

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Ciencias Sociales
Lic. en Psicología

Trabajo Final de Integración

Efectos del entrenamiento en *Mindfulness* en la sintomatología ansiosa y depresiva en población general.

Autor: Denise López Moreno
Tutor: Juan Lombardini

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos	5
3. Marco teórico	6
3.1 Conceptualización del término estrés.	7
3.1.1. Depresión: criterios diagnósticos, comentarios y prevalencia.....	8
3.1.2. Ansiedad: criterios diagnósticos, comentarios y prevalencia.	10
3.1.3. Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de ansiedad y del ánimo.....	11
3.2 <i>Mindfulness</i> : definición y caracterización	13
3.2.1 Introducción a las terapias de tercera generación	14
3.2.2 Aplicaciones clínicas de mindfulness	16
3.3. Power mindfulness, un taller de 8 semanas.....	16
3.3.1. MBSR: programa de reducción de estrés basado en mindfulness.	19
3.3.2. MBCT: terapia cognitiva basado en mindfulness.....	20
3.3.3 DBT: terapia dialéctica comportamental.....	21
3.3.4. Antecedentes y evidencia científica de la eficacia de los programas.....	22
4. Metodología	22
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	23
4.2 Participantes.	23
4.3 Instrumentos.	23
4.3.1 Encuesta Inicial	23
4.3.2 Symptom Checklist (SCL-90R).....	23
4.3.3 Observación participante.....	24
4.3.4 Procedimiento.....	24
5. Desarrollo	28
5.1 Analizar los niveles de ansiedad y depresión en los participantes de un entrenamiento en power mindfulness abierto a población general, en un instituto privado de la ciudad de Buenos Aires, previos al inicio del mismo.....	42
5.2 Describir el entrenamiento que se realiza en el taller de power mindfulness a lo largo de ocho encuentros semanales.....	44
5.3 Describir la percepción subjetiva de los participantes con respecto a sus niveles de ansiedad y depresión, en tres momentos (primer, cuarta y octava reunión), en función de la experiencia y aprendizaje de mindfulness.....	47
5.4 Analizar los niveles de ansiedad y depresión en los participantes una vez finalizado el entrenamiento.....	49
6. Conclusiones	51
6.1 Limitaciones del estudio y aporte personal.....	54
7. Referencias bibliográficas	55
8. Anexos	56
Anexo 1. Consentimiento informado.....	57
Anexo 2. Datos sociodemográficos	58
Anexo 3. Proyecto de investigación	59
Anexo 4. SCL-90R	60

1. Introducción

El presente trabajo surge a partir de la posibilidad de transitar la última etapa de la formación de grado de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, en una Fundación que se dedica a la formación profesional, asistencia, prevención e investigación en el campo de la Salud mental. La institución fue seleccionada especialmente a raíz del interés personal en los movimientos de vanguardia científica que la misma articula con escuelas cognitivas, conductuales, gestálticas y Positiva. Estos movimientos, hoy son terapias basadas en la evidencia y conocidas como de Tercera Ola o Generación, y comprenden entre otras intervenciones, el mindfulness, que constituye el tema central de este trabajo con relación a los cambios y mejorías de la ansiedad y depresión.

La pasantía posibilita las siguientes capacitaciones a partir de la observación y formación académica de posgrado: a) Asistencia a reuniones de equipo de Terapia Dialéctica Comportamental (DBT), supervisión de los equipos y supervisión particular, b) Asistencia a reuniones de equipo de clínica general, c) Observación de admisiones de DBT, d) Taller de Habilidades Sociales, e) Taller de Power Mindfulness, f) Formación en terapias cognitivas, y g) Formación en Terapias de Tercera Ola y Terapia de Aceptación y compromiso (ACT).

El presente trabajo pretende dar cuenta del impacto de la práctica cotidiana de mindfulness en la calidad de vida de las personas en el contexto social actual. En función de ello, se comenzará desarrollando el estado del arte en el marco teórico, con la exposición de los modelos a partir de los cuales se ha estudiado el estrés, y dos de sus posibles consecuencias sintomatológicas como la depresión y la ansiedad.

Una constelación de componentes políticos, sociales y culturales posibilitaron la integración y acercamiento de las filosofías orientales y occidentales. En el marco de este movimiento global, del cual se expondrá una breve reseña, la atención plena encontró un suelo fecundo en el que expandirse. Puesto que mindfulness, es un término envuelto en su mística y en general con interpretaciones ambiguas y subjetivas, se brindará a continuación una síntesis de su significado, componentes y manifestaciones según sus referentes más destacados. De lo desarrollado, se desprende la articulación con las Terapias de Tercera Generación cognitiva y sus aplicaciones clínicas, con el fin de explicar la metodología, y fundamento que sustentan los programas terapéuticos específicos basados en la atención plena.

El marco teórico se completa con estudios que revelan la evidencia empírica acerca de la eficacia y beneficios de la implementación del modelo ya sea como complemento de otros tratamientos, o por sí sólo.

Luego se dará cuenta de la metodología sistematizada para la investigación y sus correspondientes resultados, junto la descripción taller a taller del programa. Finalmente, se expondrá la conclusión de la investigación, junto con las limitaciones y observaciones del proceso.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el entrenamiento en power mindfulness que se realiza en un instituto privado de la ciudad de Buenos Aires, y los niveles de ansiedad y depresión en los participantes, antes y después de realizar el taller.

2.2 Objetivos específicos

1. Analizar los niveles de ansiedad y depresión en los participantes de un entrenamiento en Power Mindfulness abierto a población general, en un instituto privado de la ciudad de Buenos Aires, previos al inicio del mismo.
2. Describir el entrenamiento que se realiza en el Taller de Power Mindfulness a lo largo de ocho encuentros semanales.
3. Describir la percepción subjetiva de los participantes con respecto a sus niveles de ansiedad y depresión, en tres momentos (primer, cuarta y octava reunión), en función de la experiencia y aprendizaje de mindfulness.
4. Analizar los niveles de ansiedad y depresión en los participantes una vez finalizado el entrenamiento.

3. Marco teórico

3.1 Conceptualización del término estrés.

El estrés es un aspecto inevitable de la condición humana, sin embargo, su afrontamiento establece grandes diferencias en lo que refiere a la adaptación como resultado final (Bulacio, 2011). Desde el punto de vista psicológico, existen al menos tres corrientes tradicionales de estudiarlo: estrés como respuesta, como estímulo y como interacción.

El estrés como una respuesta implica una reacción del organismo ante una situación que le exige una fuerte demanda o lo desborda, generando un conjunto de respuestas biológicas y emocionales, de corte cognitivo conductual como la ira, ansiedad y depresión, definido como síndrome de adaptación general y descrito por Seyle (1956, citado en Cano- Vindel, 1997). El estrés como estímulo, diferencia sucesos vitales estresantes y sucesos vitales menores que son aquellos estresores estables que están presentes en la vida cotidiana (Holmes & Rahe, 1967). Por último, el estrés visto como interacción entre las características de la situación y los recursos del individuo para afrontarla, implica una perspectiva integradora acerca de la valoración que hace el individuo de la situación. Esta reacción de estrés comprende respuestas emocionales, principalmente la ira, la ansiedad y la depresión (Cano- Vindel, 1997).

El modelo de Lazarus (Lazarus & Folkman, 1986), tiende a maximizar la relevancia de los factores psicológicos cognitivos que median entre los estímulos y las respuestas de estrés.

De esta forma, las personas valoran constantemente la significación de lo que está sucediendo en lo que se llamó evaluación cognitiva (Bulacio, 2011).

Desde la perspectiva psicosocial, se entiende que las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que repercuten en la salud, la calidad de vida y la longevidad de las personas. La investigación sobre el estrés social, orienta y organiza la teoría hacia el impacto que dichas experiencias estresantes tienen sobre las personas, más que hacia el origen de las mismas (Cockerman, 2001, citado en Sandín, 2003). Sin embargo, y a los efectos de su mejor comprensión y estudio, se discute por separado la relevancia de tres tipos distintos de estresores sociales: los relacionados con cambios o sucesos vitales, entendido como estrés reciente; cuando estos estresores son recurrentes y sostenidos en el tiempo, sobreviene una forma más insidiosa de estrés que es el crónico. En un camino intermedio, se encuentra el estrés cotidiano, que refiere al impacto acumulativo de los sucesos menores, experiencias negativas o contrariedades de la vida diaria. Los sucesos, al igual que en el estrés por sucesos mayores, y a diferencia del crónico; son concretos con un comienzo y un final que pueden delimitarse (Sandín, 2003).

