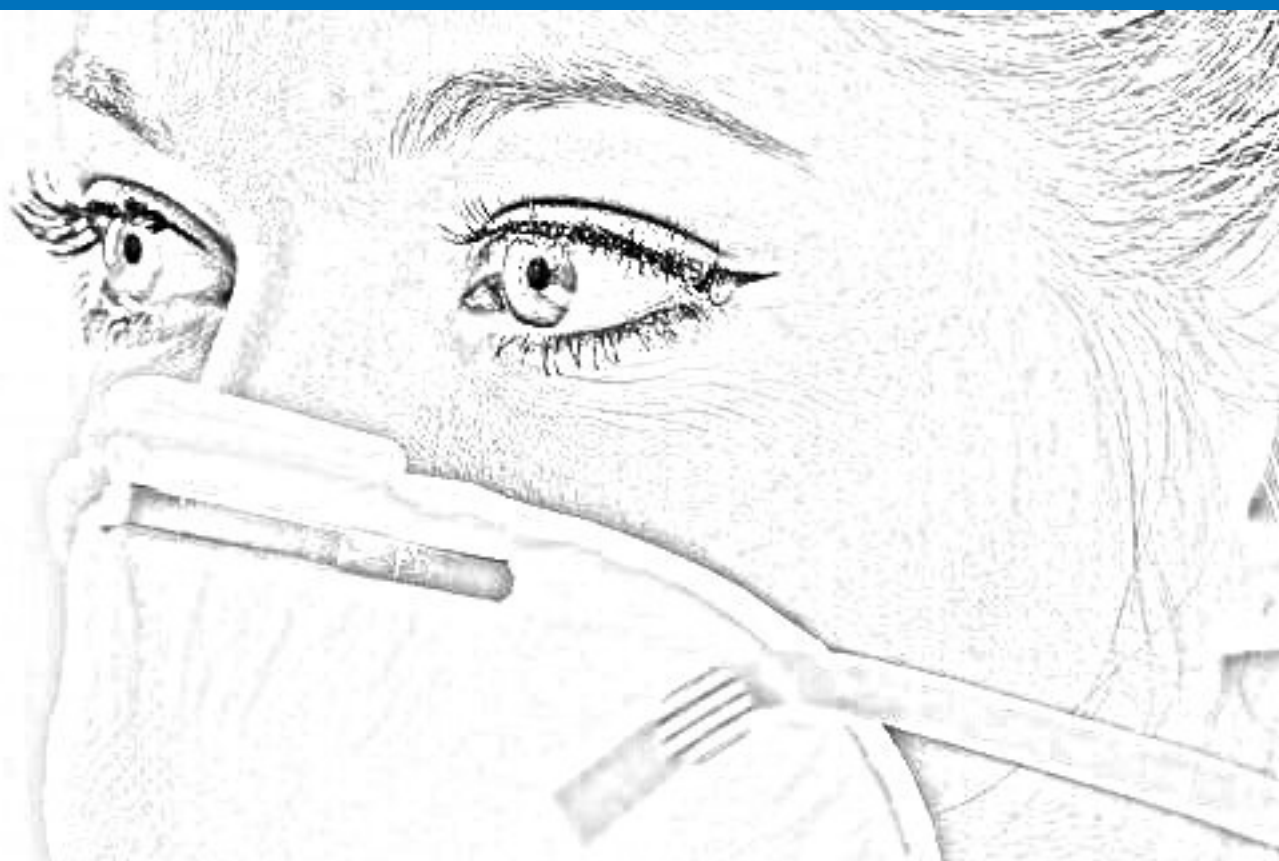


IMPACTO DE LA COVID-19 SOBRE LA MUJER RURAL Y SU ENTORNO



“Variables psicológicas
asociadas a la calidad de vida”





*Esta obra ha sido organizada por FEMUR (Federación Nacional de la Mujer Rural)
y patrocinada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030*



PRÓLOGO

Todo ha cambiado y el mundo rural ha sido, como casi siempre suele ocurrir, uno de los más afectados.

Desde hace 30 años nuestra Federación Nacional de la Mujer Rural ha estado luchando por posicionar a nuestras mujeres rurales en el espacio socioeconómico que se merecen, y creo que con mucho trabajo, valor, coraje y fuerza lo hemos conseguido. También somos conscientes de que aun tenemos que reivindicar más recursos para la erradicación de la violencia de género así como la su-

presión total de las brechas existentes. La brecha salarial y la no representatividad institucional son las más urgentes.

Hay que seguir exigiendo el puesto que todas nos merecemos ¡Eso es lo bueno, entender que aun tenemos mucho que decir, porque la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres aun no se ha consolidado, y mucho menos en nuestros pueblos!

En este contexto, cuando nuestras mujeres rurales estaban aprendiendo a emprender, a ser dueñas de sus vidas y proyectos, a apostar por una transformación de calidad, a ser independientes; cuando estaban alcanzando un pleno empoderamiento, llegó la pandemia.

Como ocurrió en todo el mundo, nosotras también nos paramos momentáneamente, y las mujeres rurales tuvieron que asumir ciertas tareas que incrementaban su trabajo dentro y fuera del hogar. Además de su trabajo cotidiano, ellas fueron las responsables de velar por la salud física y emocional de toda su familia. Está claro que el Covid -19 para la mujer rural fue una carga, pero en FEMUR hemos transformado esa carga en algo positivo.

A través de este proyecto de investigación se han utilizado cuestionarios personales para las mujeres preguntando si han padecido el Covid-19 o han sufrido a través de algún familiar la enfermedad o la pérdida de algún ser querido.

Las encuestas a portan información sobre los problemas de control social, ejecutivo y emo-

cional, viendo respuestas con problemas en todas las escalas, utilizando instrumentos para detectar y evaluar la gravedad de la depresión y de los distintos trastornos mentales.

Este estudio de investigación es fruto del esfuerzo de la confianza y generosidad de mujeres rurales y de profesionales participantes que han entendido el interés de proporcionar información y muestras para poder conocer la situación de la epidemia del Covid-19 en las Mujeres Rurales de España.

Este trabajo se ha llevado a cabo por la Federación de la Mujer Rural, preocupada por las circunstancias en que viven las mujeres rurales en tiempo del Covid, contando con el asesoramiento científico del Instituto Clínico y de investigación interdisciplinar en neurociencias y con la ayuda económica del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Es un estudio muy interesante y el único que existe hasta el momento, FEMUR sigue siendo pionera en I+D+I.



Juana Borrego Izquierdo
Presidentemnta Nacional de la Mujer Rural

AUTOR



Carlos Valiente Barroso es coordinador científico de proyectos de Investigación de FEMUR. Doctor en Psicología -Neurociencia, investigador y profesor de Universidad.
Instituto Clínico de Investigación Interdisciplinart en Neurociencias

Justificación del estudio

El mundo entero se ha visto azotado por la mayor pandemia de la edad contemporánea, que ha afectado y sigue influyendo en el modo de vida de millones de personas. Aunque se trate de un fenómeno global, las consecuencias específicas se hicieron sentir de modo diferencial desde el inicio, constatándose la existencia de sectores sociodemográficos más perjudicados que ha dejando patente una brecha de desigualdad preexistente. Así, tener edad más avanzada, contar con patologías previas, carecer de competencia digital, vivir en un país en vías de desarrollo, entre otros, se presentaron como hándicaps que dificultaron la gestión de las consecuencias de esta enfermedad. Por otra parte, también se han podido destacar realidades ambivalentes, en función del foco o perspectiva que se aplicase para su análisis. Así, la dicotomía urbano-rural implicó varias derivadas de distinta índole. De este modo, en las ciudades se contaba con más medios (como la cercanía de los hospitales y distintos servicios asociados a la calidad de vida), pero, por otra parte, el confinamiento supuso un clamoroso suplicio para muchas familias con hogares de dimensiones reducidas y sin suficientes esparcimientos adicionales (como terrazas o jardines). Desde la otra vertiente, en el -ámbito rural se pudo vivir el aislamiento de un modo más crudo, junto a menores servicios, pero, por su parte, se produjeron más opciones de expansión que mitigaron los efectos de esa reclusión domiciliaria.

Junto a ello, otra variable en análisis y discusión fue el sexo, al igual que sucede en otros estudios, estudiada con el propósito de poder descubrir la posible influencia de esta variable tanto en la vertiente biomédica como en la psicosocial, es decir, en la incidencia y gravedad patológicas y, en la gestión emocional y conductual de la misma, respectivamente. Más allá de algunos resultados de investigación que han de ser aún contrastados y replicados, en nuestro caso nos hemos interesado por el ajuste psicológico de la mujer, y, concretando más aún, de aquellas que viven en contextos rurales de España. A ello, hemos agregado el efecto que implic la experiencia de contar con una persona cercana que ha padecido el COVID-19, diferenciando entre casos de afectados (los cuales acabaron en alta hospitalaria o fueron meramente asintomáticos) y fallecidos, considerando este hecho en la evaluando las variables de interés.

De modo concreto, proyectamos este estudio empírico en el que nos proponemos el estudio de la intersección COVID-Mujer rural, a través de la exploración de la incidencia de esta pandemia desde varias vertientes antes señaladas, evaluando la implicación de algunas de las más relevantes variables de personalidad. Específicamente, analizaremos los niveles ejecutivos, sustanciados en la regulación cognitiva, emocional y conductual, es decir, la capacidad de gestionar de modo adecuado los pensamientos, emociones y comportamientos. Junto a ello, añadimos el papel que pudo desempeñar los niveles de mindfulness disposicional, habida cuenta

de la relevancia que tiene sobre la salud a través de varias dimensiones, y el reporte sobre los niveles de sintomatología depresiva. Todo ello, ha sido analizado sistemáticamente con el fin de conocer las distintas relaciones que se han podido establecer en las mujeres consultadas.

Este trabajo se ha llevado a cabo por la Federación de la Mujer Rural (FEMUR), contando para ello con el asesoramiento científico del Instituto Clínico y de Investigación Interdisciplinar en Neurociencias (ICIIN).

Introducción científica

Distintas técnicas basadas en la práctica de la atención plena (*mindfulness*) se vienen empleando para la optimización de capacidades asociadas al fomento del bienestar y la salud en contextos clínicos, educativos y empresariales, siendo numerosos los estudios que avalan su eficacia (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). La atención plena ha sido considerada como la conciencia activa, directa, y experimentada en fenómenos espirituales que se mantienen de un momento a otro (Shonin, Van Gordon y Griffiths, 2015), pero también se ha descrito como una conciencia no evaluativa basada en el presente, una tendencia natural a actuar conscientemente cada día, observando, prestando atención a las sensaciones, pensamientos y sentimientos, sin juzgar las experiencias, como fenómeno que contribuye a diferenciar rasgos específicos entre las personas (Hanley y Garland, 2014; Segal, Williams y Teasdale, 2012).

Durante los últimos años, el concepto de atención plena ha sido entendido y expuesto de diferentes maneras, destacando una perspectiva que lo concibe como estado y otra diferente que lo entiende como rasgo estable y tendencia disposicional (Bishop et al., 2004; Hervás et al., 2016). Como elemento central, implica la consciencia que emerge cuando se presta atención deliberada en el presente y sin emitir ningún juicio, caracterizándose por actitudes de apertura, curiosidad y aceptación (Kabat-Zinn, 2009); una visión similar a la que caracteriza el término como un proceso de autorregulación de la atención, que la mantiene en la experiencia inmediata a través de una actitud de aceptación y de amabilidad. Estas posturas están reforzadas con datos que indican que la práctica o entrenamiento habitual de atención plena permite el desarrollo en las personas de una serie de características y capacidades propias de dicha dinámica atencional (Britton et al., 2014; Kiken, Garland, Bluth, Palsson y Gaylord, 2015; Shonin et al., 2015). Así se entiende también que la atención plena, como rasgo o atención plena disposicional, sea una capacidad relativamente estable pero que puede ser entrenada específicamente en cualidades como la observación, la tendencia a actuar con consciencia y la aceptación, fa-

voreciendo la estabilidad emocional de las personas. Posición convertida en foco de atención de las investigaciones más recientes que explican que las prácticas formales e informales se centran en practicar el estado, pero al mismo tiempo favorecen e incrementan la atención plena disposicional (Garland, 2013; Hervás et al., 2016).

