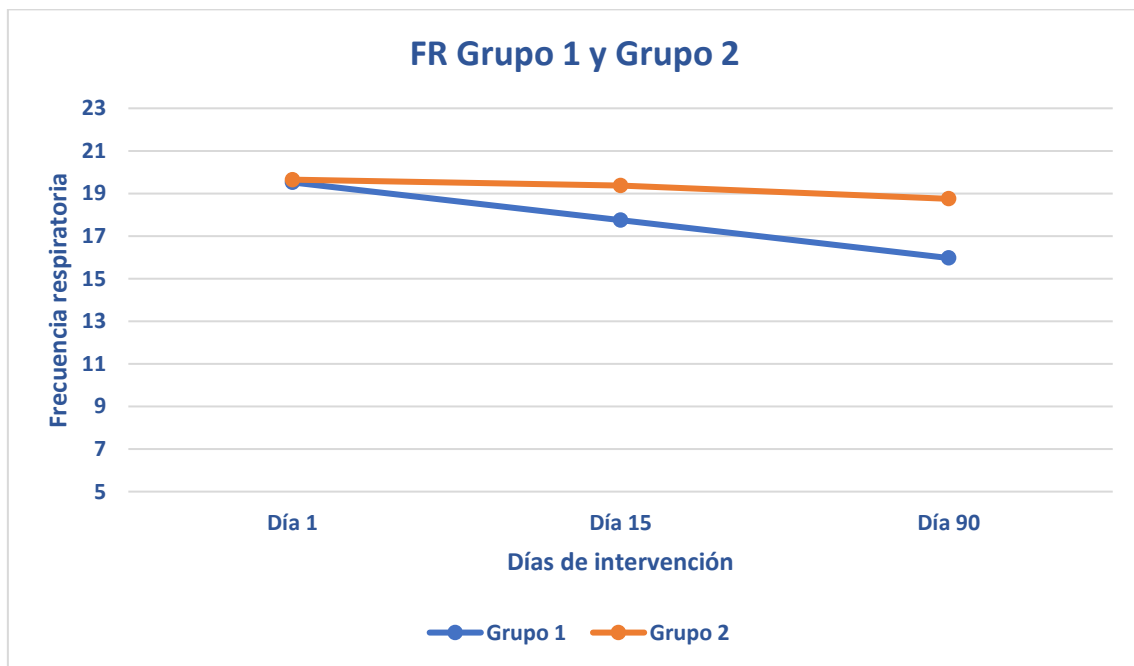


Figura 23

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 en presión arterial sistólica

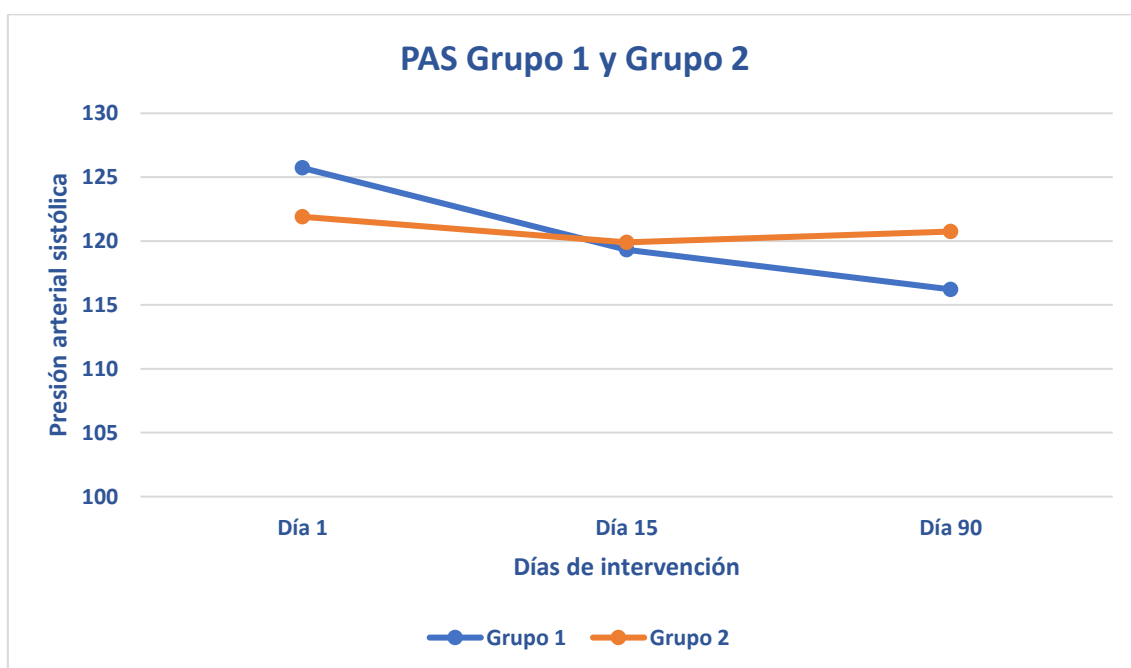


Figura 24

Medias Grupo 1 y del Grupo 2 en presión arterial diastólica

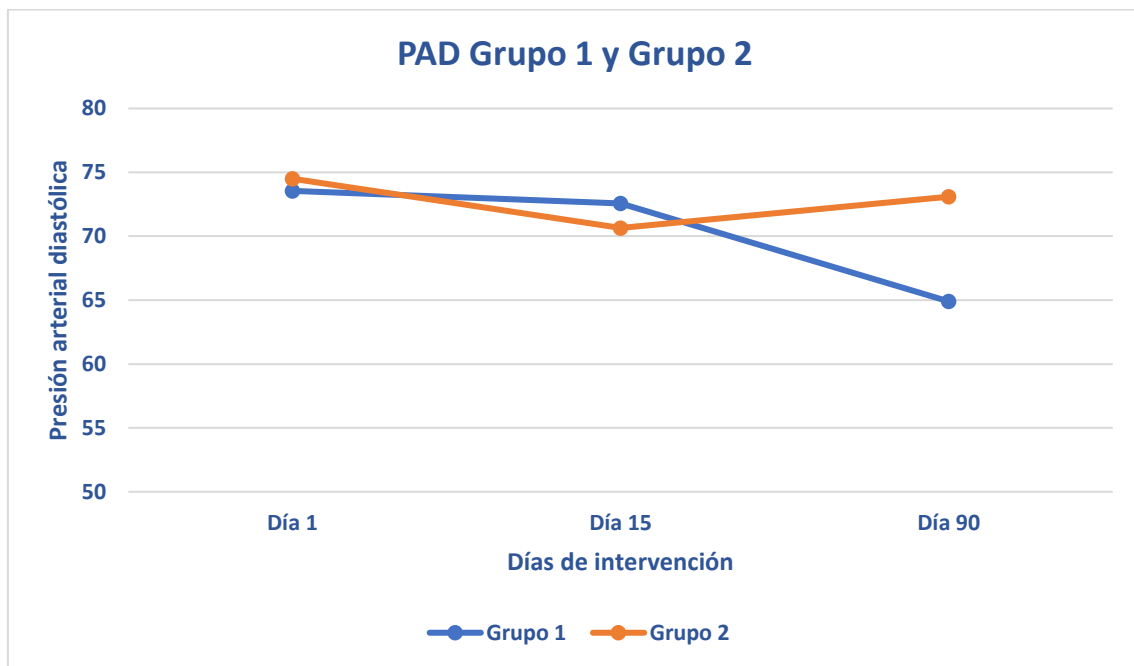


Tabla 10

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FC 1	Inter-grupos	2600,267	2	1300,133	8,107	,001
	Intra-grupos	18763,525	117	160,372		
	Total	21363,792	119			
FC 2	Inter-grupos	115,117	2	57,558	,221	,802
	Intra-grupos	30469,875	117	260,426		
	Total	30584,992	119			
FR 1	Inter-grupos	252,050	2	126,025	9,711	,000
	Intra-grupos	1518,450	117	12,978		
	Total	1770,500	119			
FR 2	Inter-grupos	17,017	2	8,508	,608	,546
	Intra-grupos	1637,975	117	14,000		
	Total	1654,992	119			
PAS 1	Inter-grupos	1877,600	2	938,800	4,692	,011
	Intra-grupos	23407,725	117	200,066		
	Total	25285,325	119			
PAD 1	Inter-grupos	1795,717	2	897,858	6,929	,001
	Intra-grupos	15161,275	117	129,584		
	Total	16956,992	119			
PAS 2	Inter-grupos	80,600	2	40,300	,153	,858
	Intra-grupos	30796,700	117	263,220		
	Total	30877,300	119			
PAD 2	Inter-grupos	303,800	2	151,900	,945	,392
	Intra-grupos	18800,700	117	160,690		
	Total	19104,500	119			

Nota. Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1 Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2

$p < 0,05$.

Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala Cervantes, en la cual hemos estudiado la valoración global de dicha escala y la específica referida a uno de sus dominios, concretamente el dominio psíquico, donde una menor puntuación establece una mejor calidad de vida en la perimenopausia, hemos calculado los valores medios de puntuación, tanto para el Grupo 1 como para el Grupo 2 en la primera y segunda fase de este estudio. Analizando estos datos podemos observar cómo las medias para una valoración global de la calidad de vida del grupo control no experimentan variaciones (ver Tabla 11), sin embargo, en el grupo experimental sí disminuyen los valores medios estudiados de la fase 1 a la fase 2 del experimento, indicándonos por tanto un incremento en la calidad de vida de estas mujeres (Figura 25).

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar la Escala Cervantes de la Menopausia, para el dominio psíquico, podemos constatar, al igual que con la valoración global de la calidad de vida en la perimenopausia de la EC, que las medias del grupo control no experimentan variaciones importantes (ver Tabla 12), sin embargo, en el grupo experimental sí disminuyen los valores medios estudiados de la fase 1 a la fase 2 del experimento, indicándonos en consecuencia una reducción de los síntomas psicológicos, entendido como una disminución de los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad, entre otros. (ver Figuras 26).

Para constatar que el tratamiento conjunto aplicado ha sido efectivo, hemos calculado el valor del tamaño del efecto (r), éste nos indica el grado de relación

entre dos variables (calidad de vida y tratamiento aplicado en el caso de la valoración global). Tras el cálculo de la *d* de Cohen hemos obtenido para una *d*= 2.9438758 un efecto del tamaño *r*= 0.8271662, en cuanto a valoración global de la EC, lo cual nos indica que ha habido un cambio importante en la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas del Grupo 1 después de practicar la técnica de mindfulness y la psicología positiva diariamente durante tres meses.

Con respecto al tamaño del efecto (*r*) y la *d* de Cohen para el dominio psíquico (comparando síntomas psicológicos y tratamiento), los resultados obtenidos muestran una *d* = 2.461185 un efecto del tamaño *r* = 0.7760696, estos datos nos permiten afirmar una importante mejoría de los síntomas psíquicos de las mujeres del grupo experimental relacionado con la práctica continuada del mindfulness y de la psicología positiva.