Como se expuso en las distintas corrientes de estudio del estrés, este puede influir sobre la salud de diferentes maneras. Las consecuencias del mismo modifican hábitos relacionados con la salud, la falta de tiempo, el aumento de conductas no saludables como fumar, beber o comer en exceso, no hacer ejercicio físico o no dormir lo suficiente (Cano Vindel et al., 1994). Por otro lado, el estrés puede producir una alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo puede traer problemas cardiovasculares, digestivos, tensionales, sexuales, etc. Las personas pueden desbordarse como consecuencia del estrés, y comenzar a desarrollar sesgos o errores cognitivos que los lleven a adquirir temores irracionales (ataques de pánico, crisis de angustia) conocidos como trastornos de ansiedad y depresión (Cano Vindel, 1997).

3.1.1 Depresión: criterios diagnósticos, clasificación.

Según el DSM - 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), el diagnóstico del trastorno depresivo persistente se define por un estado de ánimo depresivo se manifiesta la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos dos años. Los síntomas que aparecen son la pérdida del apetito o la sobrealimentación; insomnio o hipersomnia; falta de energía o fatiga; baja autoestima; dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Estos síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2013).

El DSM 5 (APA, 2013), distingue en la sección de trastornos depresivos, ocho tipos según

algunos criterios específicos.

□□El trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, cuya particularidad son los accesos de cólera graves y recurrentes que cursan con un estado de ánimo irritable o irascible la mayor parte del día.

□□En el trastorno de depresión mayor (TDM), el ánimo deprimido se percibe la mayor parte del día, todos los días, y se codifican según la gravedad o curso, y cantidad de episodios en: leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total y no especificado.

□□El trastorno depresivo persistente descrito en el párrafo anterior.

□□El trastorno disfórico premenstrual, en el que se manifiesta sintomatología exacerbada en la última semana antes del ciclo de la menstruación, que empieza a mejorar unos días después del inicio y se hacen mínimos o desaparecen en la semana después de la menstruación.

☒☒El trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, en el cual los síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o exposición a un medicamento.

□□En el trastorno depresivo debido a otra afección médica, existen pruebas a partir de la historia clínica o análisis de laboratorio de que el estado es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

□□Otros trastornos depresivos no especificados y los especificados, en los que predominan criterios característicos de la depresión pero no cumplen todos los de una categoría, y pueden ser breves recurrentes o de corta duración.

Vázquez (2007), sostiene que clásicamente los síntomas depresivos se clasifican en tres dimensiones: los síntomas emocionales como la tristeza, ideas de suicidio, llanto, etc.; dentro de los síntomas de tipo ansioso encontramos la irritabilidad, falta de concentración, fobias y rumiación obsesiva, y por último, los síntomas somáticos, como la falta de energía, alteraciones del sueño y apetito, dolores y molestias digestivas. Dicha variabilidad en la presentación sintomática dificulta el rápido reconocimiento del trastorno, tanto para los profesionales de la salud como para los mismos pacientes.

Los episodios pueden empezar en cualquier momento de la vida, aunque se observa que el inicio de los primeros suelen desencadenarse por un estrés psicosocial grave. Sin embargo, la aparición y repetición de episodios posteriores no presenta detonantes externos. En este sentido, y por su elevada recurrencia, estudios sostienen la hipótesis de que en realidad la depresión mayor es una patología de curso crónico (Vázquez, 2007).

3.1.2 Ansiedad: criterios diagnósticos y clasificación.

Siguiendo la misma clasificación, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) implica ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades y por un tiempo mayor a los seis meses, resultando difícil al individuo controlar el estado constante de preocupación. Estos estados se asocian a inquietud o sensación de estar atrapado o con los pelos de punta, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes como el área laboral o social (APA, 2013). Los criterios de exclusión relacionados a aspectos específicos como la crisis de angustia o pánico, ansiedad social, alimentación, consumo de sustancias, enfermedades médicas, etc., están contemplados en la clasificación de los otros trastornos de ansiedad citados en dicho manual.

Dicha clasificación, hace referencia en la sección de trastornos de ansiedad a 10 distintos tipos con criterios diagnósticos específicos. Al TAG ya descrito, se le suman los siguientes:

□□ El trastorno de ansiedad por separación, refiere a un miedo excesivo para el nivel de desarrollo con respecto a la separación de las personas por las que siente apego.

□□ El mutismo selectivo, implica el fracaso constante de hablar en determinadas situaciones sociales.

□□ La fobia específica, corresponde a una ansiedad intensa o miedo por un objeto o situación específica, mientras que la fobia social o el trastorno de ansiedad social refiere a la misma sensación en una o más situaciones sociales en las que el individuo se siente expuesto a la evaluación externa.

□□ El trastorno de pánico, se define no sólo por la sintomatología específica del episodio, sino por el hecho de la preocupación continua que el mismo se repita y/o un cambio significativo en el comportamiento adaptativo.

□□ El trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos; el trastorno de ansiedad debido a afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y el otro no especificado.

La descripción hasta aquí hecha, abarca un conjunto de probabilidades en las que la ansiedad se ha generalizado, transformándose en una respuesta rígida, disfuncional o desadaptativa que impide el bienestar e interfiere en las actividades sociales, laborales o intelectuales y por lo que es considerada patológica. Sin embargo, en niveles no disruptivos, ésta es una emoción normal, que cumple una función adaptativa y permite a las personas anticipar diversas situaciones y movilizarlas con el propósito de evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo, a su vez es una respuesta para mejorar el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico (Bulacio, 2011).

3.1.3 Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de ansiedad y del ánimo.

La comorbilidad en el ámbito de la epidemiología médica es un concepto que se introdujo en los años 70, ante la posibilidad de que diferentes entidades clínicas se desarrollen sobre una enfermedad en curso en un mismo paciente. Así mismo, cuando los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos se manifiesta de manera completa estos son considerados comórbidos en un diagnóstico múltiple (Vázquez, 2007).

En América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha catalogado los trastornos afectivos como epidemia. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado según sus proyecciones, que hacia el año 2020, la depresión será la primer causa de discapacidad a nivel mundial. Las tasas de prevalencia en la población general no parecen estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios, los ingresos económicos o el estado civil.

Sin embargo, existe una diferencia significativa en el riesgo para contraer dicho trastorno a lo largo de la vida entre las mujeres, que es del 10 al 25%, y los hombres entre el 5 y el 12% (Vázquez, 2007). Se calcula que dos tercios de las personas que sufren de depresión no consulta por sus síntomas a ningún profesional de la salud, y sólo el 50% de los que si consultan reciben el tratamiento correspondiente.

Se calcula que más del 20% de la población general sufrirá un trastorno de ansiedad o depresión en un momento de su vida. Vázquez (2007) refiere que según las encuestas norteamericanas, la comorbilidad entre ambos trastornos llegaría a alcanzar una prevalencia del 60% , y uno de cada cuatro pacientes diagnosticados con TAG cumple a su vez con los criterios para un TDM. En consecuencia, se infiere que existiría un espectro o continuum dimensional depresión – ansiedad. En la práctica clínica, es de vital importancia evaluar el nivel sintomatológico en la coexistencia de las manifestaciones de cada uno, dado que se ha

comprobado que de existir comorbilidad completa, los pacientes presentan mayor gravedad, tendencia a la cronicidad, peor respuesta a los tratamientos, mayor deterioro psicosocial y riesgo suicida.

Los datos arrojados por el National Comorbidity Study y el Epidemiologic Catchment Área , dos reconocidos estudios norteamericanos, determinaron las siguientes cifras: entre un 40 y un 80% de los pacientes con trastorno de pánico, y el 49% de pacientes con TAG o trastorno distímico presentan depresión mayor (Vázquez, 2007).

