



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2017/2018

Trabajo de Fin de Máster

**Meditación basada en *mindfulness* en enfermedad de Parkinson:
efectos sobre variables psicológicas**

Autor/a: Cristina Rodríguez Martínez

Tutor/a: Olga Pellicer Porcar

Convocatoria: febrero 2017.

Resumen

La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda patología neurodegenerativa de mayor prevalencia a nivel mundial (Schapira, 2013; Willis, 2013). Algunos estudios sugieren que la EP provoca un gran impacto emocional. En la actualidad, ha incrementado el interés por tratamientos que incluyan “la atención plena”, ya que las técnicas basadas en *mindfulness* son versátiles para personas con estrés, ansiedad y depresión (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). El presente trabajo muestra el diseño, aplicación y evaluación de un programa de meditación basada en *mindfulness* en personas con EP para analizar los efectos sobre variables psicológicas. Se trata de un estudio de diseño cuasi-experimental no probabilístico que contó con 17 personas distribuidas en grupo experimental y grupo control. En el proceso de evaluación se administraron instrumentos dirigidos a evaluar las variables de estudio (ansiedad, depresión, estrés percibido y calidad de vida). El programa de intervención, adaptado del programa MBSR y desarrollado durante dos meses, constó de ocho sesiones grupales de 1 hora y prácticas individuales en el hogar, y consistió en ejercicios de exploración corporal y meditación. Los resultados se obtuvieron a través del Test de los rangos con signo de Wilcoxon, Prueba U de Mann-Whitney y la prueba Chi-Cuadrado. Aunque los resultados no fueron significativos, los análisis sugirieron tendencia de mejora de los/as participantes en todas las variables.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson, impacto emocional, programa de meditación, *mindfulness*, efectos, variables psicológicas.

Abstract

Parkinson's disease (PD) is the second most prevalent neurodegenerative pathology in the world (Schapira, 2013; Willis, 2013). Some studies suggest that PD causes a great emotional impact. Nowadays, interest in treatments that include *mindfulness* has increased because *mindfulness* techniques are versatile for people with stress, anxiety and depression (Hervás, Cebolla and Soler, 2016). This work presents the design, application and evaluation of a meditation program, which is based in *mindfulness*, in people with PD. It was done to analyze the effects on psychological variables. And it consisted of a non-probabilistic quasi-experimental design study that had 17 people distributed in the experimental and control group. In the evaluation process, the instruments used to evaluate the study variables (anxiety, depression, perceived stress, quality of life) were administered. The intervention program, adapted from the MBSR program and developed over two months, consisted in eight group sessions of 1 hour and individual practices at home, and was based on body exploration and exercises meditation. The results were obtained through the Wilcoxon signed rank test, Mann-Whitney U test and the Chi-square test. Although the results were not significant, the analysis suggested an improvement tendency in all the variables.

Key words: Parkinson's disease, emotional impact, meditation program, *mindfulness*, effects, psychological variables

Introducción

En la actualidad, la enfermedad de Parkinson es la segunda patología neurodegenerativa de mayor prevalencia a nivel mundial (Schapira, 2013; Willis, 2013). La padecen al menos cuatro millones de personas en el mundo y 150.000 personas en España (Catalán y Rodríguez, s.f.).

La enfermedad de Parkinson (EP), descrita por James Parkinson en 1817 (Federación Española de Parkinson, s.f.), se conoce como un trastorno degenerativo crónico y progresivo del sistema nervioso central en el que las células nerviosas productoras de dopamina de la sustancia negra mueren o se deterioran (National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), 2016). Si bien se desconoce su principal causa, se cree que es multifactorial, combinando factores genéticos y ambientales (Ros-Bernal, Barcia, Fernández-Villalba, De Pablos y Herrero, 2009). Y aunque la mayoría de personas consideran que es una enfermedad que afecta sólo a personas de edad avanzada, el 15% de diagnosticados son menores de 45 años (Catalán y Rodríguez, s.f.).

Sus características principales radican en síntomas motores manifestados mediante alteraciones en el movimiento como temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural (NINDS, 2016; Serra, Sánchez y Alonso, 2012). Sin embargo, presenta otras características relevantes como alteraciones respiratorias, dificultad para masticar, dificultad en el habla, problemas urinarios, problemas en la piel, calambres musculares, fatiga, dolor, disfunción sexual, hipotensión ortostática y problemas en el entorno social. Además, en general, cursa con síntomas psicológicos de afectación de la memoria, problemas para dormir y cambios emocionales (NINDS, 2016).

Algunos estudios sugieren que dichos cambios emocionales se manifiestan como consecuencia del gran impacto emocional que la enfermedad conlleva, y que genera diferentes respuestas subjetivas, cognitivas, fisiológicas y motoras, que incluyen entre otros, síntomas de

ansiedad, preocupación por el futuro, sentimientos de enfado, tristeza y depresión (Macías, 2006).

En una encuesta de la Asociación Europea de la EP se observó que los síntomas depresivos son tan frecuentes como los trastornos motores (Catalán y Rodríguez, s.f.), por lo que la depresión es considerada como el trastorno neuropsiquiátrico más común (Stella, Bucken-Gobbi, Gobbi, Sant' Anna- Simões, 2007).

Por tanto, cabe destacar que en la EP se produce deterioro cognitivo y emocional, cuya adaptación afecta directamente a la calidad de vida de las personas (Navarro-Peternella y Marcon, 2012).

En este sentido y atendiendo a las características de la enfermedad, existen diferentes tratamientos que permiten y posibilitan mejorar la sintomatología característica:

1. Tratamiento farmacológico. Dirigido a, a) incrementar el nivel de dopamina (levodopa); b) controlar otros neurotransmisores (anticolinérgicos); c) controlar los síntomas psicológicos de la enfermedad (antidepresivos).

2. Cirugía.

3. Terapias de apoyo y complementarias: Fisioterapia (movilidad), logopedia (lenguaje), dieta y ejercicio, masajes terapéuticos (dolor) y yoga (bienestar psicológico), entre otros.

En un estudio realizado por Serra et al. (2012) sobre tratamientos realizados en personas con EP de una asociación, los/as participantes destacaron la importancia de estrategias de mejora de calidad de vida mental y depresión. Aunque actualmente el enfoque característico para el tratamiento de la enfermedad es farmacológico, existe un incremento en el interés por enfoques que incluyen la “atención plena” para la mejora de síntomas asociados (Advocat et al., 2016), la cual es definida por Vázquez-Dextre (2016) como la observación de la realidad presente con aceptación.

De forma paralela, Kabat-Zinn (2003) definió el *mindfulness* o “conciencia plena” como la conciencia de prestar atención a propósito a la experiencia en el momento presente, sin juzgarla ni evaluarla, y sin responder a ella. Y según Simón (2007) es ser consciente de lo que se hace, piensa y siente.

Kabat-Zinn (1990) propuso el programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) para el tratamiento del estrés y el dolor, el cual, también tiene efectos sobre la depresión y la ansiedad (Bohlmeijer, Prenger, Taal y Cuijpers, 2010). Y es que entendiendo que los principales componentes de los programas de *mindfulness* son la meditación, hatha yoga y exploración corporal (Pickut et al., 2015), cabe señalar que la exploración corporal ha sido asociada a mayor regulación emocional (Mehling et al., 2012) y la meditación sentado a mayor aceptación de los procesos mentales de manera distante (Soler et al., 2014).

Existen múltiples investigaciones que reflejan la relación causa-efecto entre la práctica de *mindfulness* y el bienestar psicológico, ya que las técnicas de intervención basadas en *mindfulness* son de gran versatilidad para personas con sintomatología de estrés, ansiedad y depresión (Hervás, Cebolla y Soler, 2016) en diferentes problemas mentales y de salud.

En un estudio llevado a cabo por Gil, Barreto y Montoya (2010) dirigido a mejorar la “atención plena” y reducir síntomas psicopatológicos a través de la práctica de *mindfulness* en 4 grupos de personas (estudiantes universitarios, deportistas, personas que quieren aprender a meditar y pacientes con trastornos psicológicos) los resultados apuntaron que el *mindfulness* mejora la capacidad de “atención plena” así como reduce los síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, obsesión-compulsión y somatización. En la misma dirección, Martín, Rodríguez, Pujol-Ribera, Berenguera y Moix (2013) realizaron un estudio sobre la efectividad de una intervención basada en *mindfulness* en profesionales de atención primaria, el cual concluyó que la alteración emocional (tensión-ansiedad, depresión-abatimiento, cólera-hostilidad, vigor-actividad, fatiga-inercia) disminuía considerablemente. Y en una

investigación realizada por Ferszt, Miller, Hickey, Maull y Crisp (2015) sobre los efectos de la práctica de *mindfulness* en variables psicológicas en mujeres encarceladas, los resultados destacaron que el nivel de ansiedad, depresión y percepción de estrés disminuyeron.