Tabla 11

Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
EC1 1	40	68,3750	10,17964	1,60954	65,1194	71,6306	50,00	92,00
DIA	40	38,0250	10,43782	1,65036	34,6868	41,3632	25,00	75,00
DIAS	40	38,0250	10,43782	1,65036	34,6868	41,3632	25,00	75,00
Total	80	53,2000	18,38849	2,05590	49,1078	57,2922	25,00	92,00
EC2 1	40	68,5000	10,48320	1,65754	65,1473	71,8527	51,00	91,00
DIA	40	71,7000	9,65879	1,52719	68,6110	74,7890	55,00	92,00
DIAS	40	71,7000	9,65879	1,52719	68,6110	74,7890	55,00	92,00
Total	80	70,1000	10,14403	1,13414	67,8426	72,3574	51,00	92,00

Nota. Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Figura 25

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 para la valoración global en la Escala Cervantes

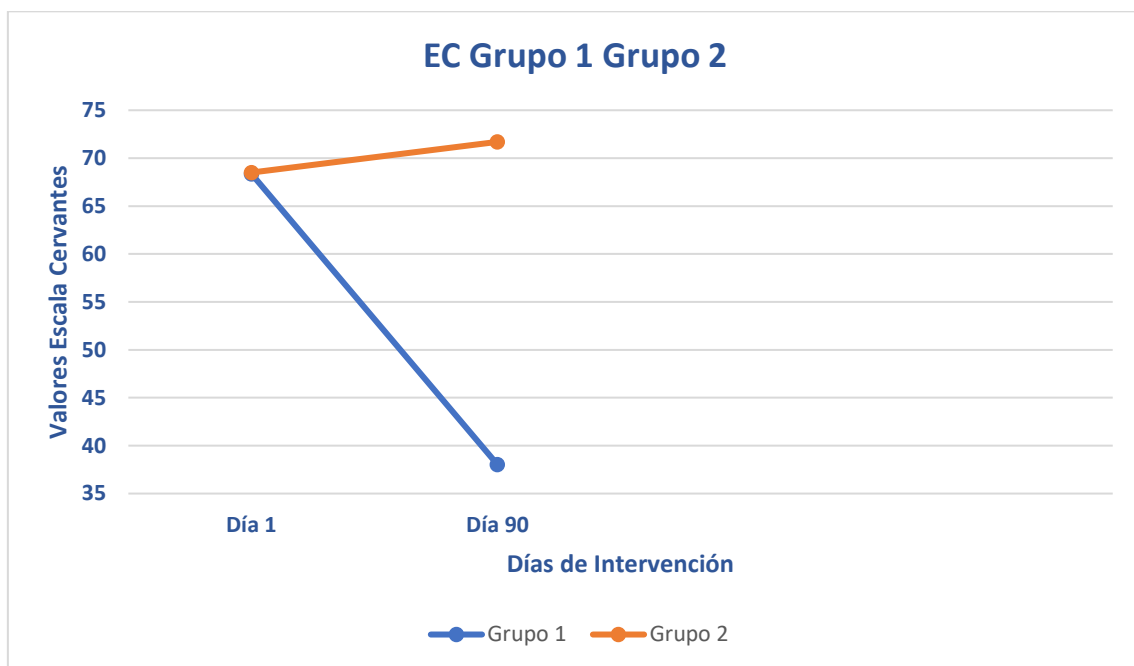


Tabla 12

Estadísticos descriptivos para el dominio psíquico de los grupos experimental y control en la Escala Cervantes

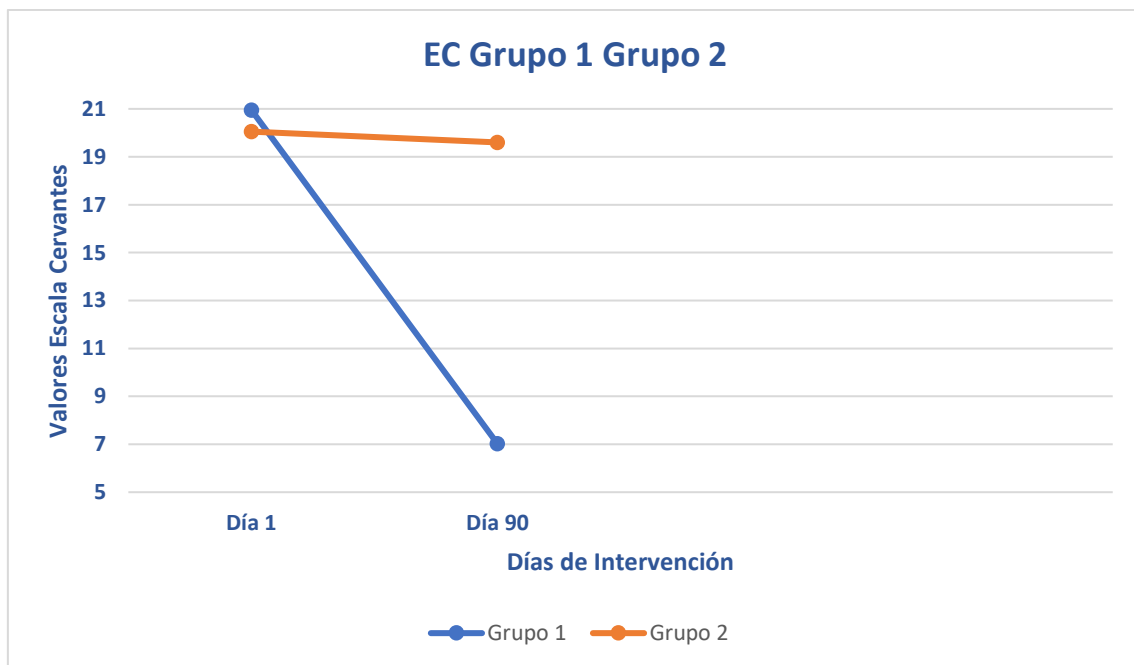
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EC1	1	40	20,9500	7,74580	1,22472	18,4728	23,4272	10,00	40,00
	DIA	40	7,0250	2,00624	,31721	6,3834	7,6666	3,00	12,00
	90 DIAS	40	7,0250	2,00624	,31721	6,3834	7,6666	3,00	12,00
	Total	80	13,9875	8,98310	1,00434	11,9884	15,9866	3,00	40,00
EC2	1	40	20,0500	8,12388	1,28450	17,4519	22,6481	5,00	39,00
	DIA	40	19,6000	7,41032	1,17167	17,2301	21,9699	5,00	34,00
	90 DIAS	40	19,6000	7,41032	1,17167	17,2301	21,9699	5,00	34,00
	Total	80	19,8250	7,72924	,86416	18,1049	21,5451	5,00	39,00

Nota. Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Figura 26

Medias del Grupo 1 y del Grupo 2 para el dominio psíquico en la Escala

Cervantes



Discusión

A la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar, que la aplicación de un programa combinado basado en *mindfulness* y psicología positiva en la población femenina perimenopáusica de nuestro estudio, resulta ser más efectivo que la aplicación de cada uno de los tratamientos por separado, en la reducción de la actividad emocional, objetivando un aumento en la calidad de vida de estas mujeres al mantener el tratamiento durante 90 días.

La disminución de los valores medios de FC, FR, PAS y PAD, variables muy sensibles a los cambios emocionales, nos indican que este tratamiento aplicado durante tres meses es efectivo para la reducción de la sintomatología psicológica. Hemos podido constatar como dichas variables experimentan una disminución de sus valores a medida que se aumenta la práctica con psicología positiva y *mindfulness* de forma conjunta, así pues, a lo largo del experimento solo los datos finales (a los 90 días de la intervención), han arrojado resultados positivos con respecto a una mejoría en la calidad de vida de las participantes en el grupo experimental, lo cual nos indica que la práctica continuada de dicha actividad es un factor indicativo de mejoría sintomatológica y aumento de la calidad de vida en la perimenopausia.

Tras analizar los resultados de la Escala Cervantes en la perimenopausia, los datos comparados entre las fases 1 y 2 del experimento, tanto en cuanto a la valoración global de la calidad de vida, como la específica del dominio psíquico de dicha escala, indican una disminución de los síntomas psicológicos, además, de una mejoría importante de la calidad de vida global de las participantes del Grupo 1 a tenor de los resultados obtenidos en la segunda fase. Sin embargo, en el Grupo 2 no se han producido variaciones en la sintomatología psicológica, ni tampoco, mejoría en la calidad de vida de estas mujeres, al comparar los resultados de ambas fases experimentales.

Por todo lo anterior podemos decir, que la aplicación continuada del *mindfulness* y la psicología positiva, al menos durante 90 días, evidencia una disminución de la activación emocional, un decremento de los síntomas psicológicos y un incremento significativo en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

Al igual que en los experimentos anteriores, y en base a los resultados obtenidos en este experimento sería conveniente, realizar nuevas intervenciones en las cuales la muestra de las participantes fuese más amplia y el tratamiento aplicado se mantuviese durante más tiempo, con objeto de verificar si persisten y mejoran los resultados aquí obtenidos.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES

Como hemos podido comprobar a lo largo del desarrollo de esta tesis doctoral, la perimenopausia, es una etapa de la menopausia que aunque sea natural y fisiológica, constituye, en muchos casos un periodo en la vida de la mujer donde aparecen una serie de síntomas muy molestos, que van a deteriorar, en cierta manera, la salud física y psicológica de estas mujeres, afectando a todas las esferas de su vida, tanto en el ámbito personal, como en el familiar, laboral o social.

En los distintos experimentos realizados a lo largo de esta tesis, se ha demostrado que tanto, la práctica de *mindfulness*, como la práctica de la psicología positiva, o la técnica combinada de ambas, han mejorado la calidad de vida de las mujeres en esta etapa de transición a la menopausia.

En el primer experimento hemos podido constatar, que los resultados han sido estadísticamente significativos para todas las variables psicofisiológicas estudiadas FC, FR, PAS y PAD del grupo experimental, a los tres meses de practica continuada con la técnica de MBSR modificado. Esto viene refrendado, tanto por los resultados descriptivos obtenidos (ver Tabla 1), como por los del ANOVA correspondiente, donde para una $p < 0,05$, obtenemos valores de $F = 3,999$ y $p = 0,000$ para FC; $F = 47,269$ y $p = 0,000$ para FR; $F = 23,500$ y $p = 0,000$ para PAS y $F = 37,694$ y $p = 0,000$ para PAD (ver Tabla 2).

Al igual que en el primer experimento, en el segundo, donde aplicamos el programa basado en psicología positiva, también obtenemos resultados que confirman nuestra hipótesis inicial, donde se esperaba una disminución de la actividad psicofisiológica y una mejora sustancial de la calidad de vida de las participantes del Grupo 1, tanto en la valoración global de la EC, como en la subescala del dominio psíquico, tras la práctica continuada de la psicología positiva durante tres meses (ver Tablas 7 y 8).

Respecto de los resultados obtenidos en este segundo experimento para la media y desviación típica de FC, FR, PAS y PAD del Grupo1 (ver Tabla 5), así como para el ANOVA, estos fueron significativos para todas las variables dependientes, excepto para la PAS, donde para una $p < 0,05$, obtenemos valores de $F = 6,092$ y $p = 0,003$ para FC; $F = 6,830$ y $p = 0,002$ para FR; $F = 1,115$ y $p = 0,331$ para PAS y $F = 5,265$ y $p = 0,006$ para PAD (ver Tabla 6).

A la vista de los resultados positivos obtenidos en los experimentos anteriores, mejores incluso, en el primero que en el segundo, se decidió, como ya hemos podido ver a lo largo de la tesis, realizar un tercero, introduciendo dos cambios sustanciales en el mismo con respecto a los dos primeros. Uno fue aplicar un programa combinado basado en MBSR modificado y psicología positiva; el otro cambio consistió en reducir los tiempos de entrenamiento en la fase 1 del tercer experimento y también en la práctica continuada de la fase 2 de dicho tercer experimento.