Un estudio hecho por Aragonés, Piñol y Labad (2008), en 10 centros de salud de atención primaria en Tarragona, España, arroja resultados similares pero aun mayores a los obtenidos en Norteamérica. En el 45,7% de los pacientes con depresión mayor coexistía un trastorno mental mas, dos en el 19,9% y tres trastornos más en el 8,3%. El TAG estaba presente en el 55,2% de los deprimidos, y en el 33,8% de los diagnosticados con trastorno de pánico. Sólo el 26,2% de los pacientes deprimidos no presentaba comorbilidad con otros trastornos mentales. Se coincide en este estudio acerca del impacto funcional en vida de las personas, la gravedad y el peor pronóstico en los pacientes con comorbilidad psiquiátrica.

El creciente interés en el ámbito de salud hacia los aspectos positivos y mas saludables de la vida de las personas, introduce el concepto de calidad de vida, entendido como la evaluación subjetiva que la persona hace respecto de su estado de salud dentro de su propio contexto social y cultural. Esta percepción es producto de la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal de cada individuo según sus valores , aspiraciones y expectativas (Bulacio, 2011). Las personas con trastornos de ansiedad, suelen creer con convicción, y hasta cierto orgullo, que sus modos de proceder y preocupaciones son demandas necesarias de su actividad, y se encuentran al nivel de la situación que viven. Sin embargo, dicha rigidez no les permite ver que esta forma de actuar y sentir se generaliza a gran parte de los ámbitos de su vida (Bulacio, 2011). La eficacia en este sentido de los programas basados en la atención plena, radica en el hecho que enseña a conocer y cambiar estas “marchas” para permitir pasar del impulso de actuar al de ser, de un modo más conciente, afectuoso y compasivo (Teasdale, Williams y Segal, 2015).

3.2 Mindfulness: definición y caracterización.

El término inglés *mindfulness* no posee un equivalente en castellano que abarque su significado totalmente, por lo que se referirá al mismo como atención plena (AP), y se definirá a partir de la caracterización que los exponentes mas significativos del movimiento han hecho al respecto. Kabat-Zinn (2003a) describe la AP como la conciencia centrada en el presente, no interpretativa, no enjuiciadora, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado como tal. De esta forma, plantea centrarse en el presente de forma activa y reflexiva, a partir del desarrollo de una actitud de compasión, amabilidad y cariño hacia uno mismo (Miró, 2006a). Teasdale (2015), sostiene que el mindfulness significa ser capaz de ser consciente, de manera directa y de corazón, de lo que hacemos mientras lo estamos haciendo, sintonizados en mente y cuerpo con el mundo exterior.

Sin embargo ninguno abarca la acepción original budista de la palabra *sati*, que refiere tanto al proceso de la atención plena sin distorsiones, como al de recordarnos devolver la atención al soporte si lo hemos perdido. Miró (2006a), agrega que, a diferencia de la atención que es intencional y puede ser dirigida, el darse cuenta es espontáneo y no se puede forzar, simplemente sucede. Este mecanismo es fundamental en la práctica, y la mejor posibilidad de salir de la respuesta automática.

Se ha mencionado el término soporte, que refiere al objeto o proceso que se atenderá plenamente para desarrollar la estabilidad de la atención. En los estadios iniciales de la práctica, el soporte por excelencia es la respiración (Miró, 2006). En la meditación , ésta actúa como un ancla, al sintonizarla con la parte del cuerpo en la que más se siente, ya sea en las fosas nasales, en el pecho o en el abdomen, los pensamientos se aplacan aumentando la estabilidad general de la mente. No se trata de controlarla, ni de sostenerla, ni de pensarla, sólo es cuestión de tener conciencia de ella, de sentir y atender sus cualidades

(Kabat-Zinn, 2003b).

Desde la cultura oriental y diversas perspectivas se ha considerado la AP como una filosofía de vida, un fin en si mismo, y en función de esto, en los últimos años, desde el punto de vista psicológico se ha empezado a considerar como un constructo que caracteriza una propiedad de la personalidad (Vallejo Pareja, 2006).

Finalmente, y a los efectos del presente trabajo, se considerará la AP como una técnica.

A modo de presentación, resulta necesario conocer los elementos principales y su grado de innovación. El primer punto es centrarse en el momento presente, tal cual es, sin ánimo de control sobre lo que sucede, en lugar de estar pendiente de pasado o del futuro. Este aspecto da cabida al segundo concepto, que es la apertura a la experiencia y a los hechos, sin interpretarlos, poniendo por delante la percepción y el estímulo. Cuando nos encontramos en ese lugar, surge la tercera actitud, que es aceptación radical no valorativa de la experiencia, en todos sus matices, como aquello que es preciso vivir. Sin embargo, esto no es adoptar una actitud pasiva o de resignación, por el contrario, impera la actitud activa que refiere a la elección de las experiencias, cada cual elige de forma activa en que experiencia involucrarse. (Vallejo Pareja, 2006).

La cultura y la ciencia occidental en general, así como la práctica y teoría de la psicología en particular, están siendo testigos de la irrupción de las prácticas meditativas orientales en el actual principio de siglo. Este fenómeno es producto entre otros factores, de la migración de profesionales tanto desde occidente hacia oriente en búsqueda de la novedad y libertad que entendían en las filosofías y religiones de Oriente, como de la huida de un gran número de monjes tibetanos a partir de la invasión china del Tibet en 1951, que originó centros budistas en las grandes ciudades occidentales. En otro sentido, a partir de la maduración de la psicología cognitiva, se ha constituido un terreno fecundo, en el que las posibilidades terapéuticas del mindfulness pueden implementarse y con resultados tangibles, orientadas al cultivo de la atención y la concentración (Simón, 2006). Por último, cabe destacar las mediciones de los correlatos neurobiológicos que los actuales métodos de estudio del cerebro, a través de técnicas de neuroimagen, brindan acerca de la interacción mentecerebro cuando se practica la meditación. Este diálogo entre disciplinas que años atrás se encontraban aisladas, proporciona un novedoso enfoque que se aplica tanto al terapeuta como al paciente, que puede pensar de forma diferente sobre sus funciones mentales (Simón, 2006).

En los contextos clínicos, y ante la posibilidad de que algunas personas debido a sus creencias podrían no estar dispuestas a adoptar el vocabulario o la perspectiva budista, es que las prácticas de la meditación se han conceptualizado como habilidades psicológicas que pueden ser entrenadas no importa cual fuere el contexto religioso de los interesados (Miró, 2006a).

3.2.1 Introducción a las Terapias de Tercera Generación.

Desde la tradición conductual, en los últimos años, han emergido nuevas terapias, a las que Hayes (2004), agrupó con el nombre de Terapias de Tercera Generación (TTG). Esta tercera ola de terapias cognitivas y conductuales se diferencian con respecto a las anteriores en tanto abandonan el compromiso de usar exclusivamente cambios de primer orden, a favor de las estrategias experimentales por las personas. La filosofía que sustenta la teoría es de corte contextualista, en contraste con las asunciones mecanicistas de las dos primeras generaciones (Hayes, 2004).

Otra diferencia significativa se desprende de la hipótesis de la segunda ola, que consideraba al pensamiento o la cognición como la causa principal del comportamiento, por ende el objetivo perseguido era la modificación, eliminación, reducción o alteración de los eventos privados. Esto ha generado en un número significativo de pacientes, un patrón rígido e inflexible de actuación centrado en la evitación de dichos eventos. La propuesta es ampliar o modificar el objeto a tratar, trabajando sobre la función psicológica del evento a través de la alteración de los contextos verbales y las relaciones que la persona construye con sus

pensamientos (Hayes, Stroschal & Wilson, 1999).

El grupo de TTG se conforma por las siguientes terapias:

- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT., Hayes et al., 1999)
- Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, Kohlenberg & Tsai, 1991)
- Terapia de Conducta Dialéctica (DBT, Linehan, 1993)
- Terapia Integral de Pareja (IBCT, Jacobson & Christensen, 1996) y
- Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2002).