En otro estudio llevado a cabo por Farb et al. (2010) en el que se mostraron imágenes emocionales a un grupo de personas sin experiencia en meditación y a un grupo que había realizado una intervención en *mindfulness* se observó que, en este último grupo, los índices de depresión eran menores. Por su parte, Yagüe, Sánchez-Rodríguez, Mañas, Gómez y Franco (2016) apuntaron a través de la aplicación de un programa de *mindfulness* en personas con síntomas de ansiedad, la efectividad de la meditación para disminuir los niveles de ansiedad, mientras que Franco (2010) señaló la eficacia de las técnicas de meditación en médicos de atención primaria con estrés y ansiedad.

Por otro lado, en un estudio de Shapiro, Schwartz y Bonner (1998) acerca de los efectos de una intervención de reducción de estrés basada en meditación en profesionales de medicina, se arrojó que la intervención es eficaz para la reducción de ansiedad estado-rasgo, angustia psicológica general y depresión. En el mismo sentido, en una investigación realizada por Bedard et al. (2003) dirigida a examinar la eficacia de una intervención de reducción del estrés basada en *mindfulness* en personas que han sufrido lesiones cerebrales traumáticas, los resultados manifestaron mejoras en la calidad de vida y nivel de depresión. Sin embargo, Carlson y Garland (2005) efectuaron un estudio sobre los efectos de un programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* en personas con cáncer, el cual reflejó mejoras en la calidad del sueño, percepción de estrés, estado de ánimo y fatiga, pero no respondió a las implicaciones de los cambios para mejorar la calidad de vida.

En el ámbito concreto que nos ocupa, existen algunas investigaciones que confirman la mejora de las capacidades cognitivas, emocionales y calidad de vida a través de la práctica

de *mindfulness* en EP. En esta línea, Leichsenring y Leweke (2017) señalan que el *mindfulness* puede resultar útil para personas que cursan con ansiedad social en EP.

Pickut et al. (2015) realizaron un estudio sobre los efectos neuroconductuales de la práctica de *mindfulness* en personas con EP, cuyas conclusiones reflejaron la mejora en la calidad de vida de las personas.

Cash, Ekouevi, Kilbourn y Lageman (2016) llevaron a cabo una investigación acerca del impacto de la práctica de *mindfulness* sobre el funcionamiento cognitivo y emocional, cuyos resultados reflejaron la mejora de las capacidades cognitivas y emocionales (apatía, ansiedad y depresión) y, por consiguiente, de la calidad de vida en personas con EP y sus cuidadores. Además, Advocat et al. (2016) destacaron resultados positivos sobre los beneficios de la aplicación de un programa de estilo de vida basado en *mindfulness* en EP. Sin embargo, no se consiguió dar una respuesta definitiva a los efectos del mismo sobre la ansiedad y el estrés.

Por tanto, aunque existen numerosos estudios dirigidos a evaluar los efectos de la práctica de *mindfulness* sobre aspectos cognitivos y emocionales en personas con diferentes patologías, las investigaciones dirigidas al estudio de los efectos de la práctica sobre variables emocionales en la EP son limitadas y, en ocasiones, no consiguen dar respuesta a síntomas concretos de la enfermedad.

En consecuencia, se plantea como cuestión qué efectos tiene la meditación basada en *mindfulness* sobre variables psicológicas en la EP. Entendiendo que la meditación reduce el estrés psicológico, ansiedad, depresión y dolor, y mejora la calidad de vida (Goyal et al., 2014), y que los conocimientos plasmados en la literatura sobre el tema de estudio son limitados, parece necesario realizar una investigación que permita responder a la pregunta de estudio.

Para responder a dicha cuestión, el objetivo de la presente investigación es diseñar, aplicar y evaluar un programa de meditación basada en *mindfulness* en personas con enfermedad de Parkinson para analizar los efectos de la práctica sobre diversas variables psicológicas (ansiedad, depresión, estrés percibido, calidad de vida).

Por tanto, se plantean como objetivos específicos de la investigación:

- Disminuir el nivel de ansiedad de los/as participantes.
- Disminuir el nivel de depresión de los/as participantes.
- Disminuir el estrés percibido en los/as participantes.
- Mejorar la calidad de vida de los/as participantes.

Respondiendo a dichos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis:

- El entrenamiento de meditación basada en *mindfulness*, disminuirá el nivel de ansiedad en los/as participantes.
- El entrenamiento de meditación basada en *mindfulness*, disminuirá el nivel de depresión en los/as participantes.
- El entrenamiento de meditación basada en *mindfulness*, disminuirá el estrés percibido en los/as participantes.
- El entrenamiento de meditación basada en *mindfulness*, mejorará la calidad de vida en los/as participantes.

En definitiva, se ofrece la aplicación de un programa de meditación basada en *mindfulness*, que permita evaluar los efectos sobre determinadas variables psicológicas en un grupo de personas con EP a través de la puesta en práctica de ejercicios de exploración corporal y meditación (práctica de atención plena) tanto en las sesiones guiadas como en la vida cotidiana.

Método

Participantes

En el presente estudio participaron 23 sujetos de dos asociaciones y un centro residencial de diferentes localidades de la provincia de Alicante, con edades superiores a 45 años y con diagnóstico G20.X Enfermedad de Parkinson, según la codificación de la CIE-10. Del total de los/as participantes finalizaron el estudio 17 sujetos, 9 pertenecieron al grupo experimental (GE) y 8 al grupo control (GC).

Tabla 1
Descripción sociodemográfica

	N = 17	Edad media = 69.4			GE		GC	
			N	%	N	%	N	%
GÉNERO		Mujer	8	47.00	4	44.44	4	50.00
		Hombre	9	53.00	5	55.56	4	50.00
ESTADO CIVIL		Soltero/a	1	5.88	0	0	1	12.50
		Casado/a o con pareja	10	58.83	6	66.67	4	50.00
		Divorciado/a o separado/a	1	5.88	1	11.11	0	0
		Viudo/a	5	29.41	2	22.22	3	37.50
NIVEL DE ESTUDIOS		No sabe leer ni escribir	1	5.88	0	0	1	12.50
		No cursado estudios pero sabe leer y escribir	6	35.30	1	11.11	5	62.50
		Graduado escolar, EGB.	4	23.53	3	33.33	1	12.50
		Estudios secundarios (BUP, COU, bachillerato, FP medio, FP superior)	5	29.41	4	44.45	1	12.50
		Estudios Universitarios	1	5.88	1	11.11	0	0
SITUACIÓN LABORAL		Ama de casa	3	15.00	1	11.11	2	25.00
		Desempleado/a	1	5.00	1	11.11	0	0
		Jubilado/a	10	65.00	5	55.56	5	62.50
		Incapacitado/a (invalidez permanente)	2	10.00	1	11.11	1	12.50
	Otros:	1	5.00	1	11.11	0	0	

Nota: GE=Grupo experimental; GC=Grupo control.

En cuanto a la descripción clínica, cabe señalar que el 41.18% de los/as participantes presentan otros trastornos psiquiátricos diagnosticados, mientras que el 23.53% argumentan tener otros trastornos psiquiátricos no diagnosticados. Así, más de la mitad (58.82%) toman psicofármacos para dichos trastornos, y el 94% acuden a sesiones de terapia neuropsicológica (estimulación cognitiva). Además, el 17.65% señalan haber tenido algún acontecimiento traumático en el último año. Y el 82.35% presentan otras patologías médicas.

Por otro lado, resaltar que los/as participantes fueron clasificados según la escala de Hoehn y Yahr (Hoehn y Yarh, 1987) para baremar la intensidad de la enfermedad empleando preguntas basadas en el “Test de Cribado de Parkinsonismo” (Duarte et al., 1995; citado en Bermejo, Porta-Etessam, Díaz y Martínez-Martín, 2008). La media grupal (\bar{x}) de años de evolución de la EP es de 7, mientras la media (\bar{x}) para los años de diagnósticos es de 5.