Los resultados tanto de los estadísticos descriptivos (FC, FR, PAS y PAD), como de la Escala Cervantes del experimento confirman, respectivamente, una disminución de la actividad psicofisiológica y un incremento de la calidad de vida global y psicológica en las mujeres del grupo experimental (ver Tablas 9, 11 y 12).

Los resultados del ANOVA en el Grupo 1 del tercer experimento, fueron significativos estadísticamente para todas las variables dependientes (FC, FR, PAS y PAD), obteniéndose mejores resultados que en los experimentos primero y segundo a pesar de haberse reducido el tiempo de práctica del programa combinado en *mindfulness* y psicología positiva, donde para una $p < 0,05$ obtenemos valores de $F = 8,107$ y $p = 0,001$ para FC; $F = 9,711$ y $p = 0,000$ para FR; $F = 4,692$ y $p = 0,011$ para PAS y $F = 6,929$ y $p = 0,001$ para PAD (ver Tabla 10).

Estadísticamente podemos concluir que tanto los resultados descriptivos (media y desviación típica), obtenidos para las variables psicofisiológicas estudiadas en los tres experimentos, FC, FR, PAS y PAD, los del ANOVA de cada uno de los mismos, los de la *d* de Cohen y los resultados globales y psicológicos de la Escala Cervantes, confirman contundentemente la eficacia de las distintas técnicas aplicadas: MBSR modificado, psicología positiva y el combinado de ambas técnicas; pero es el programa combinado aplicado en el tercer experimento el que ha mejorado más la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

Por todo lo anterior podemos decir, que la aplicación continuada de MBSR modificado, psicología positiva y ambas conjuntamente al menos durante 90 días, evidencia una disminución de la activación emocional, un decremento de los síntomas psicológicos y un incremento significativo en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

A la vista de los resultados obtenidos en los tres experimentos sería muy interesante, realizar nuevas intervenciones en las cuales la muestra de las participantes fuese más amplia y la aplicación de los distintos tratamientos se mantuviese durante más tiempo con objeto de verificar si persisten, e incluso, se mejoran los resultados aquí obtenidos.

En relación con el último experimento realizado, sería muy útil realizar nuevos estudios reduciendo aún más los tiempos de aplicación del programa combinado, con objeto de constatar si, también se obtienen resultados positivos.

Con objeto de mejorar la calidad de vida de la mujer, sería muy interesante aplicar los programas utilizados en los tres experimentos que hemos realizado, en otras etapas de la vida reproductiva de la mujer, como por ejemplo, en mujeres jóvenes que sufran síndrome premenstrual (SPM), en la propia menopausia y en la postmenopausia.

BIBLIOGRAFIA

Aguilar Oropeza, Y. M., Martos Vigo, G. L., Quiroz Benavides, Y. D., Ramos Flores, M. A., y Sanchez Gonzalez, A. D. P. (s. f.). *Estudio bibliográfico sobre mindfulness en estudiantes universitarios de la base de datos Scielo y Redalyc entre los años 2010-2020.*

Aguilar-Aguilar, E. (2020). Desórdenes menstruales: Lo que sabemos de la terapia dietética-nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 37(SPE2), 52–56.

Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghighi, M., Jahangard, L., Bahmani, D. S., ... & Brand, S. (2017). Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry research*, 257, 87-94.

Alaguraja, K., & Yoga, P. (2019). Mindfulness meditation on stress among working men. *International Journal of Physiology, Sports and Physical Education*, 1(1), 09–11.

Alonso Remacha, C., y Bustamante, J. C. (s. f.). *La influencia de Mindfulness sobre la satisfacción del profesorado como constructo psicológico.*

Alvarado-García, A., Hernández-Quijano, T., Hernández-Valencia, M., Negrín-Pérez, M. C., Ríos-Castillo, B., Valencia-Pérez, G. U., y Antonia, M. (2015). Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc*, 53(2), 214–25.

Alvarado-García, A., Hernández-Quijano, T., Hernández-Valencia, M., Negrín-Pérez, M. C., Ríos-Castillo, B., Valencia-Pérez, G. U., Vital-Reyes, V. S., Basavilvazo-

Rodríguez, M. A., del Pilar Torres-Arreola, L., y Ortiz-Luna, G. F. (2015). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 214–225.

Álvarez, M. E. P. (2016). Perimenopausia. Episodio Importante de la Vida Femenina. *DE NUESTRA HEMEROTECA*, 85(705), 30–37.

Álvarez-García, E., y Labandeira, A. (2010). Estudio bioquímico de la menopausia y la perimenopausia. *Cont. Lab. Clín.(SEQC)*, 13, 76–93.

Anandkumar, S., Manivasagam, M., Kee, V. T. S., & Meyding-Lamade, U. (2018). Effect of physical therapy management of nonspecific low back pain with exercise addiction behaviors: A case series. *Physiotherapy theory and practice*, 34(4), 316–328.

Aparicio Ruiz, M. (2020). *Diseño de un programa de intervención para el Trastorno de la Personalidad Límite basado en las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación.*

Aparicio Suárez, S., y Vidal Sánchez, M. I. (s. f.). *Plan de intervención desde terapia ocupacional basado en la práctica de mindfulness a través de la comprensión del sufrimiento psíquico.*

Asuero, A. M., Blanco, T. R., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., y Queraltó, J. M. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521–528.

- Auserón, G. A., Viscarret, M. R. E., Goñi, C. F., Rubio, V. G., y Pascual, P. P. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención primaria*, 50(3), 141–150.
- Avis, N. E., Brambilla, D., McKinlay, S. M., & Vass, K. (1994). A longitudinal analysis of the association between menopause and depression Results from the Massachusetts women's health study. *Annals of Epidemiology*, 4(3), 214–220.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191–206.
- Baldán, M. G. (2020). Un programa de intervención en psicología positiva para aumentar el bienestar de los docentes. *Les ciències humanes i socials. Perspectives emergents per als reptes de les societats multiculturals*, 147–158.
- Bartolome Albistegui, M. T., Conde Guzón, P. A., Grzib Scklosky, G., y Quirós Expósito, P. (2003). Hipertensión, reactividad cardiovascular ante el estrés y sensibilidad al dolor.
- Bellosta-Batalla, M., Cebolla, A., Pérez-Blasco, J., y Moya-Albiol, L. (2019). La empatía en el ejercicio y formación de los psicólogos clínicos y sanitarios, y su relación con mindfulness y compasión. *Beneficios de una intervención basada*

en mindfulness y compasión en la formación de los psicólogos clínicos y sanitarios, 45.

Benini, F. (2020). Estudio transversal sobre la vivencia de los cambios físicos en la vejez. *Universitat Internacional de Catalunya*.

Bermejo-Martins, E. (2020). *Estrategias de afrontamiento*. Universidad de Navarra. Facultad de Enfermería.

Bertolín Guillén, J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): Actualización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 289–307.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., & Velting, D. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230–241.

Bocchino Castro, S. S. (2006). Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio: Trastornos depresivos y cognitivos. Aspectos clínicos y terapéuticos. *Rev. psiquiatr. Urug*, 66–79.

Borrego, R. S. (2001). *Perimenopausia: El climaterio desde su inicio*. Schering.

Brambilla, D. J., Mckinlay, S. M., & Johannes, C. B. (1994). Defining the perimenopause for application in epidemiologic investigations. *American journal of epidemiology*, 140(12), 1091–1095.

- Brezuleanu, I. A. (s. f.). *Programa de salud basado en el mindfulness orientado a mejorar el manejo del estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de personas mayores desde atención primaria.*
- Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (2015a). *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice.* Guilford Publications.
- Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (2015b). *Introduction: The evolution of mindfulness science.*
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 242–248.
- Carballido, C. P., & Cabanach, R. G. (2019). El impacto de un programa de meditación Mindfulness sobre las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Health Research*, 5(1), 51-61.
- Cabañas Cedillo, A., Romero Carrero, N., y Sánchez Pérez, M. (2017). Efectividad de la práctica mindfulness en la disminución de la ansiedad. *Metas enfermería*, 49-53.

- Cancino Ramírez, B. C. (2020). *Beneficios de la actividad física en la mujer climatérica.*
- Cardaciotto, L. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance.*
- Cárdenas-Hernández, A. (2019). *Efectos de un programa de Mindfulness sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida en personas con trastorno mental grave* [Master's Thesis].
- Carmody, J. (2020). Evolutionary Psychology and Mindfulness and Meditation: Easing the Anxiety of Being Human. *The Sage Handbook of Evolutionary Psychology: Applications of Evolutionary Psychology*, 94.
- Carlson, L. E., Speca, M., Farris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 1038-1049.
- Carranza-Lira, S., & Palacios-Ramírez, M. (2019). Depression frequency in premenopausal and postmenopausal women. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(6), 533–536.
- Carrillo Rodríguez, C., y Cepeda Pérez, J. J. (2019). *Las emociones positivas en salud física y mental: Una revisión bibliográfica 2013-2018.* [B.S. thesis]. Universidad El Bosque.

- Casado Morales, M. I. (2002). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos* [PhD Thesis]. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Cebolla, A., García-Campayo, J., & Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia: De la tradición a la modernidad*. Alianza Madrid.
- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* New York. NY: Academic.
- Conde-Guzón, P. A., Bartolome-Albistegui, M. T., Quiros-Exposito, P., & Grzib-Schlosky, G. (2003). Hypertension, cardiovascular reactivity to stress and sensibility to pain. *Revista de neurologia*, 37(6), 586-595.
- Conde Pastor, M., & Estrada, J. D. (2012). Flexibilidad psicológica. Herramientas para una vida plena. <https://canal.uned.es/trackfile/5a6f270bb1111f0f4e8b4b49.mp4>
- Conde Pastor, M., y Menéndez Balaña, F. J. (2000). Estudio experimental sobre el parámetro de frecuencia respiratoria más adecuado para conseguir disminuciones en la activación psicofisiológica. *Ansiedad estrés*, 153–167.
- Conde, M., Menéndez, F. J., Sanz, M. T., & Abad, E. V. (2008). The influence of respiration on biofeedback techniques. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(1), 49–54.

- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68, 491–516.
- Csikszentmihalyi, M., & Seligman, M. E. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Cuadra, H., y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), pág–83.
- Cuadrado-Montañez, L. (2020). *Mindfulness para prevenir el estrés en la transición de la etapa Infantil a Primaria*.
- Czar, A., Kapelmayer, M., Kelmanowicz, V., Esteves, S., y Lozada, M. (2019). *Intervenciones basadas en gratitud y optimismo reducen las interacciones sociales negativas en niños*.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564–570.
- Delgado, M. P., Rodríguez, J. M., Sánchez, M. M., & Gutiérrez, R. B. (2012). Conociendo mindfulness [Knowing mindfulness]. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29–46.

- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore*, 5(5), 265–271.
- Domínguez-Herrera, A. I. (2020). *Programa de Intervención en Mindfulness para la reducción del pensamiento rumiativo en adolescentes y la prevención del desarrollo de trastornos relacionados*.
- Dumont, A., Bendris, N., Dewailly, D., Letombe, B., & Robin, G. (2017). Perimenopausia. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 53(4), 1–15.
- Eisendrath, S. J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 77(5), 319.
- Estrada Ruiz, J. D., Menéndez Balaña, F. J., & Conde Pastor, M. (2001). Reactividad psicofisiológica en deportistas y no deportistas y su modificación a través del biofeedback. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4.
- Fernández-Abascal, E.G. (2016). *Disfrutar de las emociones positivas: Psicología*. Editorial Grupo 5.
- Fernández-Abascal, E. G., y Díaz, M. D. M. (2010). Estrés positivo y afecto positivo. *Atrapados por el estrés*.