En términos generales, este nuevo grupo de terapias contextuales se define a su vez por haber conectado con otras aproximaciones no-científicas de corte existencialista que consideran nuevas variables de interés, y refieren a los procesos relacionados con la aceptación psicológica, los valores, la dialéctica, cuestiones que se conectan con la espiritualidad y la trascendencia, el self, el autoconocimiento y, el aquí y ahora o estar presente. A esta lista inicial, se han integrado la filosofía y los principios del Budismo Zen.

Por último, es importante establecer los métodos de intervención utilizados en las TTG, que ya no son didácticos ni directos, sino in-directos y experimentales, orientados en el sentido de experimentar, sentir y vivir en uno mismo. Las técnicas que se destacan son las de mindfulness, y de distanciamiento o difusión cognitiva (Mañas, 2007).

Este grupo de terapias, actualmente se encuentran reconocidas, más allá del paradigma cognitivo-conductual al que adhieren, entre otras, como terapias basadas en la evidencia. A partir de la integración de avances en la investigación con la práctica clínica, estas intervenciones se han desarrollado para el tratamiento de trastornos específicos y concretos en muestras clínicas bien especificadas. Para determinar su eficacia, el tratamiento debe estar respaldado por dos o más estudios de investigación con diseños experimentales intergrupales, contar con un manual de tratamiento claramente descrito y haber sido puesto a prueba en una muestra inequívocamente identificada (Polo-López, 2010).

3.2.2 Aplicaciones clínicas de Mindfulness

Como ya se ha mencionado, la técnica de mindfulness, ha sido integrada en diversos procesos clínicos, los que han aportado evidencia empírica de su utilidad (Vallejo Pareja, 2006).

Jon Kabat-Zinn creó el Centro Mindfulness en la Facultad de Medicina de Massachussets en 1979, al observar que determinados pacientes no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional. El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) es una intervención de tipo mente-cuerpo y desarrollado por él mismo y colaboradores en 1982, dentro de la División de Medicina Preventiva y Conductual de la misma universidad, siendo el puntapié inicial en el enfoque que integra las técnicas de meditación en la medicina y psicología occidental (Kabat-Zinn, 1982). El programa en dicha clínica se considera un complemento del tratamiento médico de patologías susceptibles de generar estrés, como podrían ser, entre otras, psoriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto o afecciones cardiovasculares. Miles de personas han completado el programa y desde hace 30 años, se ha expandido a más de 200 hospitales en Estados Unidos y en el mundo (Perez & Botella, 2006).

La MBCT introduce en la práctica de atención plena, entrenamiento del hábito, y aprendizaje de lo que es el pensamiento rumiador y automático, su detección y la relación que éstos

tienen con emociones como la tristeza (Segal et al., 2002). Desde este modelo, se ha planteado la hipótesis de la activación diferencial, según el cual, las recaídas en el trastorno depresivo se deben a la reactivación de patrones de pensamiento negativos cuando surgen estados de ánimo disfóricos. Lo novedoso de este enfoque, es que no está enfocado a cambiar el contenido de los pensamientos, sino a la tendencia a considerarlos verdaderos y observar cuál es la relación que el paciente tiene con los mismos (Perez & Botella, 2006). La premisa central de las prácticas de AP, se sustenta en la idea de que el estado mental de supervisión meta-cognitiva activa, es capaz con el tiempo y la práctica de alterar circuitos automáticos creados por el pensamiento repetitivo. Esto es, la habilidad de atender a la calidad de la atención, con el fin de tomar conciencia de las reacciones automáticas y los procesos psicológicos sobre aprendidos que muchas veces contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional (Williams, 2010).

Linehan (1993) desarrolla la DBT, que es un modelo complejo que adscribe a la teoría biopsicosocial para el abordaje y tratamiento de los trastornos de personalidad límite (TLP).

Lo que lo distingue de otras intervenciones relacionadas al TLP es que busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio. La desregulación emocional se entiende desde el marco teórico del enfoque, como la consecuencia de una cadena de factores que se inicia en un ambiente invalidante e incapacita al sujeto a desarrollar su identidad y relacionarse con las demás personas (Pérez & Botella, 2007).

En el manual de entrenamiento, Linehan (2015) define Mindfulness como aquello que tiene que ver con la calidad de darse cuenta, de presente que la persona lleva a su vida cotidiana. Es una manera de vivir despierto, con los ojos abiertos. Describe según sus propias palabras, que “la belleza de la AP se encuentra en el hecho de que, al mirar el momento, sólo éste momento, se descubre que se está mirando el universo y puede convertirse en uno con el presente” (p.152).

Las estrategias de AP están integradas en la DBT en el proceso de adquisición de habilidades sociales que funciona en talleres grupales semanales. Esta intervención está organizada en cuatro módulos, siendo el de habilidades de AP o mindfulness el primero, en el que se presentan y entrenan las tácticas, que sirven para potenciar el aprendizaje de los siguientes apartados. En segundo término, se desarrollan las habilidades de tolerancia al malestar, la tercer fase comprende el entrenamiento de habilidades de regulación emocional, al que le sigue en última instancia el módulo de habilidades de eficacia interpersonal.

3.3 Power Mindfulness: un taller de 8 semanas

Stoewsand, ha realizado un doctorado en la Universidad de Columbia en Nueva York, y completó un entrenamiento con Linehan en Mindfulness y DBT. Actualmente, es profesora, coach de mindfulness e integrante de un equipo de DBT en Buenos Aires (Mindfulness Buenos Aires, s.f.). A partir del MBSR, desarrolló un programa de 8 semanas, que adaptó a la cultura e idiosincrasia latinoamericana, integrando la teoría y práctica utilizadas por algunos de los movimientos que se incluyen en la tercera ola de terapias cognitivas. A continuación se hará una breve descripción de los aspectos más significativos de cada una, a los efectos del diseño del taller.

3.3.1 MBSR: Programa de reducción de estrés basada en Mindfulness.

Este programa, como ya se ha adelantado, fue desarrollado por Kabat-Zinn en 1982, dentro de la División de Medicina Preventiva y Conductual de la Universidad de Massachussets, siendo el puntapié inicial en el enfoque que integra las técnicas de meditación en la medicina y psicología occidental. El programa en dicha clínica se considera un complemento del tratamiento médico de patologías susceptibles de generar estrés, como podrían ser, entre otras, psoriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto o afecciones cardiovasculares. Miles de personas han completado el programa y desde hace 30 años, se ha expandido a

mas de 200 hospitales en Estados Unidos y en el mundo (Perez & Botella, 2006).

Para poder participar del programa de ocho semanas de duración, se debe asumir el compromiso personal con las prácticas formales e informales diarias, seis veces por semana más dos horas y media de asistencia regular al instituto, dado que cuanto más sistemática y regularmente se practique, más fuerza y resultados se obtienen (Kabat-Zinn, 2003b).

En el programa , Kabat –Zinn (2003b), invita a los pacientes a vivir *en* el momento, con total deliberación, trabajando consigo y sobre sí mismos. Se les proporcionan herramientas para sostener de forma sistemática una forma de ser, que denomina la vía de la conciencia, para escuchar sus propios cuerpos y mentes, tener mas confianza en las experiencias propias, y sensación de que existe un camino que puede hacer la vida mas agradable aún en los momentos difíciles.

Sin embargo, el poder sanador de la práctica requiere un proceso de aprendizaje integral, que implica algo más que seguir una forma manualizada, es necesaria una actitud que sintonice los principales soportes de la práctica. MBSR (Kabat-Zinn, 2003b) propone los siete factores que constituyen las actitudes básicas de la AP. Estos son:

□□No juzgar: asumiendo el lugar de testigo imparcial de la propia experiencia, la mente tiene la costumbre de organizar y etiquetar todo lo que ve, desencadenando actitudes automáticas y reacciones mecánicas.

□□Paciencia: desde esta filosofía, se la entiende como una forma de sabiduría, y consiste en estar abierto a cada momento, aceptándolo en su plenitud, sabiendo que, al igual que no podemos ayudar rompiendo la crisálida para que la mariposa salga, las cosas se descubren cuando llega su momento.

□□Mente de principiante: nos evita caer en la tendencia a observar y entender las experiencias según antiguas patrones o creencias, y estar receptivos a nuevas potencialidades.