Tabla 2
Clasificación enfermedad de Parkinson de la muestra

Estadíos de Hoehn y Yahr		N	%
Estadío 0	Normal	0	0
Estadío 1	Afectación unilateral	10	58.82
Estadío 2	Afectación bilateral, equilibrio normal	2	11.77
Estadío 3	Afectación bilateral con alteración del equilibrio	3	17.65
Estadío 4	Aumento del grado de dependencia. No puede vivir solo, sin ayuda	1	9.52
Estadío 5	Severamente afectado. En silla de ruedas o cama	1	5.88

Variables e Instrumentos

Tabla 3
Operacionalización de variables

INDICADORES		TÉCNICAS
Ansiedad	Tensión o nerviosismo, preocupación, temor.	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) en su validación española de López-Roig et al., (2000).
Depresión	Estado anhedónico o incapacidad para experimentar placer.	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) en su validación de López-Roig et al. (2000).
Estrés percibido	Impredecibilidad, incontrolabilidad y sobrecarga de los estresores diarios, eventos vitales y recursos.	Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) en su adaptación española de Remor (2006).
Calidad de vida	Movilidad: Dificultad en los desplazamientos, realización de actividades instrumentales y ocio. Dolor: Molestias o sensaciones desagradables en el cuerpo. Bienestar emocional: Depresión, ansiedad. Bienestar cognitivo: Trastornos del sueño, pérdida de concentración. Comunicación: dificultad en interacción social. Actividades de la vida diaria: pérdida de autonomía en actividades de cuidado personal e instrumentales. Apoyo social: falta de apoyo. Estigmatización: evitación, ocultación de la enfermedad.	Cuestionario de calidad de vida en enfermedad de Parkinson (Parkinson's disease Questionnaire, PDQ-39) en su validación española de Martínez-Martín y Frades (1998).

Nota: VI: Entrenamiento en meditación basada en mindfulness (atención plena).

Para evaluar los efectos del programa de meditación basada en *mindfulness* tras su aplicación, se utilizó como metodología un diseño de evaluación pretest – postest en el que se administraron diferentes instrumentos de evaluación. Se diseñó un cuaderno de evaluación denominado “Cuaderno. Efectos de un programa de *mindfulness* sobre variables psicológicas en pacientes con Parkinson” para medir las variables psicológicas de estudio.

Dicho cuaderno constó de los siguientes instrumentos de evaluación:

A) Entrevista estructurada (anamnesis). Permite recoger información preliminar sobre datos sociodemográficos, diagnóstico, curso de la enfermedad y tratamiento (ver “Anexo 1”).

B) Autoinformes. Para medir las variables de estudio.

1. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; Zigmond y Snaith, 1983), en su validación de la versión española de López-Roig et al. (2000). Cuestionario autoaplicado cuyo objetivo es evaluar el estado afectivo-emocional. Consta de 14 ítems medidos en dos subescalas de 7 ítems cada una (ansiedad ítems impares y depresión ítems pares). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. Mayor puntuación indica mayor estado medido. La consistencia interna de la prueba oscila entre un alfa de Cronbach de .85 para la subescala HADS-D, y de .80 para la subescala HADS-A (Cabrera et al., 2015).

2. Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), en su adaptación española de Remor (2006). Cuestionario autoaplicado constituido por 14 ítems que evalúa el nivel de estrés percibido en el último mes. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Mayor puntuación indica mayor nivel de estrés percibido. La consistencia interna de la prueba oscila entre un alfa de Cronbach de .81 (Remor, 2006).

3. Cuestionario de calidad de vida en enfermedad de Parkinson (Parkinson's disease Questionnaire, PDQ-39; Peto, Jenkinson, Fitzpatrick y Greenhall, 1995), en su validación de

la versión española de Martínez-Martín y Frades (1998). Cuestionario autoaplicado constituido por 39 ítems agrupados en 8 subescalas que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud percibida. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Menor puntuación indica un mejor estado de salud autopercebido (Kulisevsky, 2013). La consistencia interna oscila entre un alfa de Cronbach de .87 (Martínez-Martín y Frades, 1998).

Considerando que se trata de un GE de 9 personas con EP, que presentan dificultades emocionales según la evaluación previa realizada, se ha diseñado un programa de meditación basada en *mindfulness*, adaptado del programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de Kabat-Zinn (1990), y empleando prácticas guiadas de Vicente Simón (2012).

Dicho programa está compuesto por 8 sesiones grupales, de aproximadamente 1 hora de duración, desarrolladas de forma semanal en un periodo de 2 meses, en la asociación de enfermos de Parkinson de Elche, y consta de dos partes simultáneas:

Parte formal (grupal)

1. Revisión de prácticas en el hogar.
2. Exploración corporal.
3. Meditación (atención a la respiración, sensaciones de los sentidos del cuerpo, emociones, pensamientos, autocompasión).

Parte informal (individual a diario en el hogar)

1. Ejercicio de respiración.
2. Ejercicio de meditación propuesto (véase en la “tabla 4”).

Tabla 4

Descripción del programa de meditación basada en mindfulness

	OBJETIVOS	CONTENIDOS
PRÁCTICA 1	-Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración.	<u>PRÁCTICA FORMAL</u> 1. Exploración corporal (40 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) <u>PRÁCTICA INFORMAL:</u> (A) Ejercicio de respiración (10 minutos) (B) Atención a la respiración contando de 1 a 10 las respiraciones (10 minutos)

PRÁCTICA 2	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración. -Focalizar la atención en los sentidos del cuerpo: vista y oído. 	<p><u>PRÁCTICA FORMAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración corporal (15 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) 3. Atención a las sensaciones del cuerpo: vista y oído (25 minutos) <p><u>PRÁCTICA INFORMAL:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> (A) Ejercicio de respiración (10 minutos) (B) Atención a las formas y sonidos (10 minutos)
PRÁCTICA 3	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración. -Focalizar la atención en los sentidos del cuerpo: olfato y gusto. 	<p><u>PRÁCTICA FORMAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración corporal (15 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) 3. Atención a las sensaciones del cuerpo: olfato y gusto (25 minutos) <p><u>PRÁCTICA INFORMAL:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> (A) Ejercicio de respiración (10 minutos) (B) Atención a los olores (10 minutos)
PRÁCTICA 4	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración. -Focalizar la atención en los sentidos del cuerpo: tacto. 	<p><u>PRÁCTICA FORMAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración corporal (15 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) 3. Atención a las sensaciones del cuerpo: tacto (25 minutos) <p><u>PRÁCTICA INFORMAL:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> (A) Ejercicio de respiración (10 minutos) (B) Atención a las AVDs (10 minutos)
PRÁCTICA 5	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración. -Focalizar la atención en las emociones negativas. 	<p><u>PRÁCTICA FORMAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración corporal (15 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) 3. Atención a las emociones negativas (25 minutos) <p><u>PRÁCTICA INFORMAL:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> (A) Ejercicio de respiración (10 minutos) (B) Observación de emociones en ese instante (10 minutos)
PRÁCTICA 6	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración. -Focalizar la atención en las emociones positivas. 	<p><u>PRÁCTICA FORMAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración corporal (15 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) 3. Atención a emociones positivas (25 minutos) <p><u>PRÁCTICA INFORMAL:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> (A) Ejercicio de respiración (10 minutos) (B) Observación de un momento agradable (10 minutos)
PRÁCTICA 7	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración. -Focalizar la atención en los pensamientos. 	<p><u>PRÁCTICA FORMAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración corporal (15 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) 3. Atención a los pensamientos (25 minutos) <p><u>PRÁCTICA INFORMAL:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> (A) Ejercicio de respiración (10 minutos) (B) Observación del pensamiento en el momento (10 minutos)
PRÁCTICA 8	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizar la atención en las sensaciones de las partes del cuerpo. -Focalizar la atención en la respiración. -Focalizar la atención en la autocompasión. 	<p><u>PRÁCTICA FORMAL</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exploración corporal (15 minutos) 2. Atención a la respiración (10 minutos) 3. Atención a la autocompasión (25 minutos)

Nota: El primer día se realiza psicoeducación sobre *mindfulness* y EP; Al principio de cada sesión se dedican 10 minutos para la revisión de la práctica diaria en el hogar.