- Fernández-Abascal, E. G., Díaz, M., Martín, D., y Sánchez, F. J. D. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*.
- Fernández-Abascal, E.G. (2009). Emociones positivas, psicología afectiva y bienestar. *Emociones positivas*, 27–46.
- Fernández-Abascal, E. G., y Alvaro, A. R. (2011). Evaluación psicofisiológica. *Técnicas de modificación de conducta*, 139–176.
- Fernández-Abascal, E. G., y Martínez-Sánchez, F. (1998). La reactividad fisiológica al estrés. *Ansiedad y estrés*, 4(2), 111–118.
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., y Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E. G., y Tobal, J. J. M. (1979). Medidas de respiración en diferentes técnicas de relajación. *Informes del departamento de Psicología General*, 2(5), 127–142.
- Flores Ramos, M. y Martínez Mota, L. (2012). Perimenopausia y trastornos afectivos: Aspectos básicos y clínicos. *Salud mental*, 35(3), 231–239.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and

compassion in primary care clinicians: A pilot study. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 412–420.

Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2013). " Positive affect and the complex dynamics of human flourishing": Correction to Fredrickson and Losada (2005).

García, M. D. M., Fuentes, N. I. G. A. L., van Barneveld, J. O., Espinosa, A. D., y Rubio, M. O. (2012). Factores psicosociales predictores de la satisfacción con la vida en la perimenopausia y posmenopausia. *Aquichan*, 12(3), 298–307.

García-Portilla, M. P. (2009). Depresión y perimenopausia: Una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4).

García-Rodríguez, B., & Ferreruela, M. L. (2020). *Los beneficios de las emociones positivas en el bienestar y la salud*.

<http://contenidosdigitales.uned.es/fez/view/intecca:GICCU-5ecb81e27b0f284e740e84af>

García-Rodríguez, B., Ellgring, H., & Gómez Candela, C. (2010). Atención selectiva emocional en mujeres con obesidad y normopesas. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 227-236.

Germer, C. K. (2017). *El poder del mindfulness*. Ediciones Paidós.

Gillham, J. E., & Seligman, M. E. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology. *Behaviour research and therapy*, 37(1), S163.

González-Panzano, M., Borao, L., Herrera-Mercadal, P., Campos, D., López-del-Hoyo, Y., Morillo, H., y García-Campayo, J. (2019). Habilidades de mindfulness y cognición social en la predicción de la sintomatología afectiva en la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo y participantes no clínicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 57*(1), 35–43.

Hanh, N., & Martí, N. (2007). *El milagro de mindfulness* (Vol. 11). Oniro.

Hanstede, M., Gidron, Y., & Nyklícek, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(10), 776–779.

Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Terapia de aceptación y compromiso: Comprensión y tratamiento del sufrimiento humano*. Nueva York: Guilford.

Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (1999). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un enfoque experiencial para el cambio de comportamiento*. Nueva York: Guilford.

Herbert, J., Cardaciotto, L., Orsillo, S., & Roemer, L. (2005). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and treatment*.

- Herbert, J. D., & Cardaciotto, L. A. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. En *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety* (pp. 189–212). Springer.
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115–124.
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., ... & Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(8), 786-792.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of behavioral medicine*, 33(1), 11–21.
- Jalali Farahani, M., Jadidi, M., & Mirzaian, B. (s. f.). Comparison of the effectiveness of Emotional Regulation training and Acceptance and Commitment therapy on Cognitive Fusion, Mindfulness, Emotional Regulation in obese women. *Advances in Cognitive Science*, 0–0.
- Janjetic, M., Oliva, M. L., Kopyto, J. T. M., Page, M. A., Palacios, G. L., Ramírez, F. B., y Elena Torresani, M. (2020). Calidad de vida y su relación con la percepción

de estrés y el perfil antropométrico en mujeres adultas. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 217–223.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness* (New York: Delacorte, 1990); J. Kabat-Zinn, "Mindfulness Meditation: What It is, What It Isn't, and Its Role in Health Care and Medicine," in *Comparative and Psychological Study on meditation*, edited by IY Haruky and M. Suzuki eds. (Amsterdam, Netherlands: Eburon, 1996), 161–170.

Kabat-Zinn, Jon. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33–47.

Kabat-Zinn, Jon. (2003a). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144–156.

Kabat-Zinn, Jon. (2003b). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.

Kabat-Zinn, Jon. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana*. Paidós.

Kabat-Zinn, Jon. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós.

Kemper, K. J., McClafferty, H., Wilson, P. M., Serwint, J. R., Batra, M., Mahan, J. D., Schubert, C. J., Staples, B. B., Schwartz, A., & Consortium, P. R. B.-R. S. (2019).

Do mindfulness and self-compassion predict burnout in pediatric residents?
Academic Medicine, 94(6), 876–884.

Komagata, N., & Komagata, S. (2010). Mindfulness and flow experience. *Acedido a*,
12.

Landolfi, L. R. (2007). *A Modification of Dialectical Behavior Therapy for Patients with
Neuro-psychiatric Syndromes*. ProQuest.

Leinhardt, G., Stainton, C., Virji, S. M., & Odoroff, E. (1994). Learning to reason in
history: Mindlessness to mindfulness. *Cognitive and instructional processes in
history and the social sciences*, 131–158.

Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline
personality disorder: Implications for the treatment of substance abuse. *NIDA
research monograph*, 137, 201–201.

Linley, P. A. (2008). *Average to A. Realising strengths in yourself and others*.

López, M. L. (2020). *Mindfulness y procesos atencionales*.

Losada, A. V., y Lacasta, M. (2019). Sentido del Humor y sus Beneficios en Salud.
Calidad de Vida y Salud, 12(1), 2–22.

Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S.,
Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S., & Schweizer, E. (1999). The researcher's
own therapy allegiances: A “wild card” in comparisons of treatment efficacy.
Clinical Psychology: Science and Practice, 6(1), 95–106.

- Ma, Y., Wang, F., & Cheng, X. (2020). Kindergarten Teachers' Mindfulness in Teaching and Burnout: The Mediating Role of Emotional Labor. *Mindfulness*, 1–8.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50, 13–29.
- Martín-Díaz, M. D., Fernández-Abascal, E. G., y Cantero, F. P. (1998). Reactividad cardiovascular, principios y características. *Ansiedad y estrés*, 4(2), 195–206.
- Martínez Garduño, M. D., González-Arratia López-Fuentes, N. I., Oudhof van Barneveld, H., y Domínguez Espinosa, A. del C. (2012). Satisfacción con la vida asociada al apoyo familiar en la perimenopausia y posmenopausia. *Salud mental*, 35(2), 91–98.
- Matías, P. R. (2020). *Entrenamiento en MF y NF: Efecto sobre variables psicológicas y actividad eléctrica cerebral en alpha: un modelo de ecuaciones estructurales y un estudio experimental* [PhD Thesis]. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Michaels, R. R., Parra, J., McCann, D. S., & Vander, A. J. (1979). Renin, cortisol, and aldosterone during transcendental meditation. *Psychosomatic Medicine*.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 31–76.

- Miró, M. T., y Vicente, S. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Moñivas, A., García-Diex, G., y García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): Concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83–89.
- Moscoso, M. S. (2018). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción? *Revista Mexicana de investigación en psicología*, 10(2), 101–121.
- Moscoso, M. S. (2019). Hacia una integración de mindfulness e inteligencia emocional en psicología y educación. *Liberabit*, 25(1), 107–117.
- Norton, A. R., Abbott, M. J., Norberg, M. M., & Hunt, C. (2015). A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 71(4), 283–301.
- Núñez Pujadas, J. (2020). *Mindfulness en el deporte: Una revisión narrativa de las principales técnicas, efectos y aplicaciones sobre los deportistas profesionales*.
- Nyklíček, I., & Kuijpers, K. F. (2008). 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*, 35(3), 331–340.
- Oblitas Guadalupe, L. A., Soto Vásquez, D. E., Anicama Gómez, J. C., y Arana Sánchez, A. A. (2019). Incidencia del mindfulness en el estrés académico en

- estudiantes universitarios: Un estudio controlado. *Terapia psicológica*, 37(2), 116–128.
- Ong, J. C., Shapiro, S. L., & Manber, R. (2009). Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: A naturalistic 12-month follow-up. *Explore*, 5(1), 30–36.
- Padró Suárez, L., & Pelegrín Martínez, A. Á. (2011). Perimenopausia y riesgo cardiovascular. *Medisan*, 15(10), 1485–1492.
- Palacios, A. G. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *PSIC O TERAPIA*, 17(66/67), 121.
- Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J., Parrilla, J. J., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., y Martí, A. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina clínica*, 122(6), 205–211.
- Pareja, M. Á. V. (2006). Atención plena. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 231–254.
- Pareja, M. Á. V. (2011). Mindfulness o atención plena: De la meditación y la relajación a la terapia. *Técnicas de modificación de conducta*, 225–242.
- Park, N., Peterson, C., y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11–19.

- Pastor, M. C., Balaña, F. J. M., & De La Llave, A. L. (2000). Estabilización de la actividad electrodermal y ciertos parámetros respiratorios. *Psicothema*, 12(3), 426–434.
- Paul, N. A., Stanton, S. J., Greeson, J. M., Smoski, M. J., & Wang, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1), 56-64.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 77–120.
- Pérez, M. L. C. (2020). Mindfulness para profesionales sanitarios. *Parainfo Digital*, einves05t–einves05t.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6(1), 25–41.
- Pinazo, D., García-Prieto, L. T., y García-Castellar, R. (2020). Implementación de un programa basado en mindfulness para la reducción de la agresividad en el aula. *Revista de Psicodidáctica*, 25(1), 30–35.
- Pizarro Poblete, C., y Espinoza Soto, A. (2020). *Tratamientos Basados en Mindfulness en la Población Infanto-Juvenil con Sintomatología Ansiosa. Una Revisión Sistemática.*

- Privat, J. J. (2020). *Being Together: The Role of Mindfulness in Couples Therapy* [PhD Thesis]. The Chicago School of Professional Psychology.
- Ramírez, P., y Denisse, N. (2019). *Resiliencia en situaciones de desastre y aplicación de primeros auxilios psicológicos*.
- Ramos, M. F., y Uribe, M. O. (2008). Hormonas gonadales y depresión en la perimenopausia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(2), 236–246.
- Ramos, N. S., Hernández, S. M., y Blanca, M. J. (2009). Hacia un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional. *Ansiedad y estrés*, 15(2-3), 207–216.
- Reibel, D., & McCown, D. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction. *Handbook of Mindfulness-Based Programmes: Mindfulness Interventions from Education to Health and Therapy*.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Schiavon, C. C. (2015). Research in positive psychology: A systematic literature review. *Psico-USF*, 20(2), 275–285.
- Rivera Martínez, F. (2013). *Efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas*.
- Rodríguez Durán, C. A., y Moreno Coutiño, A. B. (s. f.). Evaluación de dos tratamientos psicológicos para mujeres embarazadas con sintomatología ansiosa. *Revista Psicología y Salud*, 31(1).