□□Confianza: es el desarrollo de la confianza básica en uno mismo, en los sentimientos, siguiendo la intuición aprendiendo a escuchar el propio ser, lo que permitirá confiar en otras personas y ver su bondad básica.

□□No esforzarse: en la meditación de atención plena, no se persigue el resultado, se alienta a los pacientes dejar los objetivos por los que ingresaron al programa, y solamente seguir las instrucciones, estar presentes, se supone que aquello que buscan llegará en su momento.

□□Aceptación: significa haber llegado a la voluntad de ver las cosas como son, sin negación ni enojo, y entonces se estará en condiciones de producir el cambio.

□□Ceder o quedarse libre de apegos: es una forma de dejar que las cosas sean como son, sin aferrarse ni tratar de evitar lo que sucede.

El programa se desarrolla a partir de cinco componentes metodológicos, que funcionan como ejercicios integrados en la práctica formal e informal sostenida: del Zen adoptó la meditación sentada, la atención en la vida cotidiana y la meditación caminando. La revisión atenta del cuerpo o Body Scan y el Hatha Yoga completan con la meditación estática las tres técnicas formales de meditación (Perez y Botella, 2006).

Brevemente se expondrán algunos aspectos que se consideran fundamentales de los componentes. La meditación sentada es el núcleo de la práctica formal, siendo una postura que no es extraña a nadie. Sin embargo, sentarse con AP no es lo mismo. La postura, ya sea en una silla o en suelo es de suma importancia en la práctica de la meditación, dado que puede constituir un apoyo externo para cultivar una actitud interior de dignidad, paciencia y autoaceptación (Kabat-Zinn, 2003b). Al principio tendrá una duración de 10 minutos durante

los cuales el soporte de la atención será la respiración exclusivamente. Paulatinamente se extenderá hasta llegar a los 45 minutos, observando la incomodidad del cuerpo, los ruidos, las sensaciones corporales y hasta los pensamientos. En este sentido, se cultiva un tipo de flexibilidad que permite transitar el momento con cualquier cosa que sobrevenga y permanecer con ella, mientras respiramos. Siguiendo al mismo autor, la técnica de exploración corporal invita a estar *en* el cuerpo, sintonizar con el propio físico y tener conciencia del mismo sin juzgarlo. Acostados y boca arriba, se recorre con la mente las diferentes zonas empezando por los dedos de los pies hasta llegar a la cabeza. A partir de esta observación minuciosa, se vuelve a tomar contacto consciente con el cuerpo, cuales son las sensaciones, los pensamientos que emergen al sintonizar con ellos, mientras que con la respiración se liberan tensiones que producen una sensación de bienestar y aceptación hacia uno mismo.

Para Kabat-Zinn (2003b), el Hatha Yoga es meditación, una forma de cultivar la fortaleza, el equilibrio y la flexibilidad. Practicamos con las actitudes descritas, sin esfuerzo, sin juicio y aceptación, mientras se estira, se aprende a trabajar hasta los propios límites manteniendo la conciencia del momento presente. Para encontrar el ámbito del ser, es necesario aprender y practicar la movilización de los propios potenciales de atención y conciencia en el ejercicio.

Las prácticas informales se extienden a momentos de cada día, en actividades diarias.

La AP en la vida cotidiana consiste en poner toda la atención en el momento presente, en cualquier lugar y haciendo cualquier cosa: lavarse los dientes, ducharse, poner la mesa, comer o limpiar la casa. Prestando atención al aquí y ahora, esta habilidad conecta con la totalidad y experiencia de uno mismo y su vida (Pérez & Botella, 2006). Por último, la meditación caminando se practica en un lugar cerrado, en círculos o sobre los propios pasos, o cuando se dirige de un lugar a otro, con la intención de estar en cada paso. Puede ser lentamente o corriendo, siempre y cuando se sostenga el foco de atención en un solo elemento de la acción, que puede ser, entre otros, la respiración, los pies o el pulso (Kabat-Zinn, 1993).

3.3.2 MBCT: Terapia cognitiva basada en Mindfulness.

Segal, Williams y Teasdale (2002) incorporaron las técnicas y actitudes del MBSR y desarrollaron el programa MBCT para prevenir las recaídas de la depresión crónica. El formato al igual que el anterior, es de ocho semanas, con encuentros de dos horas y media semanales y el compromiso de la práctica semanal (Pérez & Botella, 2006). Así mismo, en el programa tampoco se tratan narrativas personales, ni contenidos específicos (Miró, 2006b).

El núcleo de la MBCT es el entrenamiento moderado y sistemático en la práctica de AP, cuyo objetivo es el adiestramiento psicológico a partir del cultivo de la atención sobre los propios procesos mentales, sin analizarlos. La TCBM entiende la meditación como una práctica mayormente cognitiva, con posibilidades de observar y modificar la relación que la persona establece con sus pensamientos, es decir, “cómo piensa”, y no “qué piensa” (Miró, 2006b). Miró sintetiza la dinámica de los talleres que adhieren al compromiso, las actitudes y componentes del MBSR. Puntualmente, se destina un tiempo dedicado a explorar y comentar los aspectos específicos de los mecanismos psicológicos como los automatismos, la rumiación, la preocupación o los juicios negativos, que conducen al sufrimiento. La AP sirve para darse cuenta de estas formas automáticas de funcionar, y cambiarlas.

La TCBM, una vez familiarizados con las técnicas de meditación, propone “invitar a la dificultad y trabajar con ella con la ayuda del cuerpo” (Teasdale, et al., 2015). La intención es sostener la atención en las emociones, y observar la activación fisiológica que estas desencadenan llevándolas al límite de la experiencia perceptiva del cuerpo, hasta sentir que realmente está ahí, que es parte de uno. En ese punto, la activación comienza a ceder y la atención vuelve a la respiración. Mediante esta práctica se experimenta que aceptar la experiencia significa dejar espacio para todo lo que sucede, en lugar de intentar evadir la emoción (Teasdale et al., 2015).

Por su parte, los pensamientos son considerados como eventos mentales, entrenar a los pacientes para poder observarlos como lo que son: pensamientos y no hechos reales, supone un gran desafío. En este sentido en el transcurso del programa, se explica que tanto los estados de ánimo como los sentimientos influyen poderosamente en el contexto mental, y se compara con las lentes con las que se contempla el mundo. Teasdale et al. (2015) sostiene que este mecanismo configura los patrones individuales de pensamiento, que asociados a los sentimientos pueden ser muy convincentes y parecer reales. La práctica de AP, entrena a los participantes a modificar esa forma de procesar la información y desarticular el círculo vicioso en que se mantienen las emociones dolorosas.

3.3.3 DBT: Terapia Dialéctica Comportamental.

En DBT se presentan tres estados de la mente: la mente racional como la mente del hacer, focalizada a metas y objetivos. La mente emocional, o mente del ser y estar, focalizada en las emociones y los impulsos; y la mente sabia, que es la sabiduría profunda de cada persona. Las habilidades de AP, son los vehículos para balancear estas mentes polarizadas, que se presentan como tesis y antítesis en un dilema dialéctico, en orden de cultivar la mente sabia, balance del hacer, ser y estar (Linehan, 2015). En función de dicho propósito, la autora distingue dos tipos de aproximaciones tanto a la meditación como a la AP, según la experiencia o el entrenamiento de quien la practique. A los principiantes, recomienda enfocar la mente, poner la atención en un evento específico interno o externo, como podría ser la respiración o un punto fijo en el suelo. La otra forma es con la mente abierta, que implica observar todo aquello que se presente en la conciencia, ya sea perceptivo o mental.

Estas estrategias se sostienen en lo que Linehan (2015) sintetiza como el “qué” y el “cómo” de mindfulness. Qué se hace: se observa, se describe y se participa de las experiencias. Cómo se hace: sin juzgar, con la mente en una sola cosa a la vez y efectivamente. La práctica de AP, en DBT se enseña en el primero de los cuatro módulos de habilidades sociales, que es el de tolerancia al malestar, sin embargo, cada encuentro semanal comienza con un ejercicio de apertura de mindfulness (Perez & Botella, 2006). En este formato, no se prescribe ni la frecuencia ni la duración de la meditación. Se incentiva a los pacientes a la práctica informal del mindfulness cotidiano, o caminando, así como la práctica formal de contemplación. Según los autores, la DBT propone el ejercicio de la conciencia de conexión con el universo, que consiste en pensar con amabilidad un objeto con el que se está en contacto, hasta experimentar la sensación de estar en conexión o ser amado.