Puesto que desde la asociación se imparten dentro de un enfoque multidisciplinar sesiones de logopedia, fisioterapia y estimulación cognitiva, el programa de meditación aplicado fue incluido dentro de la dinámica del centro durante el periodo de aplicación. Por otra parte, la práctica informal ha permitido incorporar el entrenamiento en el ambiente natural. Para poder realizar un seguimiento sobre dicha práctica, se ha facilitado cada semana una hoja de registro de actividades denominado “diario semanal” (ver “Anexo 2”). Además, se facilitó una hoja de “información detallada” en la que se recordaba la finalidad de la práctica.

Procedimiento

La investigación comienza con una revisión de la literatura previa sobre la EP y *mindfulness*. A continuación, se diseñó un proyecto informal de investigación que fue presentado a las asociaciones de enfermos de Parkinson de Elche y Novelda, y al centro residencial para mayores “Domus vi Carrús” de Elche. A posteriori, se efectuó la preparación de los instrumentos de evaluación, diseño del programa y organización de los materiales necesarios.

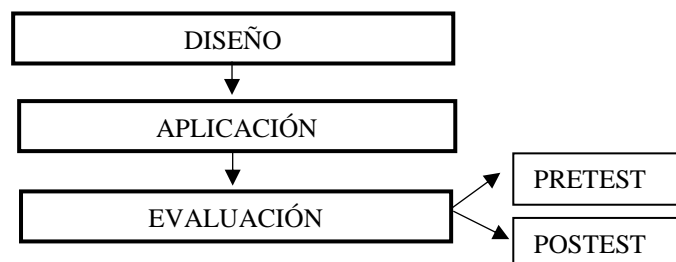


Figura 1. Fases de la investigación.

Siguiendo la ética profesional, se elaboró una hoja de consentimiento informado que fue firmada antes de la fase de evaluación, donde se explicó la confidencialidad, objetivo y otras características de la investigación (ver “Anexo 3”). Además, se han cumplido los trámites correspondientes para la aprobación del proyecto por parte del Órgano Evaluador de Proyectos de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Para definir la población de estudio se desarrollaron criterios de inclusión y exclusión que permitieron reducir variables extrañas y obtener una muestra cumplidora para la intervención.

Tabla 5
Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Cumplir los criterios de diagnóstico de enfermedad de Parkinson.	Estar realizando otra práctica de <i>mindfulness</i> o técnica de focalización de atención (Yoga, relajación...).
Tener más de 45 años y hablar castellano.	
Cumplimentar el consentimiento informado.	
Asistencia al menos al 75% de las prácticas grupales y compromiso con la práctica diaria.	

La muestra se obtuvo de manera no probabilística e intencional, ya que el proyecto se ofreció a asociaciones accesibles geográfica y temporalmente para poder llevar a cabo el estudio, seleccionándose aquellas personas que cumplieran los criterios anteriormente mencionados.

Puesto que la intervención cuenta con un GE y un GC, el procedimiento de asignación de los grupos fue no aleatorizado, es decir, se asignaron los participantes a cada grupo en función de características de accesibilidad. En este sentido, el GE estuvo formado por personas pertenecientes a la asociación de Parkinson de Elche, y el GC por personas de la asociación de Parkinson de Novelda y centro residencial “Domus vi Carrús” de Elche.

Si bien el estudio fue llevado a cabo por la autora de este trabajo, los profesionales de psicología de los centros colaboradores participaron en el proceso. Las evaluaciones del GE y GC fueron desarrolladas en sus respectivos centros.

Para dichas evaluaciones, tanto en la fase pretest como postest, se aplicaron los mismos instrumentos de evaluación con el objetivo de evaluar la eficacia del programa y los cambios producidos en las variables de estudio.

Tabla 6
Recursos empleados

	TIPO	MATERIALES
RECURSOS HUMANOS		Investigadora Profesionales de la Psicología de los centros
RECURSOS MATERIALES	Inventariables Fungibles Instalaciones	Ordenador portátil, proyector, power-point Escala de evaluación, hojas, autorregistros Centros colaboradores

Tabla 7
Temporalización de la investigación

		S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	3, 6 y 12
		1-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	meses	
DISEÑO	Revisión, descripción y preparación del programa y materiales	X												
	Sesión 1			X										
	Sesión 2				X									
APLICACIÓN	Sesión 3					X								
	Sesión 4						X							
	Sesión 5							X						
	Sesión 6								X					
	Sesión 7									X				
	Sesión 8											X		
EVALUACIÓN	Evaluación pre-		X											
	Evaluación post-Seguimiento											X		---

Tipo de diseño

Atendiendo a las características de la investigación, se trata de un estudio de diseño cuasi-experimental no probabilístico, en el que se ha extraído la muestra de forma intencional a través de sujetos accesibles, los/as participantes han sido asignados a los grupos de estudio de forma no aleatoria sin un proceso de pre-selección y se ha manipulado la variable predictora.

Si bien no se consigue controlar variables externas y este tipo de diseño puede resultar no altamente riguroso, los criterios de inclusión y exclusión desarrollados han posibilitado

reducir variables extrañas. Además, la hoja de registro de actividades en el hogar ha permitido conocer otras variables como “cambio en la medicación”, “realización de otras actividades” y la práctica de los ejercicios propuestos.

Análisis de los datos

Para poder responder a los objetivos de la investigación y, por consiguiente, aceptar o refutar las hipótesis planteadas, es pertinente realizar diferentes análisis estadísticos que permitan la comparación entre grupos y durante un periodo de tiempo.

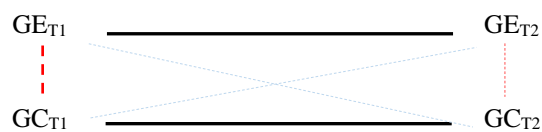


Figura 2. Verificación de hipótesis.

Los estadísticos de las pruebas paramétricas son exigentes en cuanto a los niveles de medida y naturaleza y tamaño de la muestra (>30). En este caso, dado el reducido tamaño muestral y la exigencia de cumplimiento de supuestos, se han utilizado pruebas no paramétricas como, a) Test de los rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, cuya finalidad es comparar las posibles diferencias entre las medidas pre- y post- de cada variable para el GE y GC, b) Prueba U de Mann-Whitney, para comparar si dos muestras independientes (GE y GC) difieren o no en una variable cuantitativa, y c) Prueba Chi-Cuadrado, para comprobar la equivalencia entre el GE y el GC en variables cualitativas.

Para la realización de cada contraste de hipótesis, el Test de los rangos con signos de Wilcoxon informa de la mediana y el rango intercuartil (Q1-Q3) como medidas de distribución y posición, posibilitando observar la posible existencia de tendencias de varianza en el GE y GC.

Los análisis estadísticos se realizaron usando el programa IBM SPSS Statistics versión 23.0 asumiendo como estadísticamente significativo aquellos valores de $p < .050$.

Resultados

En primer lugar, cabe señalar que tras el proceso de intervención se ha observado que más de la mitad de sujetos del GE han asistido al 100% de las sesiones del programa aplicado (n=6), mientras que el resto de sujetos han asistido al 85,5% (n=1) y 75% de sesiones (n=2). Además, en cuanto a la realización de ejercicios en el ambiente natural, a) el ejercicio de respiración ha sido realizado entre el 70 y 100% de las veces por 8 participantes, y menos del 35% por un sujeto; y, b) el ejercicio de meditación ha sido realizado entre el 70 y 100% de las veces por 5 personas, mientras que el resto ha realizado dicha actividad menos del 60% (n=4).