- Rojas, M., y Salvadó, S. (2018). *Técnicas que utiliza la gestión de Recursos Humanos para reducir el estrés y mejorar el ambiente laboral* [PhD Thesis]. Universidad Argentina de la Empresa.
- Ruiz Vozmediano, J. (2020). *Influencia de la dieta, ejercicio físico y mindfulness en supervivientes de cáncer de mama estadio iia-iiib.*
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Ortega-Galán, Á. M., Ibáñez-Masero, O., Rodríguez-Salvador, M. del M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2020). Mindfulness therapies on health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 127–140.
- Sala, M., Shankar Ram, S., Vanzhula, I. A., & Levinson, C. A. (2020). Mindfulness and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*.
- Sánchez, F. J. D., y Sánchez, M. P. J. (2009). Procesos cognitivos y emociones positivas. *Emociones positivas*, 333–362.
- Sánchez Gómez, J. C., y Gómez Ruiz, C. (2020). *Comprensión de los avances en la aplicación clínica del Mindfulness en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños.*
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C., y Benito, E. (2018). Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosocial Intervention*, 27(2), 81–88.

- Santiago Prada, M. L. (2018). Efectos del estrés crónico. Mindfulness como estrategia de control y prevención.
- Schrank, B., Amering, M., Hay, A. G., Weber, M., & Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: A comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 23(3), 271–279.
- Schussler, D. L., Oh, Y., Mahfouz, J., Levitan, J., Frank, J. L., Broderick, P. C., Mitra, J. L., Berrena, E., Kohler, K., & Greenberg, M. T. (2020). Stress and Well-Being: A Systematic Case Study of Adolescents' Experiences in a Mindfulness-Based Program. *Journal of Child and Family Studies*, 1–16.
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131–138.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2006a). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. *Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2006b). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Desclée de Brouwer.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2017). *MBCT. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Editorial Kairós.
- Seifer, D. B., & Naftolin, F. (1998). Moving toward an earlier and better understanding of perimenopause. *Fertility and sterility*, 69(3), 387–388.
- Seligman, M. E. (1999). Positive social science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1(3), 181.
- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2(2002), 3–12.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology [Special issue]. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Seligman, M. E., Schulman, P., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2(1), 8a.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International journal of stress management, 12*(2), 164.
- Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M., & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of psychosomatic research, 54*(1), 85–91.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology, 62*(3), 373–386.
- Sheldon, K., Frederickson, B., Rathunde, K., Csikszentmihalyi, M., & Haidt, J. (2000). Positive psychology manifesto. Retrieved April, 5, 2003.
- Shepardson, L. B., Youngner, S. J., Speroff, T., & Rosenthal, G. E. (1999). Increased risk of death in patients with do-not-resuscitate orders. *Medical care, 727–737*.
- Siegel, D. (2012). *Mindfulness y psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Siegel, D. J. (2007a). La mente en desarrollo. *Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Siegel, D. J. (2007b). Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social cognitive and affective neuroscience, 2*(4), 259–263.

- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 5–30.
- Simón, V. (2011). *Aprender a practicar Mindfulness*. Sello Editorial SL.
- Simón, V. (2013). Mindfulness y psicología: Presente y futuro. *Informació psicològica*, 100, 162–170.
- Simón, V. M. (2001). El ego, la conciencia y las emociones: Un modelo interactivo. *Psicothema*, 13(2), 205–213.
- Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American psychologist*, 55(6), 620.
- Soto, C. Á. (2020). Mindfulness de investigación psicológica positivista: Críticas y alternativas. *Psychology, Society & Education*, 1(1), 57–69.
- Speroff, L. (1999). Regulation of the menstrual cycle. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*.
- Speroff, Leon. (1999a). Amenorrhea. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*, 421–486.
- Speroff, Leon. (1999b). Postmenopausal hormone therapy. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*, 725–779.
- Speroff, Leon. (2002). Perimenopausia: Definiciones, demografía y fisiología. *Clínicas de ginecología y obstetricia: temas actuales*, 3, 407–420.

- Stahl, B., Goldstein, E., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., y Raga, D. G. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés: Una guía práctica*. Kairós Barcelona.
- Suleiman Martos, N. (2020). *Prevalencia del síndrome de burnout e identificación de factores de riesgo en el personal de enfermería de ginecología y obstetricia del Servicio Andaluz de Salud*.
- Talebi, M. (s. f.). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety, Happiness and Mindfulness in Nurses. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 29(2), 5–5.
- Tang, Y.-Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., Yu, Q., Sui, D., Rothbart, M. K., & Fan, M. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(43), 17152–17156.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396–404.
- Tarrero, Á. P., Zarcero, M. T., Muñoz-Sanjose, A., González, C. R., Vidal-Villegas, M. P., Mediavilla, R., & Vega, B. R. (2019). Compassion in the treatment for chronic pain: an ethical imperative with neurobiological effects. *Mindfulness*, 10(10), 2204-2205
- Távora, M. P. (s. f.). *Depresión y sexualidad en mujeres climatéricas*.

- Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Pap. psicol*, 92–99.
- Valverde, C. V. (2013). *Psicología positiva aplicada*. Desclée de Brouwer.
- Van Keep, P. (1983). The menopause. Part B: Psychosomatic aspects of the menopause. *Handbook of psychosomatic obstetrics and gynecology*. Amsterdam: Elsevier Biomedical.
- Van Keep, P. A. (1983). The menopause. Part B. *Psychomatic Aspects of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*.
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42–51.
- Vázquez, C. (2013). La Psicología Positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del psicólogo*.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008). Salud positiva: Del síntoma al bienestar. *Psicología positiva aplicada*, 17–39.
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar*. Alianza.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401–432.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15–28.

- Viedma del Jesús, M. I. (2008). *Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: Implicaciones clínicas*.
- Villarreal Salazar, A. del C. (2020). *Actividad física, comportamiento sedentario, condición física y calidad de vida en mujeres perimenopáusicas*. [PhD Thesis]. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of addiction medicine, 2*(3), 165.
- Zinn, J. K. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. *Hyperion*, 78–80.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO INICIAL

1. Participante nº:
2. Edad:
3. Estado civil:
4. Hijos:
5. Profesión:
6. ¿Padece alguna patología?, en caso afirmativo indique cual es:
7. ¿Toma algún tipo de medicación incluidas aquellas que no necesitan receta?:
8. ¿Práctica algún tipo de meditación, ejercicios de relajación o cualquier otra técnica o ejercicio para estar tranquila? Si es así díganos cual, desde cuándo y con qué frecuencia.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a.....

He leído la información que se me ha entregado y la he comprendido en todos sus términos.

He sido suficientemente informado/a y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada en los distintos experimentos realizados en la investigación titulada “Eficacia del *Mindfulness* y la Psicología Positiva en la mejora de la calidad de vida durante la perimenopausia”, que se desarrolla en la UNED y para lo que se ha pedido mi colaboración.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones ni exponer mis motivos y sin ningún tipo de repercusión negativa para mí

Por todo lo cual, presto mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación antes citado.

En Madrid a

Firma

ANEXO 3

ESCALA CERVANTES

Escala Cervantes de calidad de vida relacionada con la salud

Nombre y apellido (iniciales):

Nivel de estudios:

Sin estudios

Primarios

Secundarios

Universitarios

Fecha de nacimiento:

Fecha actual:

Por favor, lea atentamente cada una de las preguntas que vienen a continuación. Comprobará que al lado del 0 y el 5 aparecen unas palabras que representan las dos formas opuestas de responder a la pregunta. Además, entre el 0 y el 5 figuran 4 casillas numeradas del 1 al 4. Responda a las preguntas y marque con una X la casilla que considere más adecuada según el grado de acuerdo entre lo que usted piensa y siente y las respuestas que se proponen. Es decir, si está totalmente de acuerdo marque el 5 y si está totalmente en desacuerdo marque el 0. Si no está totalmente de acuerdo o en desacuerdo utilice las casillas intermedias. No piense demasiado las respuestas ni emplee mucho tiempo en contestarlas. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, ni respuestas con trampa, y todas deben responderse con sinceridad. Quizá considere que algunas preguntas son demasiado personales; no se preocupe, recuerde que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial.

1. Durante el día noto que la cabeza me va doliendo cada vez más	Nunca	0	1	2	3	4	5	Todos los días
2. No puedo más de lo nerviosa que estoy	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
3. Noto mucho calor de repente	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
4. Mi interés por el sexo se mantiene como siempre	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
5. No consigo dormir las horas necesarias	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
6. Todo me aburre, incluso las cosas que antes me divertían	No es cierto	0	1	2	3	4	5	Cierto
7. Noto hormigueos en las manos y/o los pies	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Insoportable
8. Me considero feliz en mi relación de pareja	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
9. De pronto noto que empiezo a sudar sin que haya hecho ningún esfuerzo	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
10. He perdido la capacidad de relajarme	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Completamente
11. Aunque duermo, no consigo descansar	Nunca me ocurre	0	1	2	3	4	5	Constantemente
12. Noto como si las cosas me dieran vueltas	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
13. Mi papel como esposa o pareja es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Muy importante
14. Creo que retengo líquido, porque estoy hinchada	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Si, mucho más
15. Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales	Nada	0	1	2	3	4	5	Completamente
16. Noto que los músculos o las articulaciones me duelen	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Dolor insoportable
17. Creo que los demás estarían mejor sin mí	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Cierto
18. Me da miedo hacer esfuerzos porque se me escapa la orina	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Mucho
19. Desde que me levanto me encuentro cansada	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
20. Tengo tan buena salud como cualquier persona a mi edad	No, en absoluto	0	1	2	3	4	5	Igual o mejor
21. Tengo la sensación de que no sirvo para nada	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
22. Tengo relaciones sexuales tan a menudo como antes	Mucho menos	0	1	2	3	4	5	Igual o más
23. Noto que el corazón me late muy deprisa y sin control	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
24. A veces pienso que no me importaría estar muerta	Nunca	0	1	2	3	4	5	Constantemente
25. Mi salud me causa problemas con los trabajos domésticos	En absoluto	0	1	2	3	4	5	Constantemente
26. En mi relación de pareja me siento tratada de igual a igual	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
27. Siento picor en la vagina, como si estuviera demasiado seca	Nada	0	1	2	3	4	5	Mucho
28. Me siento vacía	Nunca	0	1	2	3	4	5	Siempre
29. Noto sofocaciones	Nunca	0	1	2	3	4	5	En todo momento
30. En mi vida el sexo es...	Nada importante	0	1	2	3	4	5	Extremadamente importante
31. He notado que tengo más sequedad de piel	No, como siempre	0	1	2	3	4	5	Si, mucho más

Puntuación global: 40 + respuestas negativas (1 + 2 + 3 + 5 + 6 + 7 + 9 + 10 + 11 + 12 + 14 + 16 + 17 + 18 + 19 + 21 + 23 + 24 + 25 + 27 + 28 + 29 + 31) - respuestas positivas (4 + 8 + 13 + 15 + 20 + 22 + 25 + 30).
 Menopausia y salud: 5 + respuestas (1 + 3 + 5 + 7 + 9 + 11 + 14 + 16 + 18 + 23 + 25 + 27 + 29 + 31) - respuesta 20.
 Dominio psíquico: suma de las respuestas (2 + 6 + 10 + 12 + 17 + 19 + 21 + 24 + 18).
 Sexualidad: 20 - suma de las respuestas (4 + 15 + 22 + 30).
 Relación de pareja: 15 - suma de las respuestas (8 + 13 + 26).
 Sintomatología vasomotora: suma de (3 + 9 + 29); salud: suma de (1 + 5 + 11 + 14 + 23); envejecimiento: 5 + respuestas (7 + 16 + 18 + 25 + 27 + 31) - respuesta 20.
 Cuestionario inválido: 3 o más ítems en blanco. Factor de corrección especificado en el manual: 1 o 2 ítems en blanco.