3.3.4 Antecedentes y evidencia científica de la eficacia de los programas.

En el año 1992, Kabat-Zinn y sus colaboradores diseñaron un estudio con el objetivo de determinar si la MBSR era eficaz como intervención terapéutica para los trastornos de ansiedad. Sobre una muestra de 24 participantes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico con y sin agorafobia, 21 personas disminuyeron los niveles de ansiedad y se redujo el número de personas con ataques de pánico. A pesar de que los participantes no sufrían depresión, según las escalas BDI (Inventario de Depresión de Beck), se manifestó una reducción de los síntomas depresivos (Kabbat-Zinn et al., 1992). Miller et al. (1995), hicieron un seguimiento de los participantes del estudio de Kabat-Zinn et al. (1992) en el cual encontraron que al cabo de tres años, se mantenían los cambios en los niveles de ansiedad obtenidos en dicho estudio.

Perez y Botella (2006) citan diversos estudios en poblaciones no clínicas que han arrojado datos que dan cuenta del efecto beneficioso del MBSR. Uno de los primeros estudios fue desarrollado por Shapiro y colaboradores en 1998, con estudiantes de medicina durante el período de exámenes, en el cual se verificó su eficacia para reducir las puntuaciones de ansiedad rasgo y estado, de malestar psicológico y depresión. En la misma población un estudio más reciente hecho por Rosenzweig en el 2003 ha reportado una mejora en su perfil de estado de ánimo. En el año 2004, Chang y colaboradores dan cuenta de una disminución

en la escala de estrés percibido e incrementos en las medidas de autoeficacia y estados mentales positivos en una muestra de personas adultas tras participar del programa.

Diversos estudios empíricos han demostrado que la práctica de la AP contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional, favoreciendo los estados de ánimo positivos, el aumento de resiliencia y las actitudes de aproximación (Segal et al., 2002; Teasdale, 2015). La eficacia de la TCBM, se sustenta en estos cambios y en la reducción de sintomatología depresiva y de la recurrencia de los episodios. Por estos motivos y su bajo costo es que el Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido lo recomiendan en la fase de prevención de recaídas. En este contexto, seis ensayos clínicos realizados en distintas partes del mundo, concluyen que la TCBM a los 12 meses reduce los casos de recaídas entre un 40 y un 50% si se lo compara con la terapia habitual.

Davidson et al. (2003), llevaron a cabo un estudio acerca de las alteraciones en el cerebro y la función inmunológica como respuesta al entrenamiento de ocho semanas en mindfulness de un grupo de trabajadores sanos. Los resultados arrojaron por primera vez un incremento significativo en la activación cerebral izquierda en las zonas anteriores y medias y en anticuerpos compatibles con la vacuna de influenza. El predominio de esta activación se encuentra asociado a la presencia de un patrón de disposición afectiva positiva, que deriva en una mayor reactividad a los estímulos emocionales positivos, junto con la habilidad para afrontar estados de ánimo negativos y suprimir voluntariamente el afecto negativo (Simón, 2006).

Ante lo expuesto, dichos descubrimientos demuestran que los programas cortos e intensivos basados en la atención plena producen efectos en el cerebro y sistema inmunológico, y sugieren que la meditación podría producir cambios positivos (Simón, 2006).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio y diseño.

Se llevó a cabo un tipo de estudio de tipo descriptivo, longitudinal, de diseño no experimental.

4.2 Participantes.

Los participantes fueron sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años, residentes en la ciudad de Buenos Aires o Gran Buenos Aires. que acudieron al taller de Power Mindfulness por propia voluntad, sin criterios de exclusión.

En total, se inscribieron 29 personas, 17 mujeres, y 12 hombres. La edad media fue de 47 años, con un rango comprendido entre 21 y 73 años. Principalmente acudieron personas profesionales o con nivel terciario completo que desarrollaban alguna actividad laboral ($n=26$). Completaron el grupo 2 jubilados, y un estudiante universitario. Al momento del entrenamiento, el 38% de los asistentes se encontraba en tratamiento psicológico, sin embargo, el 76% había asistido en una o más oportunidades a terapia. Sólo el 17%, tomaba medicación psicofarmacológica.

4.3 Instrumentos.

4.3.1 Encuesta Inicial

La misma fue elaborada *ad hoc* por el equipo de investigación de la Fundación para este propósito. Consta de un consentimiento informado (Anexo 1), una encuesta que recoge información de datos sociodemográficos, historia de tratamiento psicológico o psiquiátrico, hábitos de consumo de sustancias y actividad física (Anexo 2). La tercer parte es un breve registro acerca de la motivación, expectativas y evaluación personal, en tres momentos

(primera, cuarta y octava semana) del entrenamiento. (Anexo 3)

4.3.2 Symptom Checklist (SCL-90R).

Es un cuestionario que evalúa patrones de síntomas de malestar psicológico, compuesto por 90 ítems que presentan problemas que tiene la gente con escala Likert (0,nada – 4,mucho). Se obtiene una evaluación a partir de tres índices generales y 9 dimensiones que evalúan síntomas de somatizaciones, obsesiones, compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismos. Se utilizará la versión adaptada al castellano de Casullo y para situar el valor de las medias se tomarán los valores promedio y de dispersión obtenidos del estudio de validación en Argentina (Casullo, 2004) (Anexo 4).

4.3.3 Observación Participante.

El taller Power Mindfulness responde a un formato estructurado e intensivo de 8 encuentros, y tiene como objetivo entrenar a los participantes en habilidades y prácticas cotidianas de conciencia plena. Consta de 8 módulos, teórico – prácticos, que se introducen en cada encuentro con tareas de práctica formal e informal de conciencia plena para realizar el resto de días de la semana.

Es un espacio interactivo, en el cual el coordinador indaga acerca de la motivación y expectativas de los participantes para hacer el taller. En cada encuentro , se comparte con el grupo la experiencia personal de la semana, en lo que refiere a la práctica formal e informal de Mindfulness, mientras que la percepción subjetiva acerca de los niveles de activación de la ansiedad o del ánimo se conversa el primer, cuarto y último día del taller. Con el fin de recoger datos, estas declaraciones han sido registradas por el investigador de modo sistemático y no intrusivo . El formato del curso no permite entrevistas particulares.

4.4 Procedimiento.

Se participó en modo vivencial del taller de Power Mindfulness. El mismo se dicta en la sede de la Fundación, y consta de 8 encuentros semanales, de dos horas y media. Los datos y la información recabados en el siguiente apartado, han sido tomados a lo largo de 4 talleres con inicio en los meses Mayo, Junio, Julio y Agosto del presente año.

Con el objetivo de recolectar información se llevaron a cabo las siguientes estrategias:

Se invitó a los participantes del taller a ser parte de la investigación, explicando su carácter anónimo y voluntario y el objetivo del mismo. En función de ello, se entregó la batería detallada en el apartado de instrumentos, el primer y el último día del curso.

El análisis cuantitativo de los niveles de ansiedad y depresión se realizó en dos fases, pre y post entrenamiento.

De dicha batería a su vez se extrajeron los datos sociodemográficos de los participantes, y el registro personal de los niveles de ansiedad y depresión.

La observación participante posibilitó la descripción de la metodología didáctica y el impacto del aprendizaje en la percepción subjetiva de los participantes.

Para responder al objetivos 1 y 4 que refieren a los niveles de ansiedad y depresión pre y post intervención, se tomaron en cuenta sólo aquellos participantes que completaron las encuestas al inicio y al final del curso. Sin embargo, en beneficio de una mayor riqueza y claridad de contenido, el investigador ha considerado pertinente incluir la totalidad de los participantes para responder a los objetivos 2 y 3 acerca de la descripción del curso y la percepción subjetiva de dicho aprendizaje en los participantes.