Una característica esencial de la atención plena es la conciencia de los propios impulsos y su reconocimiento temporal hasta que han pasado (Katz y Toner, 2013). Se ha asociado a menores problemas de conducta en los adultos, dando explicación al motivo por el cual, personas con niveles altos de conciencia, comprendan mejor sus procesos cognitivos y comportamentales, reaccionando de manera más consciente y reflexiva en vez de hacerlo de forma automática (Dakwar, Mariani y Levin, 2011; Gámez-Guadix y Calvete, 2016; Kabat-Zinn, 2003). Se ha vinculado también a una autoestima más sana, mejores relaciones interpersonales y menor ansiedad social (Rasmussen y Pidgeon, 2011), al desarrollo óptimo de habilidades de regulación emocional adaptativa (Dundas, Vøllestad, Binder y Sivertsen, 2013), así como a una menor probabilidad de pensamientos rumiativos, permitiendo tener pensamientos y sentimientos sin juzgarlos ni involucrarse en ellos (Raes y Williams, 2010). Un nivel alto de atención permite mantener estados de calma y de equilibrio en los que se toman decisiones más inteligentes, evitando por lo tanto la angustia que generan los comportamientos impulsivos y automáticos (Kabat-Zinn, 2003). En esta línea de trabajo, estudios previos han demostrado la asociación directa entre la atención consciente, un mayor bienestar, la satisfacción vital (Brown, West, Loverich y Biegel 2011) y menores problemas psicológicos (Black, Sussman, Johnson y Milam, 2012; Calvete, Sampedro y Orue, 2014).

El bienestar se relaciona con la satisfacción vital considerada como un estado subjetivo global de la persona y que se refleja en la autoevaluación positiva, una mayor autoestima, y, como consecuencia, en un óptimo funcionamiento general en la vida diaria. A este bienestar se suma la salud emocional que disminuye los efectos negativos sobre la salud mental cuando existe un equilibrio y un funcionamiento emocional positivo (Cepeda-Hernández, 2015). Algunos estudios que analizan la relación entre el funcionamiento y la salud mental concluyen que la edad es un factor importante en la independencia y la autonomía (Fernández, Avilés y Castillo, 2009), siendo las mujeres las que tienden a presentar problemas mayores de funcionamiento y de salud asociados a la presencia de enfermedades crónicas, depresión o deterioro cognitivo (Hajek y König, 2016). Por otro lado, también se han encontrado relaciones entre funcionamiento, salud mental y las relaciones sociales (Crimmins, Kim y Solé-Auró, 2010) estando afectado el funcionamiento a mayor edad (Hajek et al., 2017; Kabayama, Mikami y Kamide, 2018; Zamorano, Muñoz, Ausín y Pérez, 2019). Así, se ha comprobado que los rasgos disposicionales de la atención plena son factores protectores del desarrollo del bienestar y de la salud mental, relacionándose directamente con menor ansiedad, estrés y depresión (Bao, Xue y Kong, 2015; Brantrom, Duncan y Tedlie Moskowitz, 2011; Desrosiers, Vien, Klemanski y Nolen-Hoeksema,

2013; Linares, Estévez, Soler y Cebolla, 2016), así como con una mayor vitalidad, placer y satisfacción vital (Kong, Wang y Zhao, 2015).

En paralelo, otros estudios se centran en el análisis de la relación entre el funcionamiento ejecutivo y la atención plena entendido éste, diferencialmente, como rasgo disposicional y como estado (Gallant, 2016). Las funciones ejecutivas, que involucran preponderantemente la corteza prefrontal, son las responsables de coordinar y controlar la conducta humana a nivel cognitivo, emocional y conductual (Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León, Morales-Alonso, Pedrero-Aguilar y Fernández-Méndez, 2015). Actualmente, el estudio de estas funciones se ha situado en la cúspide de la investigación de la conducta del ser humano dada su implicación, entre otras, en actividades de planificación, organización, formulación de metas, toma de decisiones, resolución de problemas, control social y emocional y memoria de trabajo. Las alteraciones en estos sistemas dependen tanto de eventos neurobiológicos, como de otras condiciones sobrevenidas que repercuten negativamente en la persona, incrementando, entre otros, estados de ansiedad o de estrés que provocan un deterioro de estos sistemas de control (

Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque, Lozoya-Delgado, Fernández-Blázquez y Pedrero-Pérez, 2010; Montenegro et al., 2013). En algunas personas, los fallos ejecutivos que manifiestan en la gestión atencional son apreciables en los errores de memoria que cometen con relativa frecuencia. Detectar dichos errores propios del control prefrontal, en actividades de la vida diaria, permite visibilizar problemas profundos asociados a un deterioro cognitivo leve, un elevado estrés e incluso procesos degenerativos en fases iniciales (Pedrero-Pérez y Ruiz-Sánchez de León, 2013; Ruiz-Sánchez de León, Pedrero-Pérez, Gálvez, Fernández-Méndez y Lozoya-Delgado, 2015). El mal funcionamiento prefrontal o disfunción ejecutiva, se refiere al continuo entre el funcionamiento adaptativo normal y el deterioro característico de algunos trastornos graves. Así, los fallos atencionales en la gestión emocional y social, en la toma de decisiones o en la memoria de trabajo, producen déficits en el funcionamiento prefrontal que provocan estados anímicos negativos, incrementan el estrés, una mayor preocupación por la enfermedad y, en consecuencia, una peor percepción de la calidad de vida asociada al estado de salud tanto físico como mental (Lozoya-Delgado, Ruiz-Sánchez de León y Pedrero-Pérez, 2012; Montenegro et al., 2013; Pedrero-Pérez y Ruiz-Sánchez de León, 2013; Ruiz-Sánchez de León et al., 2010).

Diversos estudios realizados en los últimos años han comprobado la relación entre las funciones ejecutivas y la atención plena, tanto como rasgo disposicional o como resultado de la práctica meditativa. Así, concluyen confirmando el impacto positivo que la atención plena tiene en el estado de ánimo, la cognición y, en general, en el funcionamiento ejecutivo (Chiesa, Calatti y Serretti, 2011; Fiocco y Mallya, 2015; Gallant, 2016; MacLean et al., 2010; Zeidan, Johnson, Diamond, Zhanna y Goolkasian, 2010). Mayores niveles de atención plena disposicional se

asocian a mayor precisión y mejores resultados en el procesamiento y control inhibitorio en el desarrollo de una tarea, siendo significativo un más adecuado desempeño a nivel neural (Allen et al., 2012; Moore y Malinowski, 2009; Sahdra et al., 2011; Teper y Inzlicht, 2013).

Teniendo en cuenta lo expuesto, se propone este estudio cuyo objetivo es analizar la relación de los niveles de sintomatología depresiva y prefrontal general (además de los problemas de control social, problemas de control emocional y problemas de control ejecutivo), en relación a los niveles de atención plena (*mindfulness*) disposicional de la mujer rural, dentro de un contexto histórico y sociocultural marcado por el coronavirus. cuyo detonante fue el virus SARS-CoV-2, que fue descubierto en Wuhan (China) en diciembre de 2019 (Lai, Shih, Ko, Tang y Hsueh, 2020) y que, tras provocar rápidamente un brote de infeccioso agudo en diversos países (Bau, Sun, Meng, Shi y Lu, 2020), en base a su impacto fue declarada pandemia COVID-19 (OMS, 2020).

Metodología

Participantes

A través de un proyecto de investigación con financiación ministerial, y coordinado y ejecutado por la Federación de la Mujer Rural (FEMUR), se aplicaron varios inventarios y tests normativizados en distintas provincias de España, dirigidos fundamentalmente a mujeres que desarrollan su vida en el ámbito rural. La muestra final estuvo integrada por 1530 mujeres con edad media de 55,23 años, tras ser descartados los cuestionarios que tenían defectos en su respuesta por ausencia de estas y, por tanto, con cuestionarios incompletos.

Instrumentos

- a) Cuestionario *ad hoc* que recoge información sobre la edad, existencia de ejercicio físico, situación laboral, y, respecto al COVID, se cuestionó sobre si se había padecido personalmente o a través de algún familiar, incluyendo el sondeo respecto a fallecimientos por dicha patología.
- b) Inventario de Síntomas Prefrontales Abreviado (ISP-20; Pedrero Pérez, Ruiz Sánchez de León, Morales Alonso, Pedrero Aguilar y Fernández Méndez, 2015). Consta de 20 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert (desde 1= nunca o casi nunca, hasta 5= siempre o casi siempre), aporta información de los problemas de control social, control

ejecutivo y control emocional, así como una puntuación total denominada sintomatología prefrontal, resultado del sumatorio de todos los ítems. Puntuaciones altas indican problemas en todas las escalas. Consistencia interna del instrumento en este estudio .831 (α de Cronbach).

- c) Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). El cuestionario original en inglés es un autoinforme de 39 ítems que mide Atención Plena a partir de cinco facetas denominadas Observación, Descripción, Actuar con Conciencia, Ausencia de Juicio y Ausencia de Reactividad. Los participantes deben responder cada ítem en una escala Likert con un rango de 1 (nunca o muy raramente verdad) a 5 (muy a menudo o siempre verdad); la puntuación mínima del Cuestionario es de 39 puntos y la máxima de 195 puntos. De acuerdo a Baer et al. (2008) el instrumento posee adecuados a buenos niveles de confiabilidad (alfa de Cronbach de .75 a .92).
- d) El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

En primer lugar, mostramos los resultados iniciales centrados en los porcentajes de algunas variables definitorias de la muestra. En la tabla 1 y gráfico 1 se muestra el bajo número de personas que padecieron el coronavirus SARS-CoV-2.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	1330	86,9	86,9
SI	200	13,1	100,0
Total	1530	100,0	

Tabla 1. Porcentaje de personas que padecieron el COVID dentro de la muestra.

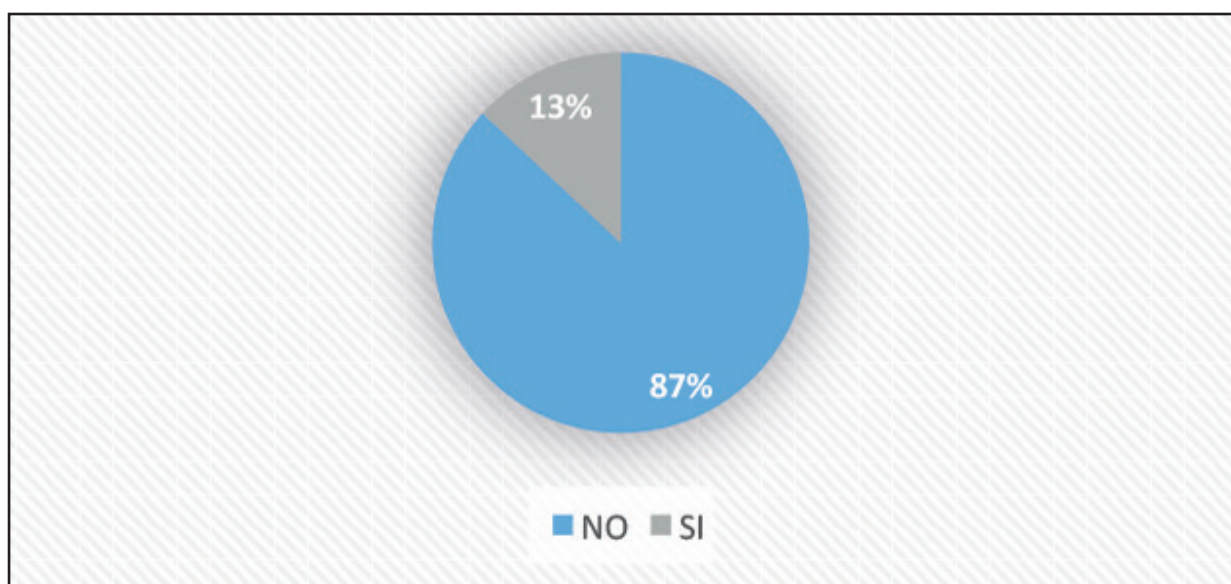


Gráfico 1. Porcentaje de mujeres que han padecido Covid-19

Seguidamente, presentamos los resultados respecto al porcentaje de familiares de la muestra que han padecido la enfermedad y, en su caso, si pudo desembocar el fallecimiento. algunas variables definitorias de la muestra. En la tabla 2-3 y gráficos 2-3 se muestra el porcentaje diferencial de familiares con padecimiento y fallecimiento por coronavirus SARS-CoV-2, respectivamente.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	845	54,2	54,2
SI	685	45,8	100,0
Total	1530	98,0	

Tabla 2. Porcentaje de personas de la muestra con familiares afectados por COVID.