Tomada de: Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J., Parrilla, J. J., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., & Martí, A. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina clínica*, 122(6), 205-211.

ANEXO 4

Artículo publicado

Espejo Zamora, J. F., & Conde Pastor, M. (2018). Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en *Mindfulness*. *Revista De Psicoterapia*, 29(111), 131-143. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111.228>

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERIMENOPAUSIA MEDIANTE UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS

IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PERIMENOPAUSE THROUGH A PROGRAM BASED ON MINDFULNESS

Juan Francisco Espejo Zamora y Montserrat Conde Pastor

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Facultad de Psicología. Madrid, España

Departamento de Psicología Básica II

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Espejo Zamora, J. F. y Conde Pastor, M. (2018). Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en mindfulness. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 131-143.

Resumen

El objetivo prioritario que se pretende con esta investigación es comprobar si la aplicación del programa Mindfulness based Stress Reduction (MBSR) modificado, que ha demostrado ser efectivo en distintos trastornos psicológicos, resulta también efectivo en la reducción de muchos de los síntomas psicológicos que se presentan durante la perimenopausia. Para ello hemos realizado un diseño experimental, en el que participan 80 mujeres perimenopáusicas sanas, constituyendo dos grupos uno experimental cuya edad media era de 46.7 y la desviación típica de 4.2 y un grupo control cuya media fue de 46.9 y una desviación típica de 4.9. Para cuantificar objetivamente la calidad de vida de los sujetos, se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia (a de Cronbach= .9092) y para determinar el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se midieron diversas variables psicofisiológicas como la frecuencia cardíaca, la respiratoria, la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica. Se demuestra que el MBSR en su versión modificada, mejora el bienestar psicológico de las mujeres durante el periodo de la perimenopausia, y en consecuencia, también su calidad de vida, de forma significativa.

Palabras clave: perimenopausia, MBSR, Escala Cervantes, medidas psicofisiológicas, síntomas psicológicos.

Abstract

The main objective of this research is to verify whether the application of the modified Mindfulness based Stress Reduction (MBSR) program, which has been shown to be effective in different psychological disorders, is also effective in reducing many of the psychological symptoms that occur during perimenopause. To this end, we have carried out an experimental design, in which 80 healthy perimenopausal women participate, constituting two experimental groups, one with an average age of 46.7 and a standard deviation of 4.2 and a control group with an average of 46.9 and a standard deviation of 4.9.

In order to objectively quantify the quality of life of the subjects, we used the Cervantes Scale of quality of life in menopause (a de Cronbach= .9092) and to determine the level of emotional activation of all participants in each group, we measured various psychophysiological variables such as heart rate, respiratory, systolic blood pressure and diastolic blood pressure. The modified MBSR has been shown to significantly improve women's psychological well-being during the perimenopausal period and, consequently, their quality of life.

Keywords: perimenopause, MBSR, Cervantes Scale, psychophysiological measures, psychological symptoms.



Introducción

La vida reproductiva de la mujer se inicia con la primera menstruación o menarquía y se mantiene hasta la menopausia. Desde la menarquía hasta la menopausia transcurre un periodo de tiempo muy amplio (40 años de media), el cual está condicionado por la influencia de las hormonas en general, pero muy específicamente por las femeninas, estrógenos y progesterona (Glenville, 1998; Legorreta, 2007).

A lo largo de este período de tiempo, desde la pubertad hasta la senectud, se producen en la mujer diversos cambios a todos los niveles, físico, psicológico y hormonal, que confirman sin duda el carácter dinámico del amplio proceso. Sin embargo, existe una etapa, en la que los cambios en la mujer son especialmente importantes por su trascendencia, ésta es la menopausia (Li, Lanuza, Gulanick, Penckofer y Holm, 1996; Malacara, 2006). Con frecuencia, se utilizan como sinónimos las palabras menopausia y climaterio, aunque su significado no es el mismo; concretamente, el término climaterio hace referencia al periodo anterior y posterior a la presentación de la menopausia, y por otro lado, el término menopausia se refiere específicamente al momento en que cesa la menstruación definitivamente, tras doce meses de amenorrea. En la menopausia, además de producirse una serie de síntomas físicos como por ejemplo, sofocos, palpitaciones, sudoración, pérdida de elasticidad de la piel, dispareunia, aumento de peso, entre otros, y psicológicos como pueden ser síntomas depresivos, irritabilidad, alteraciones de la memoria y de la concentración, labilidad emocional y cambios de humor; se añade además el hecho de que se deja atrás para siempre la capacidad de reproducción (Canto, 2006; Larroy, Gutierrez y León, 2004). De las distintas etapas que conforman todo el climaterio, existe una muy importante, la perimenopausia, que como su propio nombre indica, sería la etapa que está alrededor de la menopausia indicándonos la transición hacia ésta.

La perimenopausia es una etapa difícil de encuadrar temporalmente, aunque podría asentarse entre los 45 y los 55 años de edad por término medio, con una duración aproximada de unos 4 o 5 años. Esta etapa tan importante del proceso, ha sido menos estudiada, y es sin embargo, donde se inician los síntomas a todos los niveles, físico, endocrinológico y psíquico. Las mujeres en ésta etapa presentan una gran diversidad de alteraciones como sofocos, irregularidades menstruales manifiestas y alteraciones del estado del ánimo, debido al descenso hormonal de estrógenos y progesterona. Debemos pensar que aunque sea una etapa fisiológica normal para todas las mujeres, no está exenta de riesgo para la salud física y psicológica ni de sufrir síntomas muy molestos (García-Portilla, 2009; Sánchez-Cánovas, 1996; Seifer y Naftolin, 1998).

Todo esto unido a otros factores sociales, como que los hijos sean mayores e independientes, el consiguiente cambio de rol, los cambios físicos evidentes, etc., hacen que una mayoría de mujeres en ésta etapa de sus vidas, acusen y vivencien de una forma negativa, este tipo de alteraciones físicas y emocionales que, en último

término van a mermar su salud física y psicológica.

Existen muchas técnicas de meditación que han demostrado su eficacia en la regulación emocional. Este es el caso de la técnica de *Mindfulness* traducido en castellano como atención plena, y más concretamente, el Programa de Reducción del Estrés basado en *mindfulness* (MBSR). Este programa ha demostrado sistemáticamente su eficacia en el ámbito de la salud, en distintos tipos de trastornos de ansiedad, depresión, adicciones, dolor crónico, estrés, entre otros muchos. (Kabat Zinn, Wiley, Capuano, Baker, Kimmel y Shapiro, 2005; Jain et al., 2007; Kabat Zinn, 2003). Pero los beneficios de ésta técnica no solo han sido demostrados en población clínica; también existen estudios que han demostrado la eficacia del programa MBSR, en población sana, mejorando distintas respuestas de malestar psicológico como, por ejemplo, preocupación, obsesiones, nerviosismo, irritabilidad, estrés, entre otras (De la Fuente, Franco y Mañas, 2010; Jain et al., 2007; Nyklicek y Kuijpers, 2008; Simón, 2007; Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

El *Mindfulness* es un proceso que consiste en observar expresamente cuerpo y mente, en permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y en aceptarlas como son. No implica rechazar las ideas, ni intentar fijarlas, tampoco en intentar suprimirlas, ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención. La atención plena no implica intentar ir a ningún sitio, ni sentir algo especial, sino que entraña el que nos permitamos a nosotros mismos estar donde ya estamos, familiarizados más con nuestras propias experiencias presentes un momento tras otro, *mindfulness* es prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; Simón, 2010). Además de los distintos programas tradicionales de *Mindfulness*, existen otros basados en *Mindfulness* que modificando o abreviando el número de sesiones, han demostrado ser eficaces para el tratamiento de distintas alteraciones psicológicas como la depresión, ansiedad y síntomas de estrés (Luchterhand, Rakel, Zakletskaia y Zgierska, 2013).

Para objetivar la calidad de vida de las mujeres en el climaterio, existen distintas escalas de medida. Sin embargo, se ha decidido utilizar la Escala Cervantes ya que es un instrumento de medida de la calidad de vida validado en España y específico para la perimenopausia y la menopausia. Nuestra elección se debió a las múltiples ventajas con respecto a otros instrumentos de medida parecidos, como por ejemplo, el cuestionario Menopause-especific Qol Questionnaire (MENQOL) (Hilditch et al., 2008), o el Qualifenne Menopausal Symptoms List (MSL) (Freeman, Sammel, Liu y Martin, 2003) entre otros, ambos cuestionarios extranjeros, traducidos al castellano, pero con las limitaciones sociales que ello implica. La Escala Cervantes es sencilla, fácil de aplicar, de corto tiempo de administración y de fácil comprensión para las participantes. Sus 31 ítems valoran la calidad de vida, los síntomas de la perimenopausia y otros aspectos como el estado de ánimo, la relación de pareja y la sexualidad, que se interrelacionan en la esfera física y psicosocial de la mujer y además repercuten en su bienestar general; es además, una escala con alta

fiabilidad, validez y consistencia (Palacios et al., 2004; Sánchez et al., 2015).

El objetivo de éste estudio es mejorar la calidad de vida y la sintomatología psíquica en mujeres perimenopáusicas sanas, a través de la aplicación del Programa de Reducción del Estrés basado en mindfulness (MBSR) modificado.

Método

Participantes

Los criterios de elección de la muestra se han definido por mujeres perimenopáusicas que no padecen ninguna patología y que, en consecuencia, no hacen tratamiento psicológico ni farmacológico alguno. Por tanto, se excluyeron aquellas participantes con patologías y tratamiento, así como aquellas que ya practicaban algún tipo de meditación o cualquier otra técnica o tratamiento. De un total de 100 mujeres, seleccionadas inicialmente, se constituye finalmente una muestra de 80 mujeres perimenopáusicas sanas de entre 45 y 55 años de edad. De estas 80 participantes, formamos aleatoriamente dos grupos de 40 mujeres cada uno, el grupo experimental (Grupo 1) tenía una edad media de 46.7 y una desviación típica (DT) de 4.2, en el grupo control (Grupo 2) la media de edad fue de 46.9 y la desviación típica de 4.9.

Instrumentos

Se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia, entre otros motivos por presentar una alta consistencia interna (α de Cronbach= .9092). El ámbito de aplicación de esta escala es la población femenina española de entre 45 y 64 años de edad. Consta de 31 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: Menopausia y salud, con 15 ítems que incluían sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento, sexualidad con 4 ítems, relación de pareja con 3 ítems y el dominio psíquico que engloba la sintomatología psicológica con 9 ítems. La Escala Cervantes se aplica en unos 7 minutos aproximadamente, tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 155, de mejor a peor calidad de vida.