Tabla 8

Equivalencia entre el GE y GC, variables cuantitativas pretest (Prueba U)

<i>Variables</i>	<i>Mdn</i>	<i>Q1-Q3</i>	<i>Z</i>	<i>p-valor</i>	<i>r</i>
HADS-A/Pre	9.00	6.00-11.50	-.967	.370	.235
HADS-D/Pre	6.00	2.50-11.50	-1.692	.093	.410
PSS/Pre	28.00	20.50-35.50	-.676	.541	.164
PDQ/Mov/Pre	.275	.112-.575	-1.492	.139	.362
PDQ/AVDs/Pre	.417	.146-.542	-1.403	.167	.340
PDQ/BE/Pre	.500	.229-.604	-1.595	.114	.387
PDQ/Est/Pre	.125	.000-.219	-.790	.841	.192
PDQ/AS/Pre	.333	.062-.500	-1.079	.321	.262
PDQ/EC/Pre	.250	.187-.500	-.295	.815	.072
PDQ/Com/Pre	.167	.000-.292	-.637	.541	.154
PDQ/Do/Pre	.333	.208-.625	-.580	.606	.141
PDQ-39/Pre	.293	.226-.414	-1.540	.139	.373

Nota: Mdn=Mediana; Q1-Q3=Rango intercuartil; Z=Valor de la prueba Wilcoxon; r=tamaño del efecto; HADS-A=Subescala hospitalaria de ansiedad; HADS-D=Subescala hospitalaria de depresión; PSS= Escala de estrés percibido; PDQ-39=Escala de calidad de vida; PDQ/Mov/Pre=Subescala movilidad pretest; PDQ/AVDs/Pre=Subescala actividades de la vida diaria pretest; PDQ/BE/Pre=Subescala bienestar emocional pretest; PDQ/Est/Pre=Subescala estigmatización pretest; PDQ/AS/Pre=Subescala apoyo social pretest; PDQ/EC/Pre=Subescala estimulación cognitiva pretest; PDQ/Com/Pre=Subescala comunicación pretest; PDQ/Do/Pre=Subescala dolor pretest; * p-valor= <.050.

En la tabla 8 se presenta el análisis descriptivo y contraste de hipótesis intersujetos de las variables de interés. Las puntuaciones para la prueba indican ausencia de diferencias significativas en las medidas pretratamiento ($p > .050$). Pues las distribuciones son las mismas entre las categorías grupo, por lo que ambos grupos (GE y GC) son equivalentes.

Del mismo modo, cabe señalar que la puntuación de la prueba para la variable *edad* denota ausencia de diferencias significativas ($p=.059$) entre ambos grupos. Y, en cuanto a la variable cualitativa *sexo*, la prueba Chi-cuadrado sugiere que ambos grupos no difieren para la misma ($p=.819$).

Tabla 9

Análisis descriptivos intrasujetos GE y GC (Prueba de Wilcoxon muestras relacionadas)

	GE				GC			
	PRE		POST		PRE		POST	
	<i>Mdn</i>	<i>Q1-Q3</i>	<i>Mdn</i>	<i>Q1-Q3</i>	<i>Mdn</i>	<i>Q1-Q3</i>	<i>Mdn</i>	<i>Q1-Q3</i>
HADS-A	9.00	4.00-10.50	5.00	4.00-11.00	10.00	6.50-12.75	11.00	7.75-15.75
HADS-D	5.00	2.50-6.50	3.00	1.50-6.00	11.50	3.50-14.25	10.50	3.50-14.25
PSS	27.00	20.00-33.50	19.00	17.50-26.00	28.50	21.25-39.50	32.00	19.50-41.75
PDQ/Mov	.225	.075-.337	.200	.062-.362	.462	.231-.781	.562	.187-.887
PDQ/AVDs	.250	.083-.437	.083	.042-.271	.479	.240-.667	.646	.271-.823
PDQ/BE	.292	.238-.604	.167	.083-.542	.542	.469-.646	.562	.365-.823
PDQ/Est	.125	.031-.312	.000	.000-.344	.062	.000-.187	.125	.016-.187
PDQ/AS	.167	.062-.458	.167	.000-.292	.437	.083-.500	.208	.000-.458
PDQ/EC	.250	.187-.437	.125	.104-.250	.250	.187-.500	.406	.250-.594
PDQ/Com	.167	.000-.292	.167	.042-.375	.208	.021-.375	.250	.000-.458
PDQ/Do	.250	.167-.708	.333	.125-.417	.458	.208-.646	.500	.344-.646
PDQ-39	.269	.197-.500	.195	.095-.288	.351	.275-.471	.430	.222-.554

Nota: Mdn=Mediana; Q1-Q3=Rango intercuartil; HADS-A=Subescala hospitalaria de ansiedad; HADS-D=Subescala hospitalaria de depresión; PSS= Escala de estrés percibido; PDQ-39=Escala de calidad de vida; PDQ/Mov=Subescala movilidad; PDQ/AVDs=Subescala actividades de la vida diaria; PDQ/BE=Subescala bienestar emocional; PDQ/Est=Subescala estigmatización; PDQ/AS=Subescala apoyo social; PDQ/EC=Subescala estimulación cognitiva; PDQ/Com=Subescala comunicación; PDQ/Do=Subescala dolor.

Por otro lado, la tabla 9 presenta los análisis descriptivos intrasujetos del GE y GC. Según se esperaba, en el grupo GE se percibe tendencias de varianza de mejora de la sintomatología expuesta, ya que la puntuación de las medianas en las variables *ansiedad* (HADS-A) y *depresión* (HADS-D), así como del *estrés percibido* (PSS) han disminuido en la fase postratamiento. Igualmente, tanto en la variable *calidad de vida* (PDQ-39) como en sus dimensiones, se percibe que las puntuaciones de las medianas se han reducido, lo cual indica que ha mejorado la percepción de *calidad de vida* para cada una de las dimensiones. Sin embargo, se observa mayor sensación de *dolor* (PDQ/Do), pues la puntuación de la mediana ha incrementado.

En cambio, en el GC se observa que las puntuaciones de las medianas se presentan prácticamente estables, con ligera tendencia al alza en el nivel de *ansiedad* (HADS-A) y *estrés percibido* (PSS). Además, se percibe cierta tendencia de menor percepción de *calidad de vida* (PDQ-39).

Tabla 10
Contraste de hipótesis intrasujetos GE y GC (Prueba de Wilcoxon)

	GE			GC		
	Z	p-valor	r	Z	p-valor	r
HADS-A	-0.992	.321	.234	-0.710	.478	.177
HADS-D	-1.119	.263	.263	-0.492	.623	.123
PSS	-1.691	.091	.399	-0.169	.866	.042
PDQ/Mov	-.475	.635	.112	-1.014	.310	.077
PDQ/AVDs	-2.371	.018*	.558	-1.156	.248	.289
PDQ/BE	-1.129	.259	.226	-.632	.528	.158
PDQ/Est	-.520	.603	.123	-.317	.751	.079
PDQ/AS	-.921	.357	.217	-1.214	.225	.303
PDQ/EC	-2.280	.023*	.537	-1.709	.088	.427
PDQ/Com	1.552	.121	.368	.000	1.000	.000
PDQ/Do	-.987	.323	.233	-.315	.752	.078
PDQ-39	-1.599	.110	.377	-.420	.674	.105

Nota: Z=Valor de la prueba Wilcoxon; r=tamaño del efecto; HADS-A=Subescala hospitalaria de ansiedad; HADS-D=Subescala hospitalaria de depresión; PSS= Escala de estrés percibido; PDQ-39=Escala de calidad de vida; PDQ/Mov=Subescala movilidad; PDQ/AVDs=Subescala actividades de la vida diaria; PDQ/BE=Subescala bienestar emocional; PDQ/Est=Subescala estigmatización; PDQ/AS=Subescala apoyo social; PDQ/EC=Subescala estimulación cognitiva; PDQ/Com=Subescala comunicación; PDQ/Do=Subescala dolor; * p-valor= <.05.

Siguiendo el contraste de hipótesis, la comparación intrasujetos resultó no significativa ($p > .050$) para el GC en cada una de las variables de estudio. En cambio, en el GE se han encontrado cambios significativos en la dimensión de *actividades de la vida diaria* (PDQ/AVDs) ($p = .018$), y en la dimensión *estimulación cognitiva* (PDQ/EC) ($p = .023$) del PDQ-39, cuyas puntuaciones resultaron menores en la fase postratamiento y, por tanto, reflejaron mejor percepción de calidad de vida. No se observaron cambios significativos en el resto de dimensiones en el GE.

Además, los tamaños del efecto fueron calculados a través de la r de Rosenthal (1991).

En el GE los tamaños del efecto fueron altos ($r = .50$) en las dimensiones *actividades de la vida diaria* ($r = .558$) y *estimulación cognitiva* ($r = .537$), mientras que los cambios no

significativos plasmaron tamaños del efecto medios y/o próximos ($r=.30$) en las variables *estrés percibido* ($r=.399$), *calidad de vida* ($r=.377$), HADS-A ($r=.234$), HADS-D ($r=.263$) y en las dimensiones *comunicación* ($r=.368$), *bienestar emocional* ($r=.226$), *apoyo social* ($r=.217$) y *dolor* ($r=0.233$) del PDQ-39, y tamaños del efecto bajos ($r=.10$) para el resto de dimensiones. En cambio, en el GC los tamaños del efecto fueron medios y/o próximos a ello en las dimensiones *apoyo social* ($r=.303$), *estimulación cognitiva* ($r=.427$) y actividades de la vida diaria ($r=.289$) del PDQ-39, y bajos para el resto de variables.