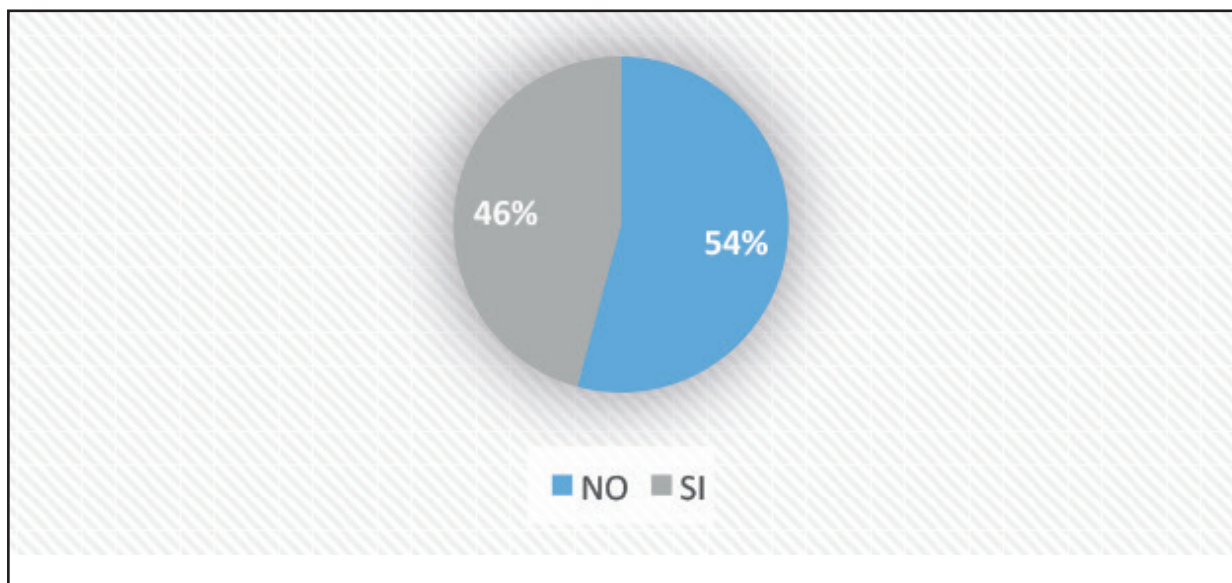


Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que tienen un familiar que han padecido Covid-19.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	1360	89	89,0
SI	170	11	100,0
Total	1530	100	

Tabla 3. Frecuencia de mujeres que han perdido un familiar por Covid-19

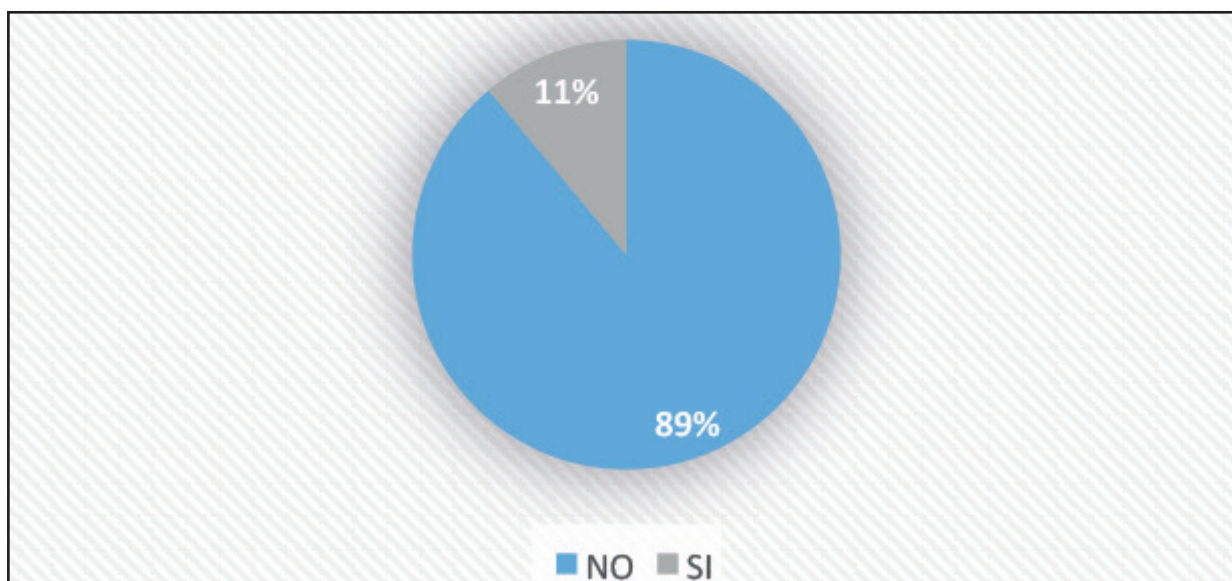


Gráfico 3. Porcentaje de mujeres que han perdido un familiar por Covid-19

Posteriormente, se explicitan los datos de la muestra en relación a la práctica de ejercicio físico y la actividad profesional, en el caso de que se desarrollasen.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	430	28,1	28,1
SI	1100	71,89	100,0
Total	1530	99,99	

Tabla 4. Frecuencia de mujeres de la muestra que practican ejercicio físico

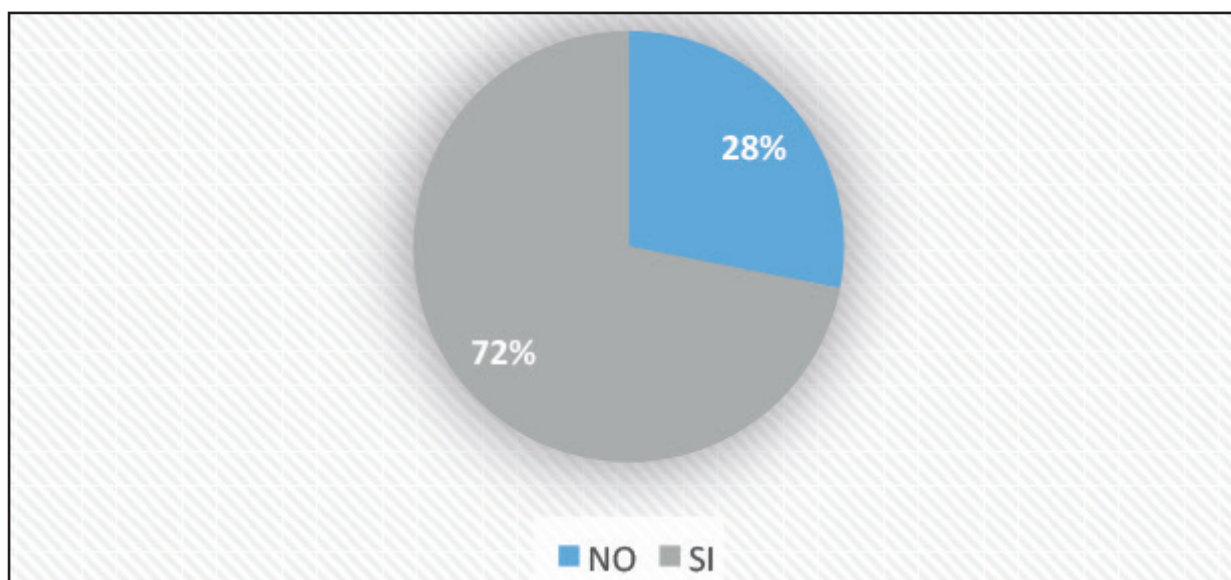


Gráfico 4. Porcentaje de mujeres de la muestra que practican ejercicio físico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	820	53,59	53,59
SI	710	47,7	100,0
Total	1530	97,4	

Tabla 5. Frecuencia de mujeres de la muestra que ejercen actividad laboral

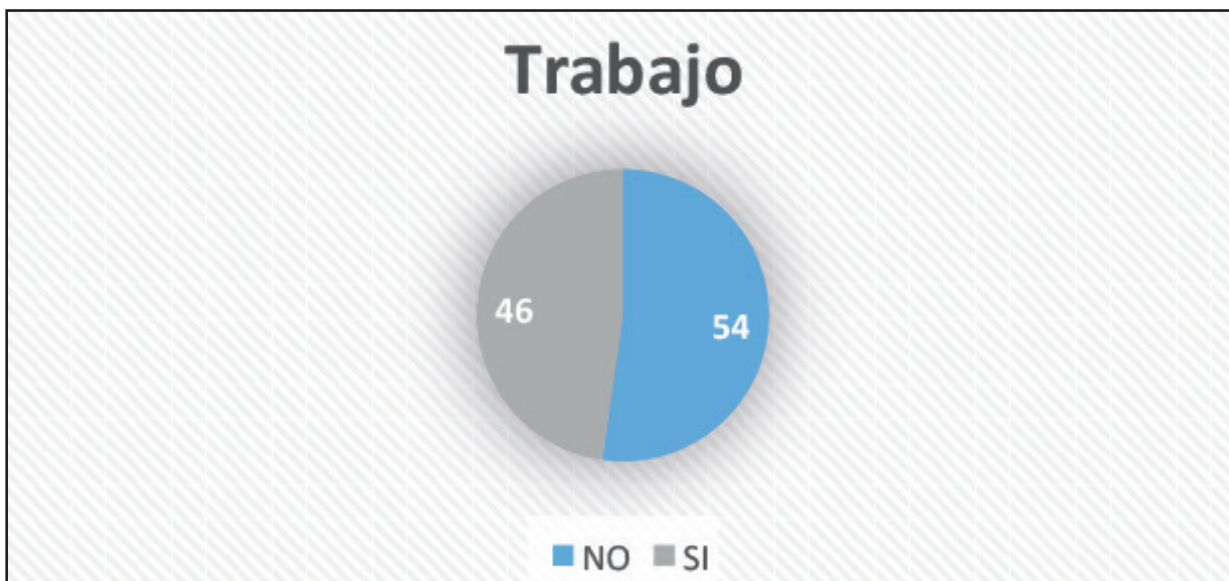


Gráfico 5. Porcentaje de mujeres que trabaja

Ulteriormente, tras exponer los estadísticos descriptivos, realizamos el análisis correlaciones subsiguiente, dando a conocer la relación entre las variables estudiadas.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	Asimetría	Curtosis
Edad	16,55	86,94	55,23	13,95	-0,46	0,61
Depresión	0	50	8,84	9,320	1,815	3,697
Sintomatología prefrontal	20	80	36,19	12,634	1,039	,803
Atención plena	39	182	101,73	27,608	-,106	,311

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las distintas variables.

Mediante el análisis correlacional, se descubre que la edad no correlaciona con la depresión y la atención plena. Se observan relaciones estadísticamente significativas y positivas entre depresión y atención plena, lo que puede indicar la tendencia a mayores niveles, por ejemplo, de depresión cuanto mayor es la sintomatología prefrontal y la atención plena. La edad correlaciona negativamente con la sintomatología prefrontal, lo que supone mejor ajuste cognitivo y emocional en las mujeres de mayor edad.