Se utilizó también el equipo con registro gráfico Marquette Hellige Solar 8000, compuesto de varios módulos integrados para la medida de distintas respuestas psicofisiológicas, así como, electrodos desechables MD de 43 milímetros de diámetro, fabricados con cloruro de plata y gel conductor, que presentan una resistencia eléctrica de 200 ohmios, para medir las respuestas psicofisiológicas sensibles al cambio de activación fisiológica (Conde, Menéndez y López, 2000). Concretamente, se midieron la frecuencia cardiaca (FC) en latidos por minuto (lpm), la frecuencia respiratoria (FR) en ciclos por minuto (cpm) y la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), ambas en milímetros de mercurio (mmHg).

Procedimiento

El procedimiento se realizó en dos fases. La fase 1 consistió en un entrenamiento presencial, donde se les explicó a las participantes de ambos grupos las características del climaterio femenino y, especialmente, de la perimenopausia, así como la dinámica de las distintas fases del experimento, entregándoles un cuestionario que permitió llevar un registro de las distintas características biopsicosociales, así como el consentimiento informado.

Una vez que comprendieron todo el proceso, se procedió a administrar a todas las participantes La Escala Cervantes, con el fin de objetivar la calidad de vida de estas mujeres.

Con objeto de determinar objetivamente el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se les registraron de forma continua, durante 10 minutos, la FC, FR, PAS y PAD, al inicio y al final de la primera fase, calculando los valores medios de línea base para cada variable y cada una de las participantes.

A continuación, se procedió con la fase 1 del experimento consistente en la aplicación de los distintos tratamientos. Al grupo experimental (Grupo 1) se les entrenó con el *Programa de Reducción del Estrés basado en Conciencia Plena (MBSR) modificado*, consistente en someter a las participantes a 2 sesiones de 8 horas de duración, una el primer día, y otra a los 15 días. Además, se les dió instrucciones para que practicasen en su casa diariamente, durante 40 minutos entre ambas sesiones experimentales, lo cual formó parte de la fase 2 del experimento.

A las participantes del grupo control (Grupo 2) se les pidió que respirasen normalmente en decúbito supino, durante el mismo número y duración de sesiones que al grupo experimental.

La fase 2 del experimento se realizó en casa, para ello se indicó a las participantes del Grupo 1 que practicasen el programa MBSR modificado en casa cada día durante 40 minutos, volviendo a citarlas a los tres meses con objeto de evaluar los resultados mediante la Escala Cervantes y la toma de medidas psicofisiológicas.

A las participantes del grupo control se les pidió que, en decúbito supino, respirasen normalmente en casa 40 minutos diarios durante los mismos tres meses. Al cabo de dicho tiempo se las citó para constatar los resultados a través de la aplicación de la Escala Cervantes y el registro de medidas psicofisiológicas.

	Grupo 1 (Experimental)	Grupo 2 (Control)
Fase 1	Breve explicación sobre menopausia y perimenopausia	
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al inicio de la 1ª sesión	
	2 sesiones de 8 horas de entrenamiento en MBSR modificado una cada 15 días	Respirar normalmente en decúbito supino durante el mismo número de sesiones
	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado entre ambas sesiones	Respirar normalmente en decúbito supino en casa 40 minutos diarios entre ambas sesiones
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al final de la 2ª sesión	
Fase 2	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado durante 3 meses	Respirar normalmente en decúbito supino en casa 40 minutos diarios durante 3 meses
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida a los 3 meses	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, a los 3 meses	

Fig1. Diseño experimental.

Resultados

Los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del programa MBSR modificado nos confirman, como esperábamos, una mejoría de la sintomatología psicológica de las participantes en este experimento, así como un incremento importante de la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

El análisis estadístico de esta intervención se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS. La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos calculados para los dos grupos de participantes, experimental y control. Podemos comprobar como al final del tratamiento con MBSR modificado, el Grupo 1 ha experimentado una reducción de la activación psicofisiológica, objetivada por la disminución de los valores medios en FC, FR, PAS y PAD (ver Fig. 2), respecto del Grupo 2, donde podemos afirmar que no se han producido variaciones en los valores de FC, FR, PAS, Y PAD (ver Tabla 1), que nos hagan pensar en una mejoría de la regulación emocional de las participantes en dicho grupo (ver Fig.3).

Con objeto de constatar la significación estadística de éste estudio, hemos analizado nuestros datos mediante un ANOVA de un factor, en el que las distintas variables dependientes (FC, FR, PAS, PAD), han sido estudiadas en tres niveles (días 1, 15 y 90 del tratamiento), de la variable independiente o factor (tratamiento MBSR modificado).

Los resultados nos muestran que existe significación estadística para todas las variables dependientes del Grupo 1 (ver Tabla 2), donde $p < .005$. Obtenemos valores de $F= 3.999$ y $p = .000$, para FC; $F= 47.269$ y $p = .000$, para FR; $F = 23.500$ y $p = .000$, para PAS y $F = 37.694$ y $p = .000$, para PAD; con lo cual, y la vista de los resultados anteriores, podemos concluir que el programa de MBSR modificado aplicado aquí ejerce un efecto positivo en cuanto a la regulación emocional de las

participantes en el experimento.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los grupos experimental y control.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FC 1	1 DÍA	40	76.60	10.18	1.60	73.34	79.85	56.00	100.00
	15 DÍAS	40	71.85	8.21	1.29	69.22	74.47	55.00	95.00
	90 DÍAS	40	62.27	4.08	.64	60.96	63.58	55.00	71.00
	Total	120	70.24	9.86	.90	68.45	72.02	55.00	100.00
FC 2	1 DÍA	40	76.90	7.80	1.23	74.40	79.39	62.00	94.00
	15 DÍAS	40	76.35	7.05	1.11	74.09	78.60	64.00	91.00
	90 DÍAS	40	76.67	6.94	1.09	74.45	78.89	62.00	94.00
	Total	120	76.64	7.21	.65	75.33	77.94	62.00	94.00
FR 1	1 DÍA	40	20.87	3.68	.58	19.69	22.05	12.00	28.00
	15 DÍAS	40	18.45	2.73	.43	17.57	19.32	13.00	25.00
	90 DÍAS	40	14.55	2.18	.34	13.85	15.24	11.00	21.00
	Total	120	17.95	3.91	.35	17.25	18.66	11.00	28.00
FR 2	1 DÍA	40	18.47	3.27	.51	17.42	19.52	12.00	28.00
	15 DÍAS	40	18.52	2.96	.46	17.57	19.47	14.00	27.00
	90 DÍAS	40	18.72	2.79	.44	17.83	19.61	12.00	26.00
	Total	120	18.57	2.99	.27	18.03	19.11	12.00	28.00
PAS 1	1 DÍA	40	133.52	16.20	2.56	128.34	138.70	82.00	170.00
	15 DÍAS	40	127.80	13.00	2.05	123.64	131.95	86.00	141.00
	90 DÍAS	40	113.47	10.62	1.68	110.07	116.87	90.00	145.00
	Total	120	124.93	15.81	1.44	122.07	127.79	82.00	170.00
PAD 1	1 DÍA	40	77.55	10.76	1.70	74.10	80.99	45.00	90.00
	15 DÍAS	40	72.60	10.10	1.59	69.36	75.83	50.00	90.00
	90 DÍAS	40	59.82	6.94	1.09	57.60	62.04	46.00	76.00
	Total	120	69.99	11.97	1.09	67.82	72.15	45.00	90.00
PAS 2	1 DÍA	40	129.22	10.75	1.69	125.78	132.66	92.00	150.00
	15 DÍAS	40	129.47	10.35	1.63	126.16	132.78	100.00	148.00
	90 DÍAS	40	130.50	8.85	1.40	127.66	133.33	110.00	143.00
	Total	120	129.73	9.95	.90	127.93	131.53	92.00	150.00
PAD 2	1 DÍA	40	71.05	9.30	1.47	68.07	74.02	51.00	89.00
	15 DÍAS	40	72.22	8.16	1.29	69.61	74.83	60.00	87.00
	90 DÍAS	40	73.20	6.82	1.07	71.01	75.38	62.00	87.00
	Total	120	72.15	8.14	.74	70.68	73.62	51.00	89.00

Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1

Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2

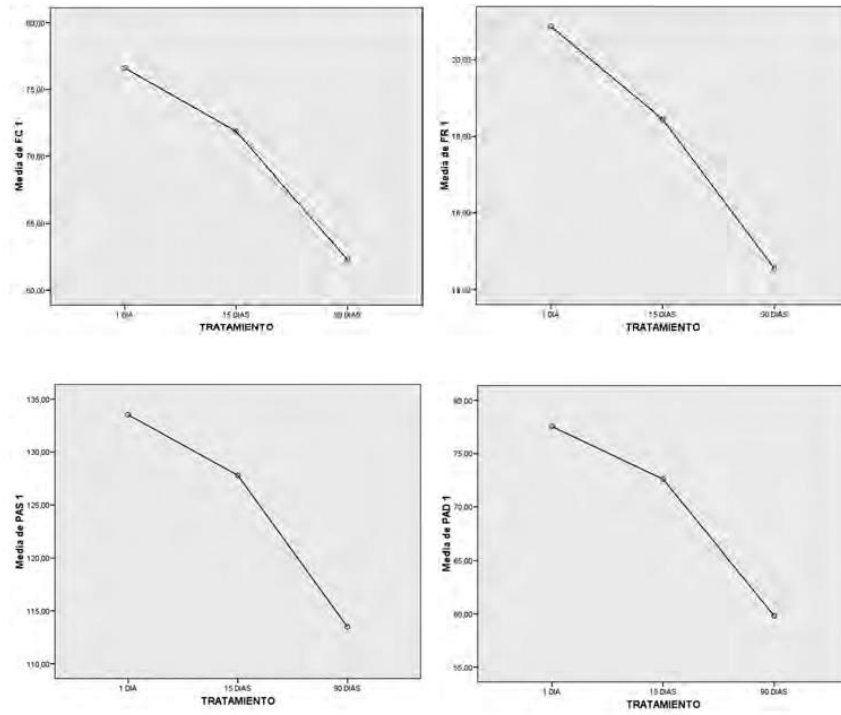


Fig 2. Medias Grupo 1 en FC, FR, PAS, PAD.

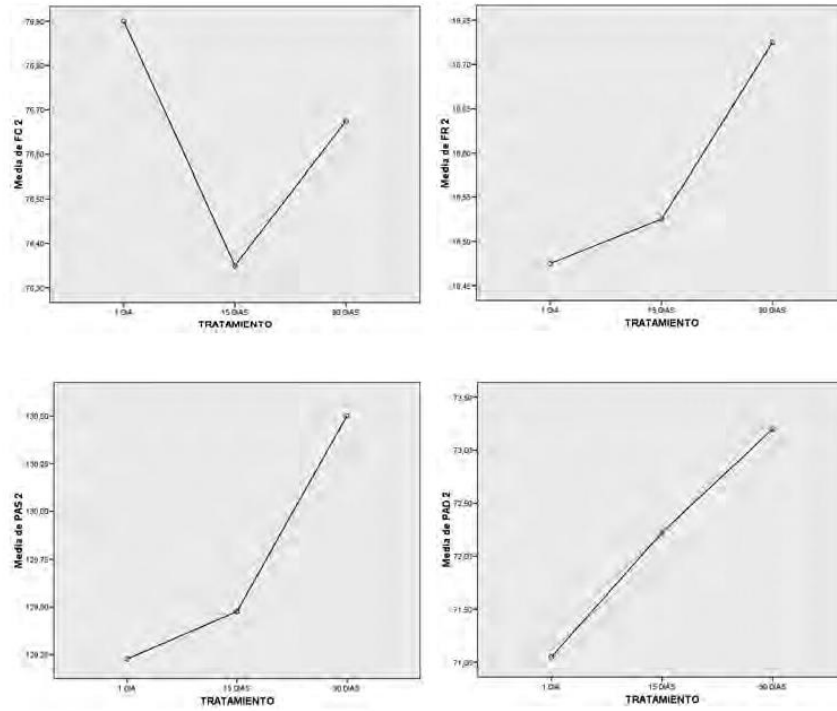


Fig 3. Medias Grupo 2 en FC, FR, PAS, PAD.