Para el análisis de los datos del SCL-90R en los objetivos 1 y 4, se calcularon las frecuencias (porcentajes) de respuesta para cada ítem y los puntajes T totales en cada

participante. Para responder al objetivo 4, se calcularon pruebas *t* de Student comparando los niveles de ansiedad antes y después del taller.

□□ De las 29 personas que iniciaron los talleres, 24 completaron las 8 semanas y 25 sujetos contestaron la primer batería, de los cuales 11 entregaron segundo.

5. Desarrollo

5.1 Analizar los niveles de ansiedad y depresión en los participantes de un entrenamiento en Power Mindfulness abierto a población general, en un instituto privado de la ciudad de Buenos Aires, previos al inicio del mismo.

Los resultados y el posterior análisis del inventario SCL 90-R determinan que dicho protocolo es válido. Los mismos según el puntaje de cada ítem (de 0=nada a 4=mucho) de la sub escala en relación a los niveles de ansiedad previos al inicio del entrenamiento demuestran que los participantes habían experimentado, con mayor frecuencia o intensidad sensación de nerviosismo (2) ($m=2,36$), temores (33) ($m= 1,73$) y agitación (57) ($m=1,73$).

En menor proporción, manifestaron el sentimiento de que algo malo les podría pasar (80) ($m=1,18$), estar inquietos sin poder quedarse sentados (78) ($m= 0,91$), asustarse de repente sin ninguna razón (23) ($m= 0,73$), sentir que el corazón latía más fuerte o se aceleraba (39) ($m= 0,82$), tener ataques de pánico o mucho miedo (72) ($m= 0,64$) . Tres participantes expresaron sentir temblores en el cuerpo (17) ($m=0,27$) o tener imágenes y pensamientos que les daban medio a veces (86) ($m=0,45$). (Figura 1).

Figura 1. Ítems de la sub escala ansiedad del SCL-90R.

Los ítems refieren a la presencia de signos generales de la ansiedad (Casullo, 2004), y remiten a los criterios mas generales establecidos en el DSM 5 (APA, 2013) para los trastornos de ansiedad, como el estado de constante preocupación o nerviosismo asociados a la sensación de estar atrapado, el miedo intenso y la irritabilidad.

Las puntuaciones y lo mencionado encuentra concordancia con la población de la muestra en general, que presenta valores en sintomatología y rasgos característicos de la ansiedad ($T=54$), esperables en la sociedad, lo que indicaría que no existe significación diagnóstica. Se infiere que dichos valores desde la perspectiva psicosocial, podrían ser representados por el impacto acumulativo de sucesos menores o experiencias de la vida cotidiana, que, sostenidos en el tiempo se han dado a conocer como signos de estrés cotidiano (Sandin, 2003. En el análisis particular, se observa que una participante presenta una puntuación significativa o alta ($T=70$) que indicaría la presencia de patrones sintomáticos relacionados a la dimensión ansiedad. Tres personas presentan una elevación moderada ($T= 00 01 01 02 02 03 2 17 23 33 39 57 72 78 86$ ansiedad previa 56 a 65), que se interpreta como la posible presencia de alguna escala con significación diagnóstica. (Figura 2).

Figura2.. Dimensión ansiedad del SCL-90R previa al entrenamiento (puntaje T), por género (m=mujer, h= hombre)

En relación a los niveles de depresión, el análisis del SCL 90-R arroja evidencia acerca de que los participantes tendían en general a preocuparse con frecuencia por todo lo que les pasaba (31) ($m=1,91$), sentían que todo les costaba mucho esfuerzo (71) ($m=1,73$), tristeza (30) ($m=1,73$) y soledad (29) ($m=1,45$). En menor intensidad, experimentaban falta de interés en las relaciones sexuales (5) ($m=1,36$), pocas energías (14) ($m=1,36$) y culpabilidad por hechos que ocurren (26) ($m=1,16$) . El 50% de los encuestados, manifestó no tener interés por nada (32) ($m=0,1,27$) o perder las esperanzas en el futuro (54) ($m=1,09$), y refirió en ocasiones sentirse inútil (79) ($m=0,82$) y/o atrapado (22) ($m=0,82$).

Ocasionalmente 2 participantes expresaron llorar por cualquier cosa (20) ($m=0,45$) y haber

pensado en quitarse la vida (15) ($m=0,18$). (Figura 3).

Los ítems de la sub escala analizados, corresponden a una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo (Casullo, 2004). Los criterios del DSM 5 (APA, 2013) así lo expresan en los diferentes apartados. Desde la clasificación clásica presentada por Vázquez (2007), que distingue tres dimensiones según la sintomatología emocional, ansiosa y/o somática, los resultados dan cuenta de la intensidad de la dimensión ansiosa que contempla la rumiación obsesiva acerca de la preocupación y la falta de concentración seguidas por los síntomas emocionales de tristeza y soledad.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 m m m m m m h h h h h ansiedad pre

Figura 3. Items de la sub escala depresión del SCL-90R.

Los valores de la dimensión depresión de la muestra en general, arroja un resultado esperable en la población sin significación diagnóstica ($T=54$). Sin embargo, el análisis minucioso da cuenta de una participante con sintomatología significativa, que podría corresponder con un trastorno del ánimo ($T=70$). Seis personas presentan sintomatología moderada ($T= 56$ a 65), lo cual significa que algunos ítems podrían presentar significación diagnóstica. Los resultados de los cuatro participantes que completan la muestra (36%) corresponden a valores esperables en la población ($T<50$). (Figura 4).

Figura 4. Dimensión depresión del SCL-90R, previa al entrenamiento (puntaje T), por género (m =mujer, h = hombre)

00 01 01 02 02 03 5 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 71 79 depresion previa

0 10 20 30 40 50 60 70 80 m m m m m m h h h h h depresion previa

5.2 Describir el entrenamiento que se realiza en el Taller de Power Mindfulness a lo largo de ocho encuentros semanales.

El taller posee un formato estructurado, que respeta una rutina metodológica, y en el cual las prácticas se articulan con nuevos conceptos teóricos cada encuentro. La descripción del mismo comprenderá dos apartados, uno inicial con la dinámica general, y otro con el material específico de cada día. .

Estructura metodológica común a los 8 encuentros.

A lo largo de los 8 encuentros, la incorporación de rutinas están direccionadas al aprendizaje de un nuevo hábito, a partir del cual la práctica de estado de atención plena (AP) se incorpore en la vida cotidiana de las personas. Power Mindfulness pide un compromiso de 30 minutos por día, 6 días a la semana durante las 8 semanas de entrenamiento. Tal como lo expresa Kabat-Zinn (2003b), después de haber sostenido este compromiso y observado lo que sucede, los participantes tienen libertad de continuar o abandonar la práctica, mientras tanto, según sus propias palabras, no importa si quieren hacerlo o no, hay que hacerlo igual.

A las 19 hs en punto, habiéndose quitado el calzado, abrigos y dejado carteras en la recepción, se da comienzo al taller. Los participantes se acomodan según su preferencia en sillas o colchonetas con almohadones. La instructora toca unas campanas tibetanas, y reina el silencio.

Los participantes son invitados a acomodarse con una postura digna, que significa estar cómodos, con la espalda derecha y la columna alineada, el mentón levemente apunta al pecho, los brazos relajados al costado. Con tres sonidos del cuenco, los ojos cerrados o abiertos con la mirada a 45 grados en un punto fijo toda la atención se dirige a la respiración.

Al principio durante 5 minutos, aumentando el tiempo cada nuevo inicio, se guía a los participantes en el registro de lo que experimentan. Se proponen herramientas para sostener el foco solamente en la respiración, como puede ser contar de a una por vez , hasta 10 en cada exhalación, centrar la mente en el aire que entra por las fosas nasales, el movimiento del pecho o como se infla el abdomen. Si los pensamientos vienen, no se resisten, se observan y dejan pasar, volviendo a llevar el foco a los puntos antes mencionados, este es el momento mindfull, cuando notamos que la atención se va, y la volvemos direccionar al momento presente (Kabat-Zinn, 2003b). La instructora guía con la palabra el proceso,

dejando silencios a su vez. Con dos sonidos del cuenco, la práctica de inicio termina. Los siguientes 20 minutos son de intercambio a partir del cual se obtiene el feedback de esta primera experiencia y se comparten las oportunidades y/o dificultades en la implementación de la práctica formal e informal de cada participante durante la semana.