		Sintomatología prefrontal	Atención plena	Edad
Depresión	1	,568**	,324**	-,001
Sintomatología prefrontal	,568**	1	,287**	,055
Atención plena	,324**	,287**	1	,020
Edad	-,001	-,055	,020	1
**p<0,001				

Tabla 7. Análisis correlacional de variables

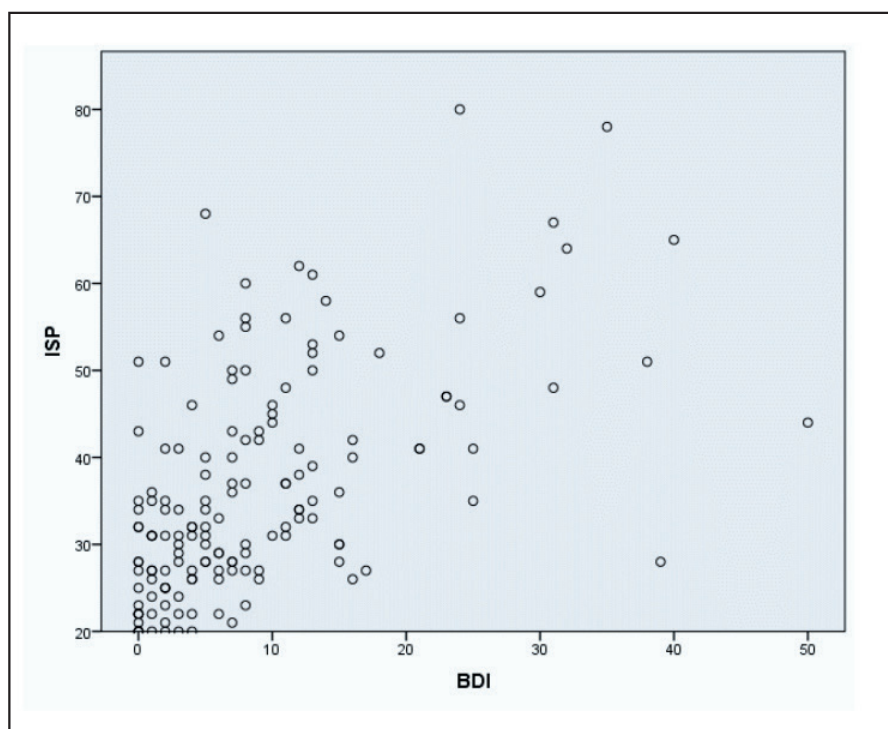


Gráfico 6. Diagrama de dispersión de las variables depresión-sintomatología prefrontal

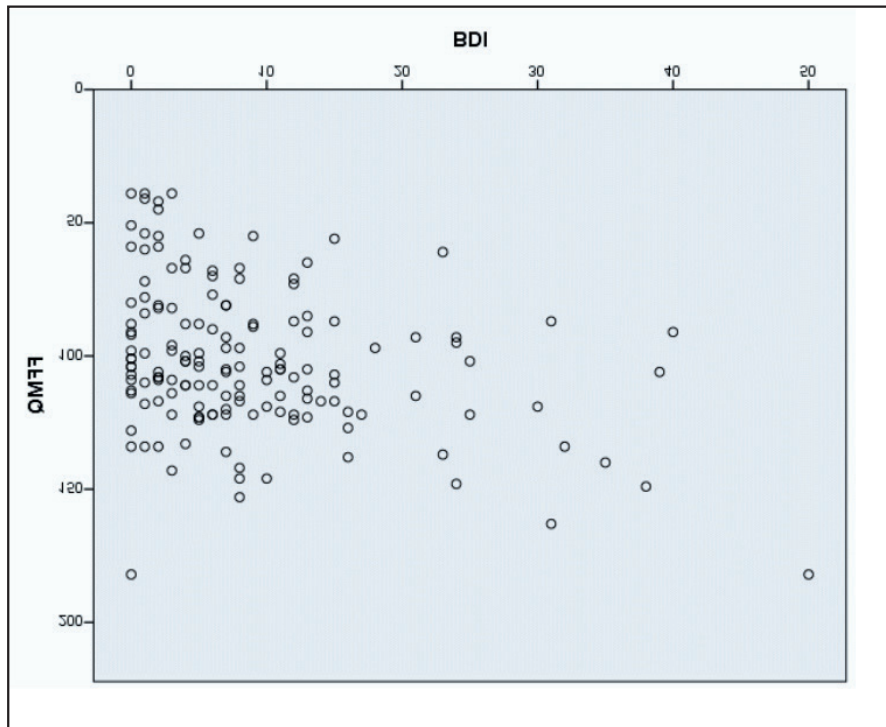


Gráfico 7. Diagrama de dispersión de las variables depresión-atención plena

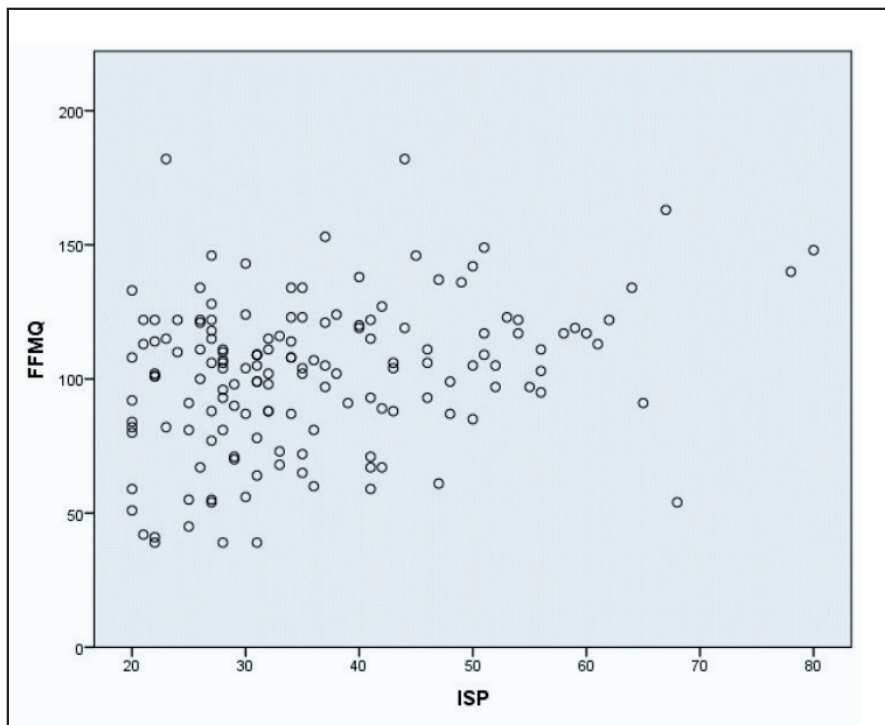


Gráfico 8. Diagrama de dispersión de las variables atención plena-sintomatología prefrontal

Análisis diferencial

a) Análisis de las diferencias en depresión, sintomatología prefrontal y atención plena teniendo en cuenta si han padecido Covid-19.

	Covid-19	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
BDI	NO	1330	8,59	9,323	0,256
	SI	200	10,50	8,936	0,632
ISP	NO	1330	35,77	12,234	0,335
	SI	200	39,00	14,514	1,026
FFMQ	NO	1330	102,41	26,613	0,730
	SI	200	97,25	32,688	2,311

Tabla 8. Análisis diferencial de variables

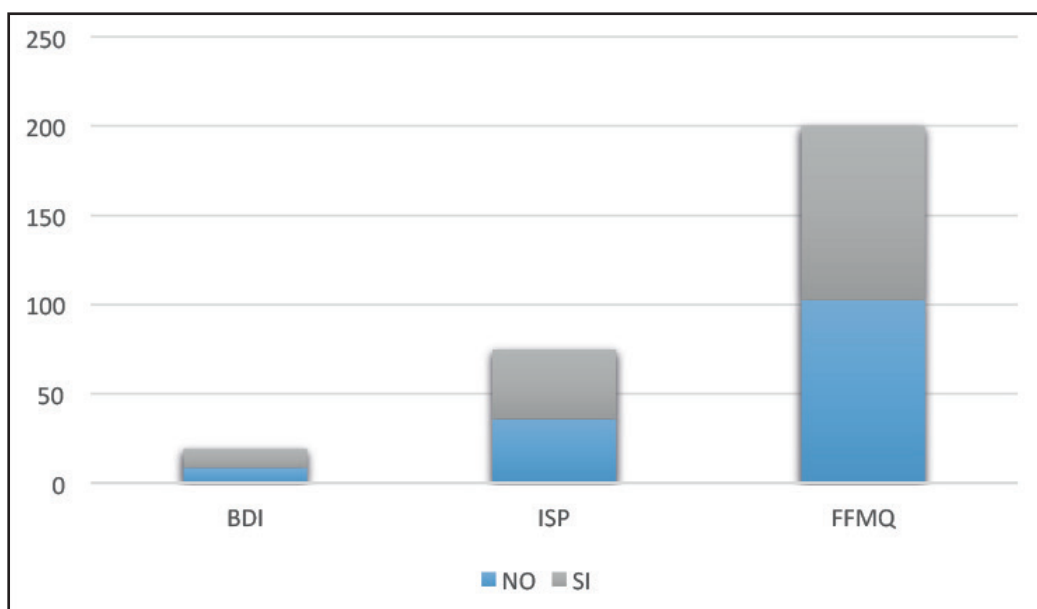


Gráfico 9. Diferencias según haber padecido Covid-19

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típico	95% Intervalo de confianza	
								Inferior	Superior
BDI	0,592	,442	-2,71		,007	-1,906	0,703	-3,286	-0,526
ISP	3,746	,053	-3,39		,001	-3,233	0,952	-5,101	-1,366
	31,524	,000	2,47		,013	5,156	2,084	1,068	9,244

Tabla 9. Diferencias de medias.

Existen diferencias significativas en las tres variables analizadas teniendo en cuenta si han padecido o no la covid-19. En el caso de depresión y sintomatología coincide que los valores medios son mayores en los casos en los que han padecido Covid, mientras que la media en atención plena es mayor en los casos que no han padecido la enfermedad.

b) Análisis de las diferencias en depresión, sintomatología prefrontal y atención plena teniendo en cuenta la variable de padecimiento Covid-19 de un familiar

	Covid19 FA-MILIA	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
BDI	NO	845	9,00	9,886	0,341
	SI	685	8,46	8,793	0,337
ISP	NO	845	36,01	12,603	0,435
	SI	685	36,64	12,968	0,498
	NO	845	97,46	24,691	0,852
	SI	685	108,33	29,420	1,129

Tabla 10. Diferencias de medias.

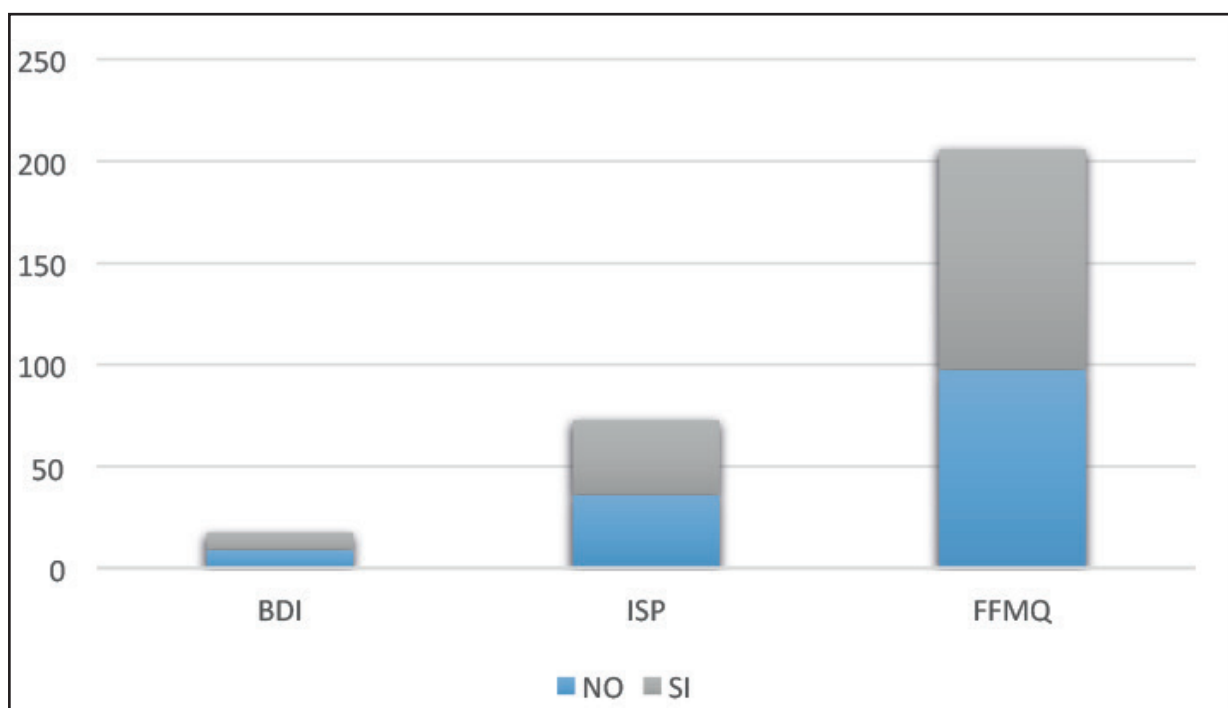


Gráfico 10. Diferencias según haber padecido un familiar Covid-19

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típico	95% Intervalo de confianza	
								Inferior	Superior
BDI	12,593	,000	1,106	1498	,269	,537	,486	-4,16	1,491
ISP	0,720	,396	-,955	1498	,339	-,630	,659	-1,923	,663
	11,336	,001	7,827	1498	,000	-10,871	1,389	13,595	-8,146

Tabla 11. Diferencias de medias.