Discusión y conclusiones

En la presente investigación se planteó como hipótesis que a través de un programa de meditación basada en *mindfulness* disminuiría el nivel de ansiedad, depresión y estrés percibido, y mejoraría la percepción de calidad de vida de los/as participantes.

En primer lugar, cabe destacar que a través de la realización de la Prueba U de Mann-Whitney y Chi-Cuadrado se observa que las medidas pretratamiento del GE y GC no difieren en las variables de estudio, por lo que ambos grupos son comparables.

Realizando una comparación intrasujetos de los resultados tras la aplicación del programa de intervención se observan cambios de mejora en las variables de interés. Sin embargo, los resultados únicamente han resultado significativos para la dimensión *actividades de la vida diaria* y *estimulación cognitiva* del PDQ-39. Esto puede ser debido al reducido tamaño de la muestra de estudio, ya que la significación estadística depende de la magnitud que se desee probar y del tamaño muestral, de manera que cuando la magnitud de las diferencias es pequeña se requieren muestras grandes para reducir el error estándar y detectar los cambios (Manterola y Pineda, 2008). También resulta pertinente apuntar la importancia de realizar la práctica informal a diario durante la aplicación del programa para evidenciar los cambios. En este caso, si bien la mayoría de participantes han realizado el ejercicio de respiración de la práctica informal más del 70% de las veces, el ejercicio de meditación ha

sido realizado por la mitad del grupo menos del 60% de las veces, lo cual podría contribuir a que los cambios no hayan sido mayores. Además, el tiempo estimado para la realización de cada ejercicio diario también ha sido reducido (10 minutos). Y, como se estableció en apartados anteriores, a pesar de conseguir reducir algunas variables extrañas a través de los criterios de inclusión y exclusión, cabe considerar la posibilidad de que otras variables (cambios en la medicación, nivel de asistencia a terapia neuropsicológica, acontecimientos externos estresantes) hayan influido en que los cambios sean pequeños.

Por tanto, si bien metodológicamente no se cumplen las hipótesis planteadas, los resultados revelan cambios de mejora entre la fase pre- y postratamiento. Y es que se ha conseguido reducir los niveles de *ansiedad*, *depresión* y *estrés percibido* en el GE. Además, la percepción de *calidad de vida* ha mejorado para cada una de sus dimensiones, excepto para la dimensión de *dolor*. Destacando los cambios significativos, parece interesante señalar que los/as participantes han mejorado en la dimensión de *actividades de la vida diaria*, la cual describe la autonomía en las actividades de cuidado personal y actividades instrumentales de la vida diaria, y en la dimensión de *estimulación cognitiva*, dirigida a medir problemas del sueño y concentración. Dichos cambios pueden explicarse como consecuencia de los beneficios que la meditación basada en *mindfulness* aporta al cerebro, ya que favorece la concentración, memoria, capacidad de aprendizaje y ahorro de energía, y permite mejorar el autoconcepto, la conciencia corporal y la capacidad de gestionar las emociones (regulación emocional) a partir de la modificación de valores (Martínez, 2016).

Como se especificó en el apartado introductorio, la EP produce deterioro cognitivo y emocional, afectando directamente a la calidad de vida de las personas (Navarro-Peternella y Marcon, 2012). Se conoce que las estrategias de intervención basadas en *mindfulness* (IBM) son adaptables en personas con estrés, ansiedad o depresión (Hervás, Cebolla y Soler, 2016), pues disminuyen los síntomas primarios (Strauss et al., 2014) y el número de episodios

depresivos (Shawyer, Enticott, Ozmen, Inder y Meadows, 2016), reducen la sintomatología ansiosa en los trastornos de ansiedad (Vøllestad, Sivertsen y Nielsen, 2011) y mejoran la capacidad de interpretación de sucesos estresantes y los niveles de estrés (Garland et al., 2011). Sin embargo, el número de investigaciones dirigidas a personas con EP es limitado o no consiguen dar respuestas definitivas a los efectos sobre variables psicológicas, lo cual puede deberse a que se minimiza la consideración de los signos emocionales (Torrighiani, 2015).

El presente estudio sugiere una nueva aproximación al respecto. Pues los resultados obtenidos son consistentes con los estudios realizados acerca de la relación entre la práctica de *mindfulness* y bienestar psicológico. Por tanto, es preciso reflejar la importancia de aplicar programas de meditación basada en *mindfulness* que permitan mejorar los cambios emocionales de la EP.

En cuanto a las limitaciones en el diseño y ejecución, cabe señalar que en este estudio la muestra no se ha obtenido al azar y, además, la asignación de los/as participantes a los grupos de estudio (GE y GC) se ha realizado de forma no aleatoria, lo cual, dificulta la extrapolación a la población general y disminuye el tamaño muestral. Otro aspecto importante que no se ha llevado a cabo en este estudio por la limitación de tiempo, es la realización de un seguimiento desde la finalización del programa de intervención para evaluar su eficacia a largo plazo.

En próximas investigaciones, sería oportuno seleccionar la muestra mediante el azar y asignar los/as participantes a grupos de estudio de forma aleatoria, obteniendo una muestra de mayor tamaño. También sería preciso valorar a) la ampliación del tiempo de práctica informal, b) la modificación de determinadas prácticas grupales (aumento del número de sesiones de “atención a los pensamientos”) que permita a los/as participantes entender mejor

el flujo del pensamiento y, c) el uso de otros materiales de estimulación sensorial más complejos, como por ejemplo aceites esenciales y cuencos tibetanos.

Para concluir, señalar que si bien los resultados obtenidos no son significativos, el programa de meditación basada en *mindfulness* consigue responder a los objetivos propuestos (reducir el nivel de ansiedad, depresión y estrés percibido, y mejorar la calidad de vida).

Referencias bibliográficas

- Advocat, J., Enticott, J., Vandenberg, B., Hased, C., Hester, J. y Russell, G. (2016). The effects of a mindfulness-based lifestyle program for adults with Parkinson's disease: a mixed methods, wait list controlled randomised control study. *Neurology*, 16(1), 166. doi: 10.1186/s12883-016-0685-1
- Bedard, M., Felteau, M., Mazmanian, D., Fedyk, K., Klein, R., Richardson, J., Parkinson, W. y Minthorn-Biggs, M.B. (2003). Pilot evaluation of a mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries: One-Year Follow-Up. *Disability and Rehabilitation*, 25(13), 722-731. doi: doi.org/10.1080/0963828031000090489
- Bermejo, F., Porta-Etessam, J., Díaz, J. y Martínez-Martín, P. (2008). *Más de cien escalas en neurología*. España: Aula Médica.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. y Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 68(6), 539–544. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.005
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M.C., Núñez, R. y Pastor, M.A. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, 33(3), 181-193. doi: dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300003

- Carlson, L.E. y Garland, S.N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 278-285. doi: 10.1207/s15327558ijbm1204_9
- Cash, T.V., Ekouevi, V.S., Kilbourn, C. y Lageman, S.K. (2016). Pilot study of a mindfulness-based group intervention for individuals with Parkinson's disease and their caregivers. *Mindfulness*, 7(2), 361-371. doi: 10.1007/s12671-015-0452-1
- Catalán, M.J. y Rodríguez, A. (s.f.). *Definición de la enfermedad de Parkinson*. Madrid, España: Asociación Parkinson Madrid. Recuperado el 11 de noviembre de 2017 desde <https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. Recuperado el 12 de octubre de 2017 desde www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf
- Cozzo, G. y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 8(1), 1-15. doi: 10.5872/psiencia/8.1.21
- Duarte, J., Clavería, L.E., De Pedro-Cuesta, J., Sempere, A.P., Coria, F. y Calne, D.B. (1995). Screening Parkinson's disease: A validated questionnaire of high specificity and sensitivity. *Movement Disorders*, 10(5), 643-649. doi: 10.1002/mds.870100518
- Farb, N.A.S., Anderson, A.K., Mayberg, H., Bean, J., Mckeeon, D. y Segal, Z.V. (2010). Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*, 10, 25-33. doi: 10.1037/a0017151
- Federación Española de Parkinson (s.f.). *Conoce la enfermedad*. Madrid, España: Federación Española de Parkinson. Recuperado el 27 de diciembre de 2017 desde <http://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/>