Tabla 2. ANOVA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FC 1	Inter-grupos	4259.31	2	2129.65	33.999	.000
	Intra-grupos	7328.67	117	62.63		
	Total	11587.99	119			
FC 2	Inter-grupos	6.11	2	3.05	.058	.944
	Intra-grupos	6193.47	117	52.93		
	Total	6199.59	119			
FR 1	Inter-grupos	814.61	2	407.30	47.269	.000
	Intra-grupos	1008.17	117	8,61		
	Total	1822.79	119			
FR 2	Inter-grupos	1.40	2	.70	.077	.926
	Intra-grupos	1063.92	117	9.09		
	Total	1065.32	119			
PAS 1	Inter-grupos	8533.11	2	4266.55	23.500	.000
	Intra-grupos	21242.35	117	181.55		
	Total	29775.46	119			
PAD 1	Inter-grupos	6691.71	2	3345.85	37.694	.000
	Intra-grupos	10385.27	117	88.76		
	Total	17076.99	119			
PAS 2	Inter-grupos	36.51	2	18.25	.182	.834
	Intra-grupos	11746.95	117	100.40		
	Total	11783.46	119			
PAD 2	Inter-grupos	92.71	2	46.35	.696	.501
	Intra-grupos	7793.27	117	66.60		
	Total	7885.99	119			
Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1			Grupo 2: FC2, FR2, PAS2 ,PAD2			

Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala Cervantes (EC), en la cual hemos estudiado la valoración global de dicha escala y la específica referida a uno de sus dominios, concretamente el dominio psíquico, donde una menor puntuación establece una mejor calidad de vida en la perimenopausia, calculando los valores medios de puntuación, tanto para el Grupo 1 como para el Grupo 2, en la primera y segunda fase de éste estudio. Analizando estos datos podemos observar como las medias para una valoración global de la calidad de vida del grupo control no experimentan variaciones (ver Tabla 3). Sin embargo, en el grupo experimental, sí disminuyen los valores medios estudiados de la Fase 1 a la Fase 2 del experimento, indicándonos un incremento en la calidad de vida de estas mujeres.

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar la Escala Cervantes de la Menopausia, para el dominio psíquico, podemos constatar, al igual que con la valoración global de la calidad de vida en la perimenopausia de la EC, que las medias del grupo control no experimentan variaciones importantes (ver Tabla 4).

No obstante, en el grupo experimental, sí disminuyen los valores medios estudiados de la Fase 1, a la Fase 2 del experimento, indicándonos en consecuencia una reducción de los síntomas psicológicos, entendido como una disminución de los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad, entre otros.

Para constatar que el tratamiento con MBSR modificado ha sido efectivo, hemos calculado el valor del tamaño del efecto (r), éste es un concepto elaborado por Jacob Cohen que nos indica el grado de relación entre dos variables (Cohen, 1962), calidad de vida y tratamiento aplicado en el caso de la valoración global. Para ello utilizamos el estadístico d de Cohen, valores de 0.2 nos indican un efecto pequeño, un efecto mediano con 0.5 y un efecto grande si el valor es de 0.8 o superior (Cohen, 1988). Tras el cálculo de la d de Cohen hemos obtenido para una $d=2.7947789$ un efecto del tamaño $r=0.8132199$, en cuanto a valoración global de la EC, lo cual nos indica que ha habido un cambio importante en la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas del Grupo 1, después de practicar la técnica de mindfulness diariamente durante tres meses.

Con respecto al tamaño del efecto (r) y la d de Cohen para el dominio psíquico (comparando síntomas psicológicos y tratamiento), los resultados obtenidos muestran una $d=1.6002395$ un efecto del tamaño $r=0.6247521$, estos datos nos permiten afirmar una importante mejoría de los síntomas psíquicos de las mujeres del grupo experimental relacionado con la práctica continuada de mindfulness.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control Escala Cervantes.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
EC 1	1 DÍA	40	72.07	8.39	1.32	69.39	74.75	55.00	95.00
	90 DÍAS	40	40.65	10.85	1.71	37.17	44.12	26.00	76.00
	Total	80	56.36	18.52	2.07	52.24	60.48	26.00	95.00
EC 2	1 DÍA	40	69.37	8.57	1.35	66.63	72.11	55.00	91.00
	90 DÍAS	40	69,22	9.54	1.50	66.17	72.27	56.00	93.00
	Total	80	69.30	9.01	1.00	67.29	71.30	55.00	93.00

Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Tabla 4. Estadísticos descriptivos para el dominio psíquico de los grupos experimental y control Escala Cervantes.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
EC 1 1 DÍA	40	18.35	8.90	1.40	15.50	21.19	2.00	40.00
90 DÍAS	40	7.65	3.62	.57	6.49	8.80	3.00	18.00
Total	80	13.00	8.63	.96	11.07	14.92	2.00	40.00
EC 2 1 DÍA	40	18.55	8.70	1.37	15.76	21.33	2.00	39.00
90 DÍAS	40	18.00	8.19	1.29	15.37	20.62	4.00	35.00
Total	80	18.27	8.40	.93	16.40	20.14	2.00	39.00

Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Discusión

A la vista de los resultados obtenidos en el apartado anterior, podemos afirmar, que la aplicación de MBSR modificado en la población femenina perimenopáusica de nuestro estudio, es efectivo para la reducción de la actividad emocional, objetivando un aumento en la calidad de vida de estas mujeres al mantener el tratamiento durante 90 días.

La disminución de los valores medios de FC, FR, PAS y PAD, variables muy sensibles a los cambios emocionales, nos indican que la técnica de mindfulness modificado durante tres meses es efectiva para la reducción de la sintomatología psicológica. Hemos podido constatar como dichas variables experimentan una disminución de sus valores a medida que se aumenta la práctica de la meditación mindfulness. Así pues, a lo largo del experimento, solo los datos finales (a los 90 días de la intervención) han arrojado resultados positivos con respecto a una mejoría en la calidad de vida de las participantes en el grupo experimental, lo cual nos indica que la práctica continuada de dicha actividad es un factor indicativo de mejoría sintomatológica y aumento de la calidad de vida en la perimenopausia.

Tras analizar los resultados de la Escala Cervantes en la perimenopausia, los datos comparados entre las fases 1 y 2 del experimento, tanto en cuanto a la valoración global de la calidad de vida, como la específica del dominio psíquico de dicha escala, indican una disminución de los síntomas psicológicos, además, de una mejoría importante de la calidad de vida global de las participantes del Grupo 1 a tenor de los resultados obtenidos en la segunda fase. Sin embargo, en el Grupo 2 no se han producido variaciones en la sintomatología psicológica, ni tampoco, mejoría en la calidad de vida de estas mujeres, al comparar los resultados de ambas fases experimentales.

Por todo lo anterior podemos decir, que la aplicación continuada de MBSR modificado, al menos durante 90 días, evidencia una disminución de la activación emocional, un decremento de los síntomas psicológicos y un incremento significa-

tivo en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

A la vista de los resultados obtenidos en éste experimento sería muy interesante, realizar nuevas intervenciones en las cuales la muestra de las participantes fuese más amplia y la aplicación de la técnica de MBSR modificado se mantuviese durante más tiempo, con objeto de verificar si persisten, e incluso, se mejoran los resultados aquí obtenidos.

Referencias bibliográficas

- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: a review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145-153.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Nueva York, NY: Routledge Academic.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S. y Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. Part II: a quantitative and qualitative study. *Nursing Practice*, 19(1), 26-35.
- Conde, M., Menéndez, F. J. y López, A. (2000). Estabilización de la actividad electrodermal y ciertos parámetros respiratorios. *Psicothema*, 12(3), 426-434.
- Canto, T. (2006). Los síntomas en la menopausia. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14(3), 141-148.
- De la Fuente, J., Franco, C. y Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación*, 19, 31-52.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Rakel, D., Zakletskaia, L. y Zgierska, A. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life and Compassion in Primary Care Clinicians. A pilot study. *Ann Fam Med*, 11(5), 412-420.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L. y Martin, P. (2003). Psychometric properties of a menopausal symptom list. *Menopause*, 10(3), 258-265.
- García-Portilla, M. P. (2009). Depression and perimenopause: A review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 213-221.
- Glenville, M. (1998). *Menopausia natural: cómo prevenir y aliviar sus molestias sin tratamientos hormonales*. Madrid, España: RBA.
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., Van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G. H., Norton, P. G. y Dunn, E. (2008). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(6), 161-175.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I. y Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.
- Kabat Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona, España: Kairós.
- Larroy, C., Gutierrez, S. y León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 77-88.
- Legorreta, D. (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 44-51.
- Li, S., Lanuza, D., Gulanick, M., Penckofer, S. y Holm, K. (1996). Perimenopause: the transition into menopause. *Health Care for Women International*, 17(4), 293-306.
- Malacara, M. (2006). Nomenclatura y clasificación de las etapas de la vida reproductiva de la mujer adulta. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14(3), 131-132.
- Nyklíček, I. y Kuijpers, K. F. (2008). 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*, 35(3), 331-340.

- Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J. J., Parrila, C., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., Martí, A. y el Grupo Cervantes (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina clínica*, 122(6), 205-211.
- Sánchez- Cánovas, J. (1996). *Menopausia y salud*. Barcelona, España: Ariel.
- Sánchez, R., García-García, P., Mendoza, N., Soler, B., Álamo, C. y Grupo de estudio Cervantes (2015). Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopáusica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 177-182.
- Seifer, D. y Naftolin, F. (1998). Moving toward an earlier and better understanding of perimenopause. *Fertility and sterility*, 69(3), 387-388.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S.R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66(67), 5-30. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació Psicològica*, 100, 162-170.

ANEXO 5



REGISTRO DE TECNICAS REALIZADAS

EFICACIA DEL MINDFULNESS Y LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PERIMENOPAUSIA

DIA	SI PRACTICA LA TECNICA	NO PRACTICA LA TECNICA	MOTIVO SI NO PRACTICA LA TECNICA	TIEMPO DE PRACTICA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

DIA	SI REALIZA LA TECNICA	NO REALIZA LA TECNICA	MOTIVO SINO PRACTICA LA TECNICA	TIEMPO DE PRACTICA
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

DIA	SI REALIZA LA TECNICA	NO REALIZA LA TECNICA	MOTIVO SINO PRACTICA LA TECNICA	TIEMPO DE PRACTICA
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				

DIA	SI REALIZA LA TECNICA	NO REALIZA LA TECNICA	MOTIVO SINO PRACTICA LA TECNICA	TIEMPO DE PRACTICA
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				

DIA	SI REALIZA LA TECNICA	NO REALIZA LA TECNICA	MOTIVO SINO PRACTICA LA TECNICA	TIEMPO DE PRACTICA
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				

DIA	SI REALIZA LA TECNICA	NO REALIZA LA TECNICA	MOTIVO SI NO PRACTICA LA TECNICA	TIEMPO DE PRACTICA
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				