No existen diferencias significativas en depresión y sintomatología prefrontal teniendo en cuenta si ha padecido o no la covid-19 algún familiar, pero sí se confirman estas diferencias según el nivel de atención plena, confirmándose que es mayor en las mujeres que han tenido algún familiar que ha padecido la enfermedad.

- c) Análisis de las diferencias en depresión, sintomatología prefrontal y atención plena teniendo en cuenta la variable de fallecimiento por Covid-19 de un familiar.

	Fallecimiento COVID19	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
BDI	NO	1360	9,27	9,714	0,266
	SI	170	6,31	6,382	1,540
ISP	NO	1360	37,04	13,094	1,359
	SI	170	31,46	7,468	2,632
	NO	1360		27,179	2,746
	SI	170	98,46	34,486	9,917

Tabla 12. Diferencias de medias

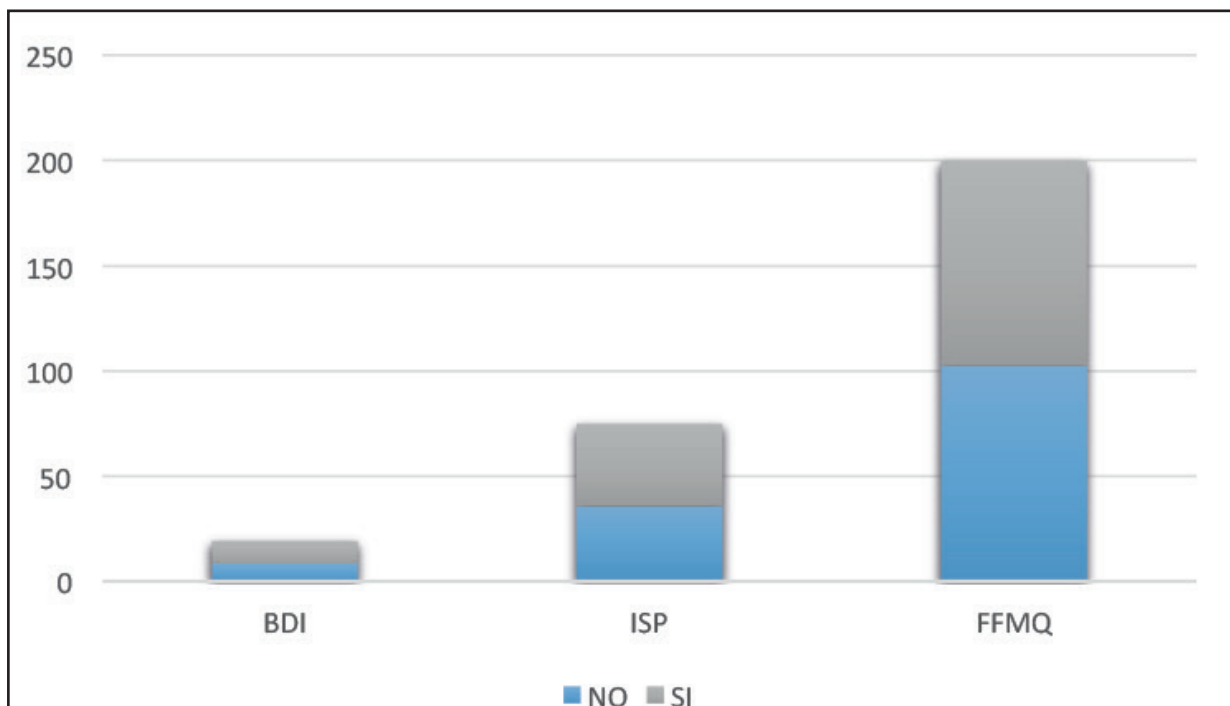


Gráfico 11. Diferencias en función de la existencia de pérdida de un familiar por Covid-19

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típico	95% Intervalo de confianza	
								Inferior	Superior
BDI	12,282	,000	3,424	1448	,001	2,965	0,866	1,266	4,664
ISP	48,195	,000	4,800	1448	,000	5,576	1,162	3,297	7,855
	13,898	,000	1,628	1448	,104	4,145	2,546	-0,849	9,138

Tabla 13. Diferencias de medias

Existen diferencias significativas en las variables depresión y sintomatología prefrontal teniendo en cuenta si ha fallecido o no algún familiar por la covid-19, mientras que no se observan estas diferencias en atención plena.

d) Análisis de las diferencias en depresión, sintomatología prefrontal y atención plena teniendo en cuenta la variable de práctica de ejercicio físico.

	EJERCICIO FÍSICO	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
BDI	NO	430	9,36	8,499	0,425
	SI	1100	8,60	9,632	0,295
ISP	NO	430	36,36	12,539	0,628
	SI	1100	36,37	12,737	0,390
	NO	430		24,134	1,208
	SI	1100		29,312	0,896

Tabla 14. Diferencias de medias

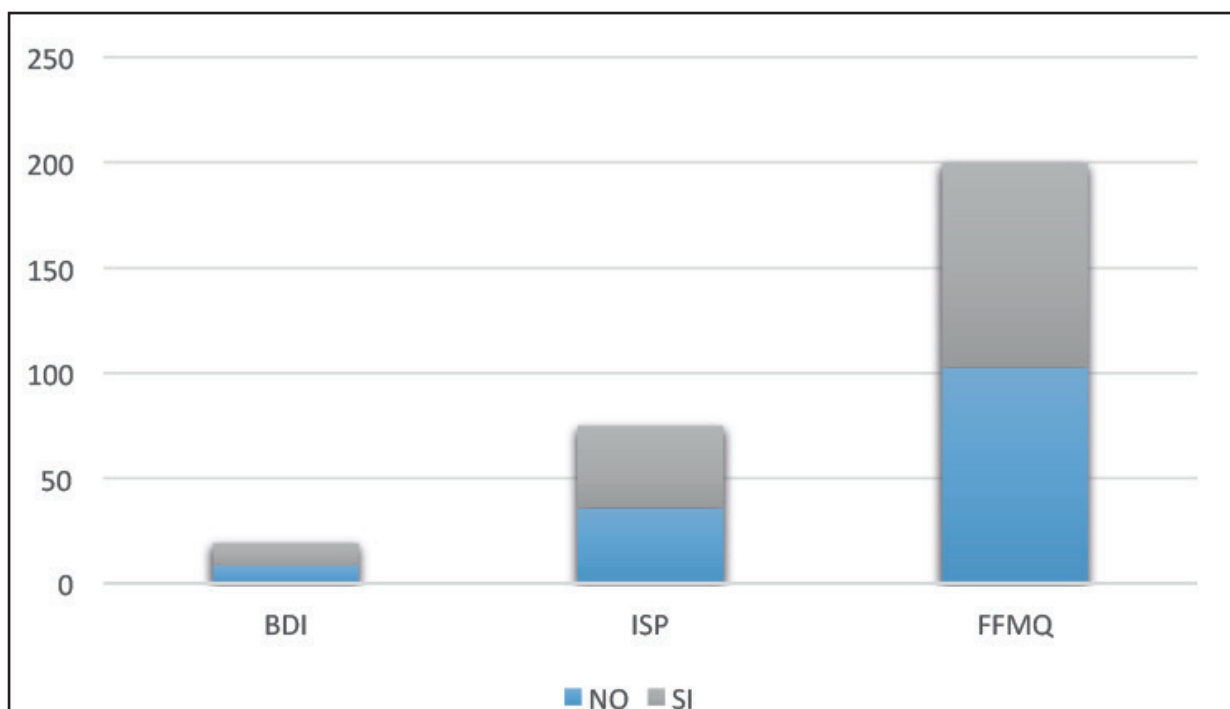


Gráfico 12. Diferencias según practicar o no ejercicio físico

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típico	95% Intervalo de confianza	
								Inferior	Superior
BDI	,045	,831	1,373	1448	,170	,755	0,550	-,324	1,834
ISP	,123	,726	-,012	1448	,990	-,009	0,747	-1,473	1,456
	16,368	,000	1,590	1448	,112	2,622	1,650	-,614	5,858

Tabla 15. Diferencias de medias

No existen diferencias significativas en las tres variables analizadas teniendo en cuenta si realizan o no ejercicio físico.

e) Análisis de las diferencias en depresión, sintomatología prefrontal y atención plena teniendo en cuenta la variable de actividad laboralmente (trabaja)

	TRABAJO	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
BDI	NO	820	9,73	11,210	0,394
	SI	710	7,64	6,684	0,253
ISP	NO	820	38,94	13,660	0,480
	SI	710	32,94	10,800	0,408
	NO	820		28,314	0,995
	SI	710		27,209	1,029

Tabla 16. Diferencias de medias

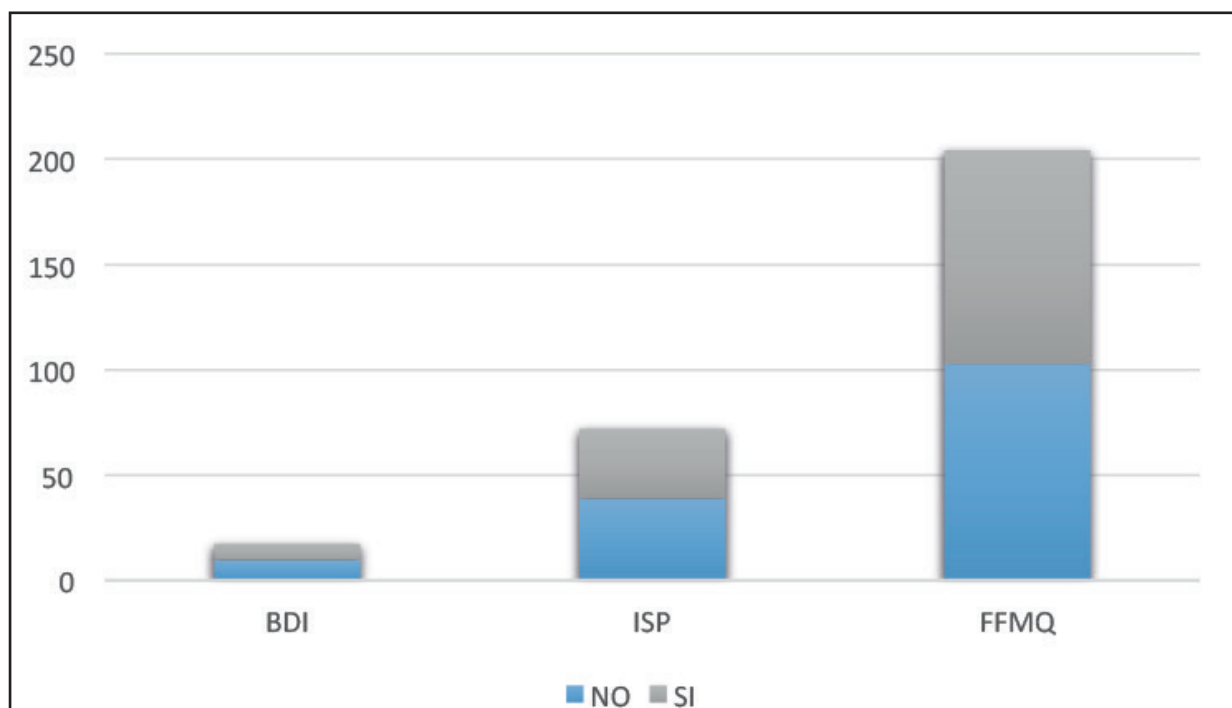


Gráfico 13. Diferencias dependiendo de si las mujeres trabajan o no

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Error típico	95% Intervalo de confianza	
								Inferior	Superior
BDI	85,661	,000	4,304	1448	,000	2,087	,485	1,136	3,039
ISP	38,551	,000	9,349	1448	,000	5,995	,641	4,737	7,253
FFMQ	2,245	,134	,873	1448	,383	1,253	1,436	-1,564	4,070

Tabla 17. Diferencias de medias

No existen diferencias significativas atención plena teniendo en cuenta si las mujeres trabajan o no, pero si existen estas diferencias en depresión y sintomatología prefrontal coincidiendo valores mayores en ambas variables en las mujeres que no trabajan.

- f) Análisis de las diferencias en depresión y atención plena según niveles (bajo, medio y alto) de sintomatología prefrontal.