- Ferszt, G.G., Miller, R.J., Hickey, J.E., Maull, F. y Crisp, K. (2015). The Impact of a Mindfulness Based Program on Perceived Stress, Anxiety, Depression and Sleep of Incarcerated Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12(9), 11594-11607. doi: 10.3390/ijerph120911594
- Franco, C. (2010). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Atención Primaria*, 42(11), 564-570. Doi: 10.1016/j.aprim.2009.10.020
- Garland, E.L., Gaylord, S.A. y Fredrickson, B.L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2(1), 59-67. doi: 10.1007/s12671-011-0043-8
- Gil, J., Barreto, P. y Montoya, I. (2010). Mejoras de las capacidades de atención plena y reducción de síntomas psicopatológicos con mindfulness. *Informació Psicològica*, 98, 42-54. Recuperado el 15 de noviembre de 2017 desde <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/159/125>
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D.D., Shilab, H.M., Ranasinghe, P.D., Linn, S., Saha, S., Bass, E.B. y Haythornthwaite, J.A. (2015). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018.
- 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. Recuperado el 11 de noviembre de 2017 desde http://clysa.elsevier.es/en/intervenciones-psicologicas-basadas-mindfulness-sus/articulo/S1130527416300391/#.WnI_vPmuhJN

- Hoehn M.M., y Yahr, M.D. (1967). Clasificación por Estadíos de Hoehn y Yahr. *Neurology*, 17, 427-442.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta Book Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg016
- Kulisevsky, J., Luquin, M.R., Arbelo, J.M., Burguera, J.A., Carillo, F., Castro, A., Chacón, J., García-Ruíz, P.J., Lezcano, E., Mir, P., Martínez-Castrillo, J.C., Martínez-Torres, I., Puente, V., Sesar, A., Valldeoriola-Serra, F. y Yañez, F. (2013). Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento (Parte I). *Neurología*, 28(8), 503-521. doi: doi.org/10.1016/j.nrl.2013.05.001
- Leichsenring, F y Leweke, F. (2017). ¿Qué es el trastorno de ansiedad social? *New England Journal of medicine*, 376, 2255-2264. doi: 10.1056/NEJMcp1614701
- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Neipp, M.C., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M., Sánchez, S. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y Depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 127-157. Recuperado el 13 de octubre de 2017 desde [http://revistas.innovacionmh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path\[\]=1174&path\[\]=273](http://revistas.innovacionmh.es/index.php?journal=psicologiasalud&page=article&op=view&path[]=1174&path[]=273)
- Macías, Y. (2006). *Ansiedad, ira y tristeza-depresión en la enfermedad de Parkinson*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Manterola, C. y Pineda, V. (2008). El valor de “p” y la “significación estadística”. Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. Interpretation of medical statistics. *Revistas Chilena de Cirugía*, 60(1), 86-89. doi: dx.doi.org/10.4067/S0718-4026200800010001

- Martín, A., Rodríguez, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A. y Moix, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528. doi: doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.007
- Martínez-Martín, P. y Frades, B. (1998). Quality of life in Parkinson's disease: validation study of the PDQ-39 Spanish version. The Grupo Centro for Study of Movement Disorders. *Journal of Neurology*, 245(1), 34-38. Recuperado el 13 de octubre de 2017 desde https://www.researchgate.net/publication/13666204_Quality_of_life_in_Parkinson%27s_disease_Validation_study_of_the_PDQ-39_Spanish_version_The_Grupo_Centro_for_Study_of_Movement_Disorders
- Martínez, Y. (2016). *Mindfulness: ¿Qué cambia en nuestro cerebro con su entrenamiento?* Sevilla, España: Hablemos de Neurociencia. Recuperado el 30 de enero de 2018 desde <http://www.hablemosdeneurociencia.com/mindfulnessque-cambia-cerebro-entrenamiento/>
- Mehling, W.E., Price, C., Daubenmier, J.J., Acree, M. Bartmess, E. y Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *Plos One*, 7(11), pp. e48230. doi: 10.1371/journal.pone.0048230
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2016). *Enfermedad de Parkinson: Esperanza en la investigación*. Nueva York, EE.UU.: National Institute of Health. Recuperado el 9 de octubre de 2017 desde https://www.espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm
- Navarro-Peternella, F.M. y Marcon, S.S. (2012). Calidad de vida de las personas con enfermedad de Parkinson y su relación con la evolución en el tiempo y la gravedad de la enfermedad. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 20(2), 1-8. Recuperado el 27 de diciembre de 2017 desde www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_23.pdf

- Pickut, B., Vanneste, S., Hirsch, M.A., Hecke, W.V., Kerckhofs, E., Mariën, P., Parizel, P.M., Crosiers, D. y Cras, P. (2015). Mindfulness Training among Individuals with Parkinson's disease: Neurobehavioral Effects. *Parkinson's disease*, 2015, 1-6. doi: dx.doi.org/10.1155/2015/816404
- Peto, V., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R. y Greenhall, R. (1995). The development and validation of a short measure of functioning and well-being for individuals with Parkinson's disease. *Quality of Life Research*, 4, 241-248. Recuperado el 16 de octubre de 2017 desde https://www.researchgate.net/publication/15584680_The_development_and_validation_of_a_short_measure_of_functioning_and_well_being_for_individuals_with_Parkinson%27s_disease
- Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. Recuperado el 15 de octubre de 2017 desde www.psy.cmu.edu/~scohen/Remor_2006_article_EurSpanPSS.pdf
- Ros-Bernal, F., Barcia, E., Fernández-Villalba, E., De Pablos, V. y Herrero, M.T. (2009). Modelos experimentales en la enfermedad de Parkinson. En P.J. Ruíz-Espiga y J.C. Martínez (Ed.), *Guía oficial de práctica clínica en la enfermedad de Parkinson 2009* (01-38). Madrid, España: Thomson Reuters.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Schapira, A. H. (2013). Recent developments in biomarkers in Parkinson disease. *Current Opinion in Neurology*, 26, 395-400. doi: 10.1097/WCO.0b013e3283633741.

- Serra, J., Sánchez, A. y Alonso, J.I. (2012). Tratamiento efectuado en pacientes de Parkinson de la Asociación de Esclerosis Múltiple de Albacete. *Revista Fisioterapia (Guadalupe)*, 10(1), 37-47. Recuperado el 29 de diciembre de 2017 desde <http://repositorio.ucam.edu/handle/10952/430>
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599. Recuperado el 29 de enero de 2018 desde <http://mindfullawyerconference.org/pdf/art-98Behaviormed-Shapiro.pdf>.
- Shawyer, F., Enticott, J.C., Özmen, M., Inder, B. y Meadows, G.N. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent major depression: A “best buy” for health care? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(10), 1001-1013. doi 10.1177/0004867416642847
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67), 5-30.
- Simón, V. (2012). (Productor). *Mindfulness - 3-la-respiración*. [Audio podcast]. Recuperado el 16 de octubre de 2017 desde http://www.ivoox.com/vicente-simon-mindfulness-3-la-respiracion-audios-mp3_rf_1140355_1.html
- Simón, V. (2012). (Productor). *Mindfulness - 4-El-cuerpo*. [Audio podcast]. Recuperado 17 de octubre de 2017 desde http://www.ivoox.com/vicente-simon-mindfulness-4-el-cuerpo-audios-mp3_rf_1140366_1.html
- Simón, V. (2012). (Productor). *Mindfulness - 8-la-mente*. [Audio podcast]. Recuperado el 3 de noviembre de 2017 desde http://www.ivoox.com/vicente-simon-mindfulness-8-la-mente-audios-mp3_rf_1140513_1.html
- Simón, V. (2012). (Productor). *Mindfulness - Barrido corporal*. [Audio podcast]. Recuperado el 16 de octubre de 2017 desde http://www.ivoox.com/vicente-simon-mindfulness-barrido-corporal-audios-mp3_rf_1140630_1.html