Se forman los grupos a partir de la media y desviación típica (grupo 1: puntuación mínima, media menos media desviación típica; grupo 2: media menos media desviación típica, media más media desviación típica; grupo 3: media más media desviación típica, puntuación máxima).

Grupos sintomatología prefrontal

Grupo	n	Porcentaje
bajo	560	36,6
medio	570	37,3
alto	400	26,1

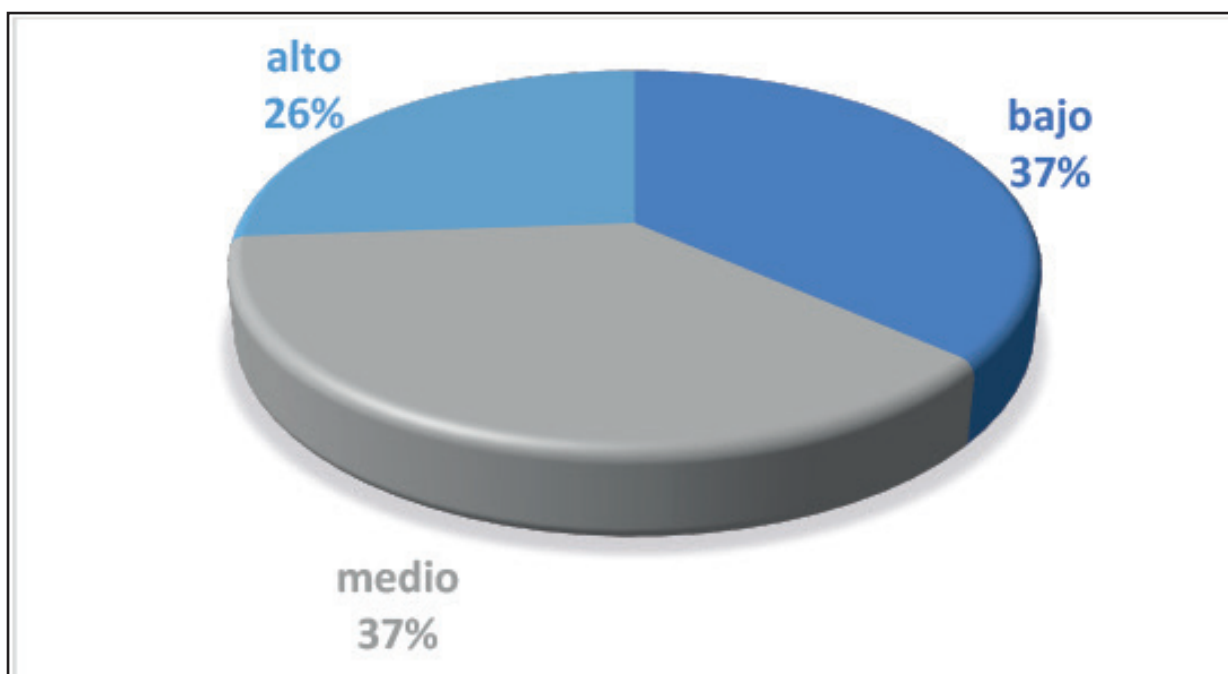


Gráfico 14. Grupos sintomatología prefrontal

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Depresión	32505,305	2	16252,652	249,332	,000
	99537,048	1527	65,185		
	132042,353	1529			
Atención plena	91791,124	2	45895,562	65,699	,000
	1066729,007	1527	698,578		
	1158520,131	1529			

Existen diferencias significativas en depresión y atención plena según los niveles (bajo, medio y alto) de sintomatología prefrontal.

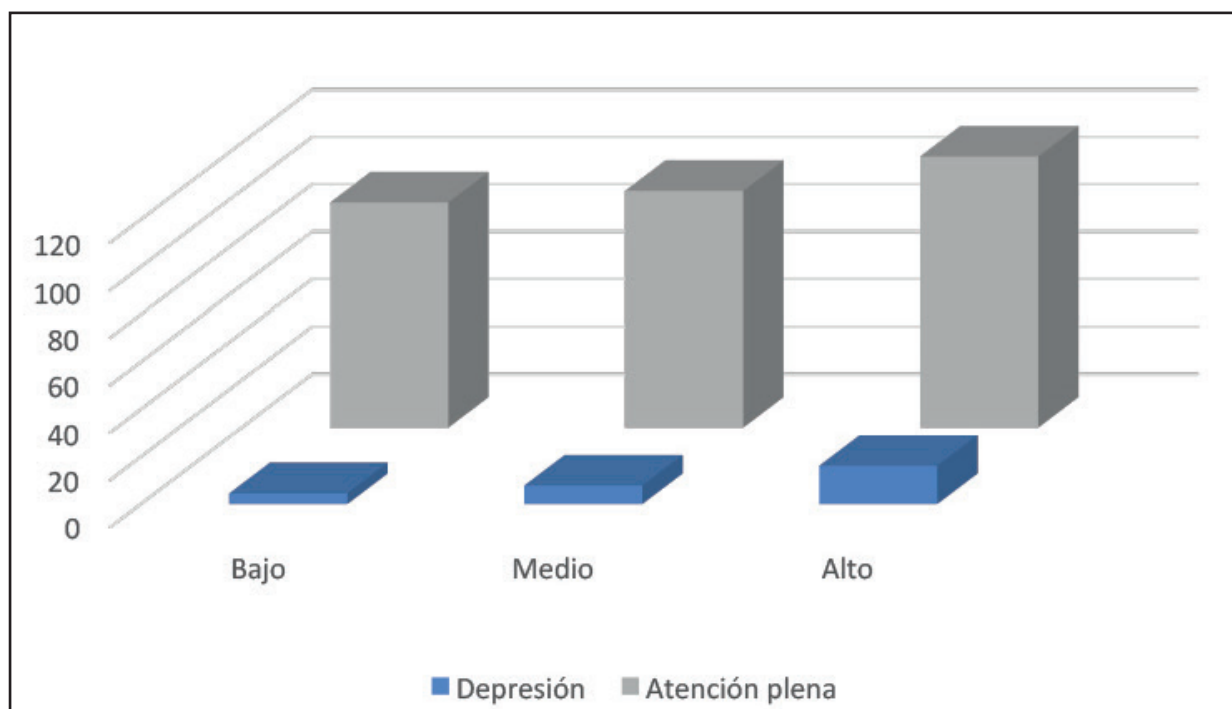


Gráfico 15. Diferencias en depresión y atención plena según niveles de sintomatología prefrontal

g) Análisis de las diferencias en depresión y sintomatología prefrontal según niveles (bajo, medio y alto) de atención plena.

Grupos atención plena

Grupo	n	Porcentaje
Nivel bajo de atención plena	400	26,1
Nivel medio de atención plena	670	43,8
Nivel alto de atención plena	460	30,1

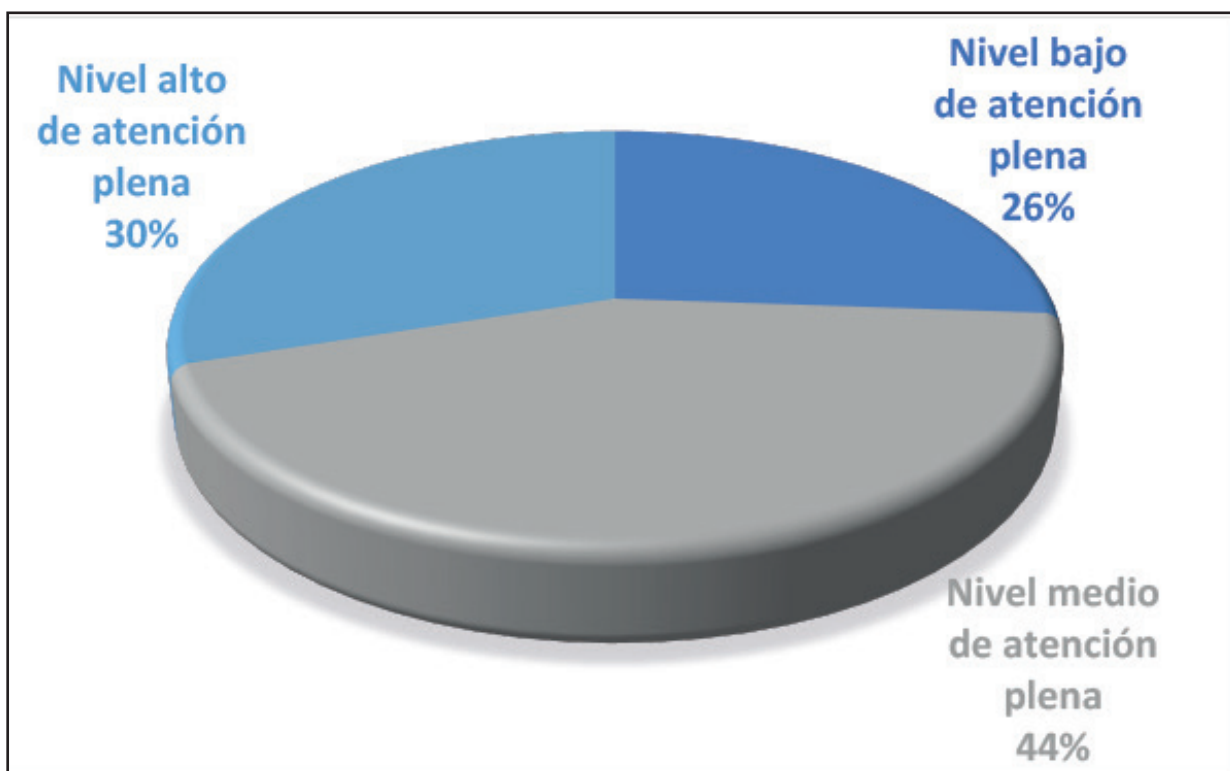


Gráfico 16. Grupos atención plena

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Depresión	9492,223	2	4746,111	59,138	,000
	122550,130	1527	80,255		
	132042,353	1529			
Síntomatología prefrontal	22853,194	2	11426,597	79,390	,000
	219781,838	1527	143,930		
	242635,033	1529			

Existen diferencias significativas en depresión y sintomatología prefrontal según los niveles (bajo, medio y alto) de atención plena.

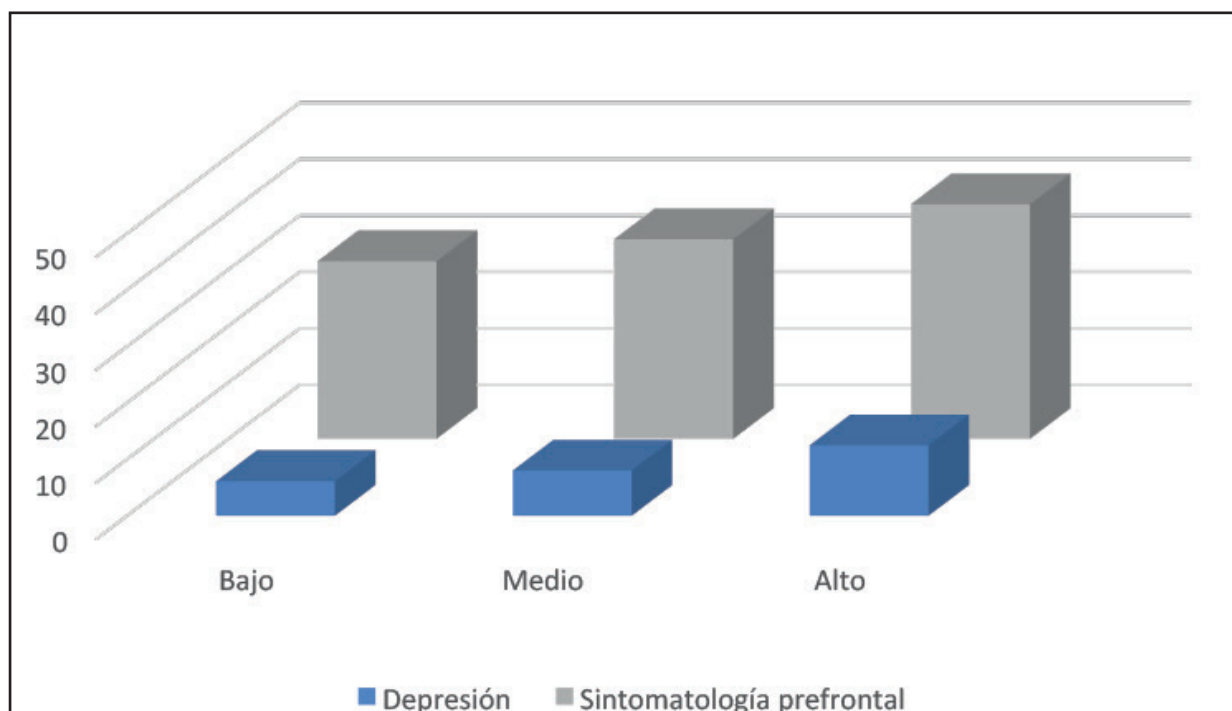


Gráfico 17. Diferencias en depresión y sintomatología según niveles de atención plena

h) Análisis de las diferencias en sintomatología prefrontal y atención plena según niveles (bajo, medio y alto) de depresión.