- Simón, V. (2012). (Productor). *Meditación de las emociones*. [Audio podcast]. Recuperado el 25 de octubre de 2017 desde http://www.ivoox.com/meditacion-emociones-audios-mp3_rf_1820895_1.html
- Simón, V. (2012). (Productor). *Mindfulness - 7-metta*. [Audio podcast]. Recuperado el 4 de noviembre de 2017 desde http://www.ivoox.com/vicente-simon-mindfulness-7-metta-audios-mp3_rf_1140479_1.html
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R. y Portella, M.J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties, and clinical usefulness of the experiences questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*, 45, 863-871. doi: doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.004
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 18-25. Recuperado el 11 de noviembre de 2017 desde <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ESP/14-75-ESP-19-26-544515.pdf>
- Stella, F., Bucken-Gobbi, L.T., Gobbi, S. y Sant'Ana-Simões (2007). Síntomas depresivos y trastorno motor en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 45(10), 594-598. Recuperado el 7 de diciembre de 2017 desde www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/parkinson_1.pdf
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. y Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Plos One*, 9(4), pp. e96110. doi: 10.1371/journal.pone.0096110

- Vázquez-Dextre, E.R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2767>
- Vøllestad, J., Sivertsen, B. y Nielsen, G.H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281-288. doi: 10.1016/j.brat.2011.01.007
- Willis, A. W. (2013). Parkinson disease in the elderly adult. *Missouri Medicine*, 110, 406-410. Recuperado el 18 de noviembre de 2017 desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24279192>
- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A.I., Mañas, I., Gómez, I. y Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society and Education*, 8(1), 23-37. Recuperado el 15 de octubre de 2017 desde <http://repositorio.ual.es/handle/10835/4742>
- Zigmond, A. y Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370. Recuperado el 14 de octubre de 2017 desde webs.wofford.edu/steinmetzkr/teaching/Psy150/.../HADS.pdf

ANEXO 1

Entrevista del proceso de evaluación (recogida de datos sociodemográficos y clínicos)

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

GÉNERO:

- Mujer
- Hombre

FECHA DE NACIMIENTO: (dd/mm/aaaa)/...../.....

LUGAR DE RESIDENCIA:

ESTADO CIVIL:

- Soltero/a
- Casado/a o con pareja
- Divorciado/a o separado/a
- Viudo/a

NIVEL DE ESTUDIOS:

- No sabe leer ni escribir
- No cursado estudios pero sabe leer y escribir
- Graduado escolar, EGB
- Estudios secundarios (BUP, COU, Bachillerato, FP medio, FP superior)
- Estudios Universitarios
- Otros (especificar):

SITUACIÓN LABORAL:

- Estudiante
- Ama de casa
- Empleado/a
- Empleado con baja laboral. Fecha inicio (dd/mm/aaaa):/...../.....
- Desempleado/a
- Jubilado/a
- Incapacitado/a (invalidez permanente)
- Otros (especificar):

2. CUESTIONARIO DE ENFERMEDAD

- Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa):...../...../.....
- Años de evolución de la enfermedad:
- Tiempo transcurrido desde el inicio síntomas al diagnóstico:

2.2 COMORBILIDAD CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Fumador/a Nº cigarros/día: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Ex-fumador (más de 1 año)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Consumo alcohol UBE/semana: <input type="text"/> (caña o vaso vino = UBE combinado = 2UBE)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Artrosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Enfermedad reumática	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Dolor cervical crónico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Lumbalgia crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
EPOC (bronquitis/efisema)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Arritmias cardíacas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Angina pecho/Infarto Agudo Miocardio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Accidente Vascular Cerebral / embolia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Cefaleas crónicas o dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Insuficiencia venosa EEII (varices)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Patología prostática (hombres)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Menopausia o climaterio (mujeres) ¿Tiempo transcurrido desde el último periodo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Trastornos de ansiedad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Trastornos depresivos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Problemas audición	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
¿Padece otro trastorno crónico? ¿Cuál? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

3. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EPEP

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PRINCIPAL:

.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SECUNDARIO (si lo hubiere): DESCARTAR

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO TERCARIO (si lo hubiere):

.....
.....

OTRAS PATOLOGÍAS:

.....
.....
.....

4. TRATAMIENTO UTILIZADO

4.1. FARMACOLÓGICO

- TRATAMIENTO PARA LA E. PARKINSON:

.....
.....
.....

- OTROS PSICOFÁRMACOS: ANTIDEPRESIVOS, ANSIOLÍTICOS, ANTIPSICÓTICOS, HIPNÓTICOS, ANTIEPILÉPTICOS (tiempo y dosis):

.....

.....

.....

- OTROS FÁRMACOS (tiempo y dosis)

.....

.....

.....

4.2. PSICOLÓGICO (tipo de terapia y tiempo, quién lo imparte)

.....

.....

.....

OBSERVACIONES (INDIQUE SI EN EL ÚLTIMO AÑO HA TENIDO ALGÚN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO COMO UNA ENFERMEDAD GRAVE, LA MUERTE DE UN FAMILIAR...)

.....

.....

ANEXO 2

Ejemplo: Semana 1

DIARIO DE PRÁCTICA SEMANAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

Ante todo queremos agradecerle su colaboración en esta investigación. Recordarle que es muy importante llevar a cabo a diario la presente práctica. Para garantizar la veracidad de esta investigación, es imprescindible que usted registre en esta hoja la realización o no de su práctica a diario. Si no ha podido realizarla, le agradecemos que lo anote en esta hoja.

En esta hoja podrá anotar a diario...

1. Si ha realizado el ejercicio diario de respiración (10 minutos)
2. Si ha realizado el ejercicio de meditación “atención plena a la respiración contando de 10 en 10” (Cuenta de 1 a 10 las respiraciones sucesivamente) (10 minutos)
3. Si ha asistido a la Asociación y ha realizado las actividades.
4. Si ha sido modificada su preinscripción de psicofármacos.

FECHA (dd/ mm)	EJERCICIO RESPIRACIÓN (Sí/No)	EJERCICIO MEDITACIÓN (Sí/No)	ASISTENCIA ACTIVIDADES ASOCIACIÓN	CAMBIOS EN MEDICACIÓN (Cuáles)

ANEXO 3



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le informamos de que se va a realizar una investigación en el marco de Trabajo Fin de Máster del alumnado de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

El objetivo de esta investigación es analizar los efectos de la práctica de meditación sobre diversas variables psicológicas como estado ánimo y estrés, entre otras, y actividad cerebral.

No se llevará a cabo ninguna medida invasiva. Dicha investigación, y su participación en ella consistirá en:

1. Será ud. Evaluado mediante la administración de test y pruebas para medir la actividad cerebral, por alumnos/as de máster, con relativa experiencia en la evaluación.
2. Se procederá a la práctica de meditación grupal semanalmente e individual a diario en sus respectivos domicilios, en un periodo de aproximadamente 2 meses.
3. Se llevará a cabo una investigación de calidad, sujeto a las normas deontológicas que rigen la práctica psicológica, incluyendo el respeto a la confidencialidad y a los derechos del/de la paciente.
4. Las actividades estarán realizadas bajo supervisión del/de la Tutor/a del Trabajo Fin de Máster.
5. El compromiso del/de la participante es asistir a las sesiones programadas y su implicación en las tareas.
6. Algunos de los datos recogidos, serán empleados para la redacción del Trabajo Fin de Máster, respetando el anonimato y/o confidencialidad del/de la paciente.
7. El/la paciente puede revocar su decisión de participar en el estudio en cualquier momento.



Con el presente, el/la participante D/Dña, con DNI, indica que ha sido informado/a y entiende todos los puntos de este consentimiento, aceptando la participación en la investigación dirigida a analizar los efectos de la práctica de meditación sobre diversas variables psicológicas, y todos sus términos.

Elche, a de de 20 .

Firma:



Cláusula de Protección de Datos. En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter personal le informamos que los datos personales que haya facilitado o facilite en un futuro al Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Miguel Hernández, se incorporan al correspondiente fichero propiedad del centro, autorizando a éste al tratamiento de los mismo para su utilización en relación al a gestión de la actividad que le es propia. Asimismo le informamos de los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previsto en la Ley, pudiendo ejercitarlos por escrito mediante carta dirigida al servicio de Secretaría del centro, teléfono 96 665 87 94, Avda. de la Universidad s/n, 03202 Elche (Alicante).

Campus de Elche. Edificio Torrepinet. Avda. El Ferrocarril s/n. 03202-Elche