Grupos depresión

Grupo	n	Porcentaje
Nivel de depresión bajo	600	39,2
Nivel de depresión medio	640	41,8
Nivel de depresión alto	290	19,0

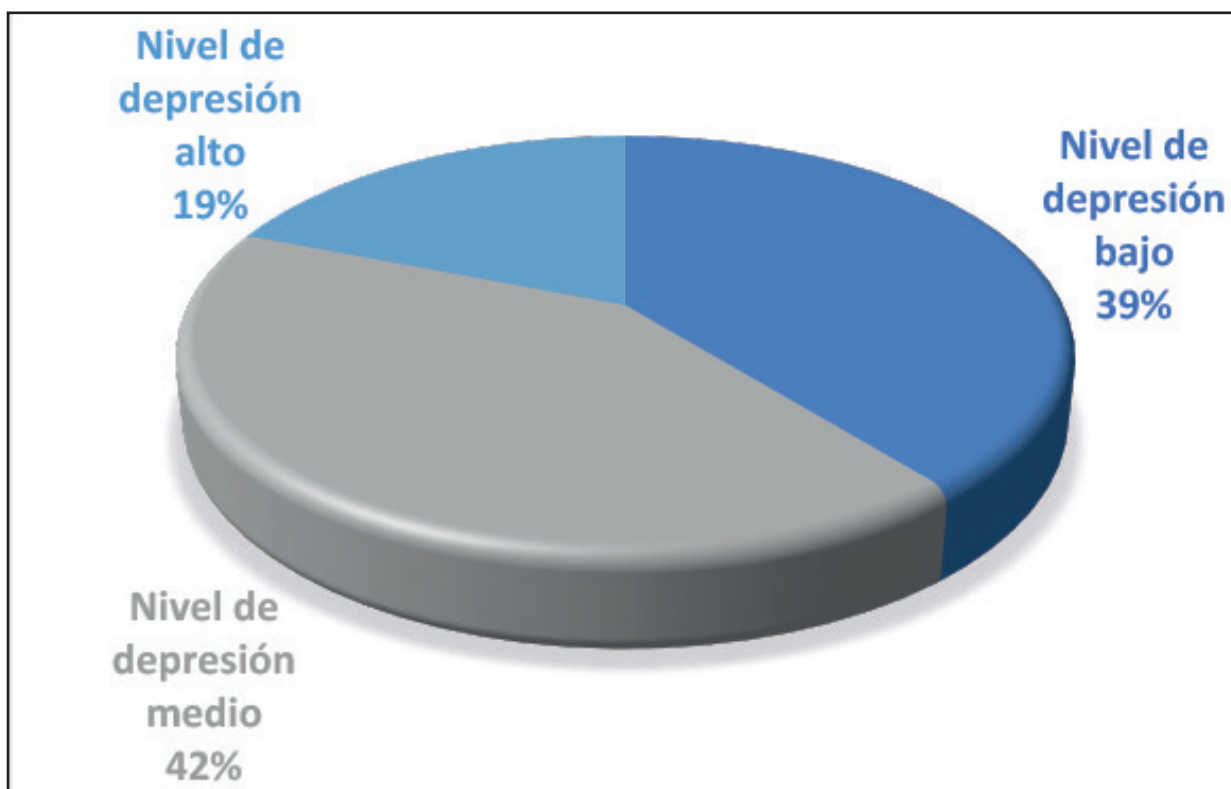


Gráfico 18. Grupos depresión

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Atención plena	100485,048	2	50242,524	72,512	,000
	1058035,082	1527	692,885		
	1158520,131	1529			
Sintomatología prefrontal	71649,704	2	35824,852		,000
	170985,329	1527	111,975		
	242635,033	1529			

Existen diferencias significativas en atención plena y sintomatología prefrontal según los niveles (bajo, medio y alto) de depresión.

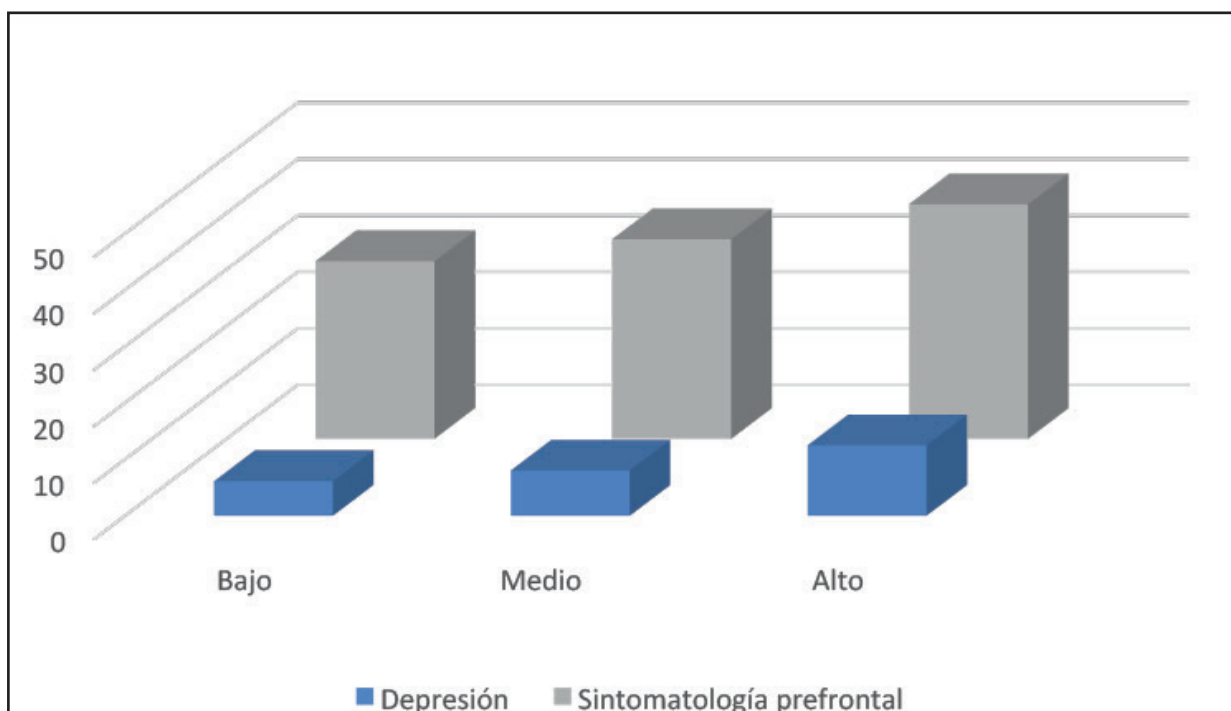


Gráfico 19. Diferencias en depresión y sintomatología según niveles de atención plena

Análisis de regresión múltiple (método *stepwise*)

a) Variable dependiente: Depresión

Variables independientes: edad, ejercicio físico, trabajo, sintomatología prefrontal, atención plena.

	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p	B	ET	β	t
<i>Depresión</i>									
Modelo 1 ^a	0,587	0,345	0,344	684,604 (1,1300)	<0,001				
Sintomatología prefrontal						0,416	0,016	0,587	26,165***
Modelo 2 ^b	0,607	0,368	0,367	378,498 (2,1301)	<0,001				
Sintomatología prefrontal						0,385	0,016	0,543	23,68***

Atención plena						0,054	0,008	0,159	6,911**
Modelo 3 ^c	0,610	0,373	0,371		<0,001				
Sintomatología prefrontal						0,386	0,016	0,545	23,799**
Atención plena						0,054	0,00	0,159	6.932**
Ejercicio físico						-1,355	0,449		-3,020**
^a Sintomatología prefrontal									
^b Sintomatología prefrontal, atención plena									
^c Sintomatología prefrontal, atención plena, ejercicio físico									
*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$									

Se demuestra el carácter predictivo de la sintomatología prefrontal, la atención plena y el ejercicio físico en la depresión. La sintomatología prefrontal explica el 34,4 % de la varianza total, por otro lado, en el segundo modelo se observa que sintomatología prefrontal conjuntamente con atención plena explican el 36,7 % de la varianza total. En el modelo 3 las tres variables explican conjuntamente el 37,1 % de la varianza total.

b) Variable dependiente: Sintomatología prefrontal

Variables independientes: edad, ejercicio físico, trabajo, depresión, atención plena.

	R	R ²	R ² ajustado	F(gl)	p	B	ET	β	t
<i>Sintomatología prefrontal</i>									
Modelo 1 ^a	0,587	0,345	0,344	684,604					
Depresión						,829	,032	,587	26,165***
Modelo 2 ^b	0,595	0,354	0,380	400,013					
Depresión						,795	,031	,563	25,599***
Trabajo						-4,922	,565	-,192	-8,715***
Modelo 3 ^c	0,626	0,391	0,390	278,214					

Depresión						,748	,032	,530	23,119***
Trabajo						-4,937	,560	-,192	-8,810***
Atención plena						,051	,011	,106	4,670***
Modelo 4 ^d	0,627	0,393	0,391	210,157					
Depresión						-4,912	,560	-,191	-8,774***
Trabajo						-4,912	,560	-,191	-8,774***
Atención plena						,050	,011	,105	4,627***
Ejercicio físico					1,253	,624	,044	2,008	1,253 [*]
^a Depresión ^b Depresión, trabajo ^c Depresión, trabajo, atención plena ^d Depresión, trabajo, atención plena, ejercicio físico *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$									

Se observa que son variables predictoras de sintomatología prefrontal la depresión, el trabajo, atención plena y realizar ejercicio físico. En el modelo 1 la variable depresión explica ella sola el 34,4 % de la varianza total, mientras que en el modelo 2 explica conjuntamente con la variable trabajo el 38 % de la varianza total. En el modelo 3 se añade la variable atención plena que junto a depresión y trabajo explican conjuntamente el 39 % de la varianza total. Finalmente, en el modelo 4, las variables depresión, trabajo, atención plena y ejercicio físico explican conjuntamente el 39,1 % de la varianza total.

c) Variable dependiente: Atención plena

Variables independientes: edad, ejercicio físico, trabajo, depresión, sintomatología prefrontal.

	R	R ²	R ² ajustado		F(gl)	p	B	ET	β	t
<i>Atención plena</i>										
Modelo 1 ^a										
Depresión	0,309	0,095	0,095		137,182		,911	0,078	0,309	
Modelo 2 ^b										
Depresión	0,331	0,109	0,108		79,688		,659	,095	,224	6,911***

Sintomatología prefrontal							,304	,068	,145	4,491***
^a Depresión										
^b Depresión, sintomatología prefrontal										
*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$										

Se demuestra el carácter predictivo de atención plena en la depresión de la mujer, explicando esta variable el 9,5 % de la varianza total. En el modelo 2 a la variable depresión se añade la sintomatología prefrontal, explicando conjuntamente el 10,8 % de la varianza total y quedando el resto de las variables excluidas del análisis.

Conclusión

Este estudio pone de manifiesto que las mujeres rurales analizadas, tras el confinamiento por motivo de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, mostraron una incidencia y afectación menor del COVID-19 sobre su salud y entorno cercano. Además, las encuestadas presentaban mejor estabilidad emocional -y menores niveles de sintomatología depresiva- cuando, al mismo tiempo, también contaban con: 1) mejor regulación cognitiva, ejecutiva conductual y emocional, a través de sus niveles de mindfulness -atención plena- como tendencia disposicional o estilo de vida, sin necesidad de tratarse de personas que practican estas técnicas terapéuticas; 2) niveles reducidos de sintomatología prefrontal, es decir, puntuaron adecuadamente en ese elenco de funciones y procesos mentales sofisticados que son tan relevantes para el bienestar, la adaptación a la distintas situaciones y cambios vitales, así como para la estabilidad cognitiva y emocional, y 3) contaban con trabajo o actividad profesional, lo cual se suele asociar mayor autoestima, autonomía económica y relaciones sociales.

Bibliografía

Allen, M., Dietz, M., Blair, K. S., van Beek, M., Rees, G., Vestergaard-Poulsen, P., Lutz, A. y Roepstorff, A. (2012). Cognitive-affective neural plasticity following active controlled mindfulness intervention. *The Journal of Neuroscience*, 32, 15601-15610. doi: 10.1523/jneurosci.2957-12.2012.

Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J. y Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Elsevier Public Health Emergency Collection*, 395(1), 37-38.

Bao, X., Xue, S. y Kong, F. (2015). Dispositional mindfulness and perceive stress: the role of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 78, 48-52. doi: 10.1016/j.paid.2015.01.007.

Bagherzadeh, M., Loewe, N., Mouawad, R. G., Batista-Foguet, J. M., Araya-Castillo, L. y Thieme, C. (2018). Spanish version of the Satisfaction with Life Scale: validation and factorial invariance analysis in Chile. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E2. doi: 10.1017 / sjp.2018.2.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077.

Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A. y Milam, J. (2012). Testing the indirect effect of trait mindfulness on adolescent cigarette smoking through negative affect and perceived stress mediators. *Journal of Substance Use*, 17(5-6), 417-429. doi: 10.3109/14659891.2011.587092.

Brantrom, R., Duncan, L. y Tedlie Moskowitz, J. (2011). The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceives health in Swedish population-based sample. *British Journal of Health Psychology*, 16(2), 300-316. doi: 10.1348/135910710X501683.

Britton, W. B., Lepp, N. E., Niles, H. F., Rocha, T., Fisher, N. E. y Gold, J. S. (2014). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in sixth-grade children. *Journal of School Psychology*, 52(3), 263-278. doi: 10.1016%2Fj.jsp.2014.03.002.

Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(4), 822-848. doi: 10.1037/022.3514.84.4.822.

Brown, K. W., West, A. M., Loverich, T. M. y Biegel, G. M. (2011). Assessing adolescent mindfulness: validation of an Adapted Mindful Attention Awareness Scale in adolescent normative and psychiatric populations. *Psychological Assessment*, 23(4), 1023. doi: 10.1037/a0021338

Calvete, E., Sampedro, A. y Orue, I. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la “Escala de atención y conciencia plena para adolescentes” (Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents) (MAAS-A). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 277-291.

Campos, D., Cebolla, A. y Mira, A. (2015). Mindfulness como estrategia de regulación emocional. *Ágora del Salud*, 1, 127-138. doi: 10.6035/AgoraSalut.2015.

Cepeda-Hernández, S. L. (2015). El mindfulness disposicional y su relación con el bienestar, la salud emocional y la regulación emocional. *Revista Internacional de Psicología*, 14(02), 1-31. doi: 10.33670/18181023.v14i02.135.

Chiesa, A., Calatti, R. y Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31, 449-464. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.003.

Crimmins, E. M., Kim, J. K. y Solé-Auró, A. (2010). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health*, 21, 81-91. doi: 10.1093/eurpub/ckq022.

Dakwar, E., Mariani, J. P. y Levin, F. R. (2011). Mindfulness impairments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(3), 165-169. doi: 10.3109/2F00952990.2011.553978.

Davidson, R. J. (2010). Empirical explorations of mindfulness: conceptual and methodological conundrums. *Emotion*, 10(1), 8-11. doi: 10.1037/a0018480.

Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanism of action. *Depression and Anxiety*, 30, 654-661. doi:10.1002/da.22124.

Diener, E., Emmons, R., Larsen. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Dundas, I., Vøllestad, J., Binder, P. E. y Sivertsen, B. (2013). The Five Factor Mindfulness Questionnaire in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 250-260. doi: 10.1111/sjop.12044.

Satisfacción vital, sintomatología prefrontal y atención plena en mujeres 501

Fernández, S. S., Avilés, A. G. P. y Castillo, Y. D. C. M. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4), 161-172.

Fiocco, A. J. y Mallya, S. (2015). The importance of cultivating mindfulness for cognitive and emotional well-being in late life. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 20, 35-40. doi: 10.1177/2156587214553940.

Gallant, S. N. (2016). Mindfulness meditation practice and executive functioning: breaking down the benefit. *Consciousness and Cognition*, 40, 116-130. doi: 10.1016/j.concog.2016.01.005.

Gámez-Guadix, M. y Calvete, E. (2016). Assessing the relationship between mindful awareness and problematic Internet use among adolescents. *Mindfulness*, 7(6), 1281-1288.

Garland, E. L. (2013). Mindfulness research in social work: conceptual and methodological recommendations. *Social Work Research*, 37(4), 439-448. doi: 10.1093/swr/svt038.

Hajek, A. y König, H. H. (2016). Longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe-evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *PLoS one*, 11(1), e0146967. doi: 10.1371/journal.pone.0146967.

Hajek, A., Suerte, T., Brettschneider, C., Posselt, T., Lange, C., Wiese, B., Steinmann, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Bickel, H., Mösch, E., Wagner, M., Hesel, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G. y König, S. S. (2017). Factors affecting functional impairment among elderly Germans - Results of a longitudinal study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21, 299-306. doi: 10.1007/s12603-016-0771-5

Hanley, A. y Garland, E. (2014). Dispositional mindfulness co-varies with self-reported positive reappraisal. *Personality and Individual Differences*, 66, 146-152. doi: 10.1016/j.paid.2014.03.014

Heeren, A., Van Broeck, N. y Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 403-409. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.017.

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. doi: 10.1016/j.clysa.2016.09.002.

Hill, C. y Updegraff, J. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81-90. doi: 10.1037/a0026355.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. y Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559. doi: 10.1177/1745691611419671.

Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R. y Vaitl, D. (2007). Differential

engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 421, 16-21. doi: 10.1016/j.neulet.2007.04.074.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 144-156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas, ahí estás*. Madrid: Paidós.

Kabayama, M., Mikami, H. y Kamide, K. (2018). Multidimensional factors associated with the loss of independence: a population-based longitudinal study. *Geriatrics & Gerontology International*, 18, 448-455. doi: 10.1111/ggi.13209.

Katz, D. y Toner, B. (2013). A systematic review of gender differences in the effectiveness of mindfulness-based treatments for substance use disorders. *Mindfulness*, 4(4), 318-331.

Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S. y Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41-46. doi: 10.1016/j.paid.2014.12.044.

Kong, F, Wang, X. y Zhao, J. (2015). Dispositional mindfulness and life satisfaction: the role of core self-evaluation. *Personality and Individual Differences*, 56, 165-169. doi: 10.1016/j.paid.2013.09.002.

Lai, C., Shih, T. Ko, Tang, H y Hsueh, P (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-Cov-2) and coronavirus disease 2019 (COVID-19). The epidemic and challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents* 55(3), 1-9.

Linares, L., Estévez, A., Soler, J. y Cebolla, A. (2016). El papel del mindfulness y el descenramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa. *Clínica y Salud*, 27(2), 51-56. doi: 10.1016/j.clysa.2016.03.001.

Lozoya-Delgado, P., Ruiz-Sánchez de León, J. M. y Pedrero-Pérez, E. J. (2012). Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Revista de Neurología*, 54(3), 137-150.

Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. y Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Science*, 12, 163-169. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005.

MacLean, K. A., Ferrer, E., Aichele, S. R., Bridwell, D. A., Zanesco, A. P., Jacobs, T. L., King, B. G., Rosenberg, E. L., Sahdra, B. K., Shaver, P. R., Wallace, B. A., Mangun, G. R. y Wallace, B. A. (2010). Intensive meditation training improves perceptual discrimination and sustained attention. *Psychological Science*, 21, 829-839. doi: 10.1177/0956797610371339.

Montenegro, M., Montejo, P., Claver-Martín, M. D., Reinoso, A. I., de Andrés-Montes, M. E., García-Marín, A. y Huertas, E. (2013). Relación de las quejas de memoria con el rendimiento de memoria, el estado de ánimo y variables sociodemográficas en adultos jóvenes. *Revista de Neurología*, 57(9), 396-404.

Moore, A. y Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18, 176-186. doi: 10.1016/j.concog.2008.12.008.

Oliva, A., Antolin, L., Pertegal, M., Rios, M., Parra, A., Hernando, A. y Reina, M. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Pedrero-Pérez, E. J. y Ruiz-Sánchez de León, J. M. (2013). Quejas subjetivas de memoria, personalidad y sintomatología prefrontal en adultos jóvenes. *Revista de Neurología*, 57(7), 289-296. doi: 10.33588/rn.5707.2013234.

Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Morales-Alonso, S., Pedrero-Aguilar, J. y Fernández-Méndez, L. M. (2015). Sintomatología prefrontal en la vida diaria: evaluación de cribado mediante el inventario de síntomas prefrontales abreviado (ISP-20). *Revista de Neurología*, 60(9), 385-393. doi: 10.33588/rn.6009.2014545.

Pons, D., Atienza, F. L., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2002). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la vida en personas de la tercera edad. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 13, 71-82.

Raes, F. y Williams, M. (2010). The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. *Mindfulness*, 1, 199-203. doi: 10.1007/s12671-010-0021-6.

Rasmussen, M. y Pidgeon, A. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 2, 227-233. doi: 10.1080/10615806.2010.515681.

Reina, M. y Oliva, A. (2015). De la competencia emocional a la autoestima y satisfacción vital en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 23(2), 345-359.

Ruiz-Sánchez de León, J. M., Llanero-Luque, M., Lozoya-Delgado, P., Fernández-Blázquez, M. A. y Pedrero-Pérez, E. J. (2010). Estudio neuropsicológico de adultos jóvenes con quejas subjetivas de memoria: implicación de las funciones ejecutivas y otra sintomatología frontal asociada. *Revista de Neurología*, 51(11), 650-660.

Ruiz-Sánchez de León, J. M., Pedrero-Pérez, E. J., Gálvez, S., Fernández-Méndez, L. M. y Lozoya-Delgado, P. (2015). Utilidad clínica y propiedades psicométricas del Inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido y las demencias degenerativas. *Revista de Neurología*, 61, 387-394. doi: 10.33588/rn.6109.2015252.

Sahdra, B. K., MacLean, K. A., Ferrer, E., Shaver, P. R., Rosenberg, E. L., Jacobs, T. L., Zanesco, A. P., King, B. G., Aichele, S. R., Bridwell, D. A., Mangun, G. R., Lavy, S., Wallace, B. A. y Saron, C. D. (2011). Enhanced response inhibition during intensive meditation training predicts improvements in self-reported adaptive socioemotional functioning. *Emotion*, 11(2), 299.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York, NY: Guilford.

Shonin, E., Van Gordon, W. y Griffiths, M. D. (2015). Mindfulness in psychology—a breath of fresh air? *The Psychologist*, 28, 28-31.

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), 19-26.

Sun, S., Pan, W. y Wang, L. L. (2010). A comprehensive review of effect size reporting and interpreting practices in academic journals in education and psychology. *Journal of Educational Psychology*, 102(4), 989.

Teper, R. y Inzlicht, M. (2013). Meditation, mindfulness and executive control: the importance of emotional acceptance and brain-based performance monitoring. *Social, Cognitive, and Affective Neuroscience*, 8, 85-92. doi: 10.1093/scan/nss045.

Tang, Y. Y. y Posner, M. I. (2013). Tools of the trade: theory and method in mindfulness neuroscience. *Social, Cognitive, and Affective Neuroscience*, 8(1), 118-120. doi: 10.1093/scan/nss112.

Zamorano, A., Muñoz, M., Ausín, B. y Pérez, E. (2019). Relación entre la salud mental y el nivel de funcionamiento de las personas mayores de 65 años de la Comunidad de Madrid. *Clinica y Salud*, 30, 3-71. doi: 10.5093/clysa2019a8.

Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., Zhanna, D. y Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19, 597-605. doi: 10.1016/j.concog.2010.03.014

Hontalbilla, a 7 de noviembre de 2021

Dr. Carlos Valiente Barroso

Instituto Clínico y de Investigación Interdisciplinar en Neurociencias





C/ Cañada de Buitrago S/N • 40353 Hontalbilla (Segovia)

Tfno. +34 921 12 30 10 / 06 Fax. +34 921 12 30 20

e-mail: administracion@femur.es • www.femur.es