El siguiente espacio es de una hora aproximadamente, el contenido teórico es presentado con soporte gráfico, en filmas o videos que se proyectan en una pantalla. Se articula con prácticas formales vivenciales de AP y meditación relacionadas con la teoría presentada. El primer día del taller se entregan cuadernillos con material de lectura, síntesis teórica y ejercicios para practicar durante la semana.

Momento del recreo, comer, tomar, conversar con conciencia plena. Se comparte té, budín o galletitas, frutas secas, distendidos y con la intención de sostener el estado de estar presentes.

El segundo módulo de la clase, de 45 minutos, se repasa la teoría, las dudas o resistencias que la misma causó, en algunos casos se complementa el tema del día, y siempre se ejercita otra práctica de AP. Una vez explicada la tarea para la semana y la próxima clase, se da por finalizado el encuentro.

Clase 1. Estar presente en tu vida.

En esta clase se introdujo a los participantes en el modelo, pero antes de comenzar, era importante conocer a cada persona, por lo que se invitó a que se presentaran con su nombre, edad y ocupación, cuáles eran sus expectativas y razón por la cual se inscribieron en el taller. Este primer momento de intercambio pretende crear un ambiente más íntimo y de confidencialidad entre los participantes, que se disponen a transitar un camino personal, pero acompañados. Siguiendo las instrucciones de Kabat-Zinn (2003b), se los invitó a dejar las metas y expectativas de lado entregándose a la experiencia del momento, abiertos al aprendizaje.

A partir de esto, se explicó como sería la dinámica del curso, qué compromiso demandaba, y sus beneficios. Se puso especial énfasis en el hecho que no era una terapia personal/ grupal, en la que se profundizarían o resolverían conflictos de cada uno, sino un proceso de formación personal. Por ejemplo, por respeto y cuestión de tiempo, se pide que cuando hablen, no sea por más de un minuto.

La explicación y definición de mindfulness que propone Kabat-Zinn (2003b), fue el puntapié inicial a la teoría que se presentó, destacando que para estar presente en la vida, se propone vivir intencionalmente con conciencia plena en el momento presente, desde el despertar de conductas rutinarias o automáticas. Lo que se hace, siente y piensa ha de ser experimentando con atención, sin juzgar, rechazar o apegarse al momento, aferrando el pasado o pendiente del futuro.

A continuación, siguiendo los lineamientos teóricos que introducen a la adquisición de habilidades de Linehan (2015), y a modo de prelude de la práctica de contemplación que siguió este módulo, se explicó qué es y cómo se hace conciencia plena, desde la acción. Linehan (2015) define que mindfulness es: observar, y solamente percibir y notar lo que entra por los sentidos. Describir que es ponerle palabras a la experiencia y por último participar, que significa entrar en la vivencia del presente. Siguiendo la teoría de la misma autora, la instructora desarrolla el cómo se hace conciencia plena. La primera actitud es la de no juzgar al aceptar los hechos como la realidad en el presente. Con la mente en una cosa por vez, y por último hacerlo efectivamente, que es centrarse en hacer lo que se necesita atento a los objetivos para que funcione, tan habilidosamente como se pueda.

En el entrenamiento es de vital importancia la experiencia integrada de los conceptos teóricos, por lo que una vez presentado el tema, éste fue en la mayoría de las veces complementado con un ejercicio de práctica formal. Sonó el cuenco, y la instructora dió las consignas: pidió que se lleve la atención a la respiración, utilizando el conteo. Luego se dió unos minutos para observar aquello que los sentidos pudieran captar, como ser el aire al entrar por la nariz, los ruidos --- de afuera y los internos---, la saliva, la nropa en contacto con la piel. Advirtió a

los participantes sobre el hecho de que si se estaba poniendo nombres o interpretando, pusieran la intención en dejarlo pasar, y simplemente observar. A continuación, se llevó la atención piel adentro, para observar los sectores del cuerpo con tensión o incomodidad. y entonces intentar describirlo lo mas objetivamente posible, a través de palabras sin juicio, ni bueno ni malo, lindo o feo, placentero o no. La atención luego descansó en la respiración hasta que se sonó el cuenco dos veces y la práctica se dio por finalizada. Luego de repartir los vasos y el té, la instructora circuló un recipiente con pasas de uva, y pidió que tomen una pasa, no la coman y aguarde.

Se observó el impulso automático de llevarla a la boca y las ganas de comerla. La práctica pone especial atención en los sentidos, por lo que cada uno a su tiempo, observó la pasa con sus luces, sombras y transparencias. Luego, tocándola para sentir su textura con los dedos, y pasándola por los labios, se pidió poner atención en si se podía observar alguna diferencia en la sensibilidad del tacto de cada lugar. El siguiente sentido fue el olfato, describiendo en la mente las sensaciones, y finalmente se llevó a la boca, sin masticarla todavía. Quedaba aún por observar el gusto y el tacto dentro de cada parte la boca, la saliva y recién ahí se mordió. La consigna en este momento fue escuchar los ruidos que producía al romperse la fibra de la pasa, y registrar cómo cambiaba el sabor. La facilitadora luego preguntó si se podía poner en palabras el sabor.

Este ejercicio presenta una forma muy importante de cultivar la AP, dado que ilustra cuan poderosos y desconocidos son muchos de nuestros impulsos cuando comemos (Kabat- Zinn, 2003b). Comer con conciencia plena, es una práctica informal que nos trae al presente varias veces al día. Solemos comer, distraídos , apurados, y desordenadamente, desestimando la importancia que este momento tiene para la vida y la salud. Respirar y masticar lento, optimiza la digestión y el metabolismo, es una forma de honrar nuestro cuerpo y cuidarlo .

En la última parte de la clase se presentaron y explicaron las siete actitudes que propone Kabat-Zinn (2003b) y que constituyen los principales soportes de la práctica del Mindfulness: no juzgar, tener paciencia, con mente de principiante, tenerse confianza, sin esforzarse, con aceptación y quedarse libre de apegos; estas son interdependientes, cada una influye en las demás y cultivar alguna mejora a las otras. Los participantes debieron elegir una actitud en la que hacer especial foco en diferentes ámbitos de la vida cotidiana cada semana del taller.

Clase 2. Los pensamientos son efímeros.

La segunda clase comenzó puntualmente, con un breve recorrido de comentarios acerca de las posibilidades y dificultades de incluir la práctica en la vida cotidiana durante la semana, seguida por tres minutos de meditación sentada (Kabat-Zinn, 2003b). La consigna de la instructora fue sostener la atención centrada en la respiración junto con la intención de observar los pensamientos y dejarlos pasar, expandiendo la conciencia a todo aquello que los sentidos percibían, con la misma actitud de no apegarse a su contenido. En general, los participantes expresaron haber podido realizar estos tres minutos con menor expectativa, y mas conectados con la observación sensorial, lo que les ayudo a centrarse en el momento presente y no perderse tanto en los pensamientos.

La conversación fue guiada sutilmente por la instructora para presentar el tema del día, que era, justamente, los pensamientos. Previo a orientación teórica, propuso el siguiente ejercicio: ella leería una serie de palabras, y cada uno debía prestar atención a aquello que la palabra le representara. Podía ser una imagen, un sonido, un recuerdo, una historia o una sensación. Todo era válido, solo había que observarlo.

Los asistentes fueron invitados a cerrar los ojos, y luego de unos minutos de atención centrada en la respiración, comenzó la lista (con un intervalo de aproximadamente 5 segundos entre palabra y palabra) : “Naranja. Tormenta. Alto”. la instructora dejó caer las campanas con un ruido fuerte y estrepitoso y sin hacer algún comentario siguió la lista.

“Luna. Océano. Complicado. Paz”. Por cada palabra, 2 participantes dijeron lo que les había venido a la mente. El registro de lo sucedido dio cuenta de que al menos tres o cuatro cosas

habían pensado, sentido y evocado en esos segundos, y en muy pocas ocasiones hubieron coincidencias en las respuestas.

Las conclusiones fueron concordantes con el material brindado en el soporte teórico: en primer lugar, la concientización de que los pensamientos son efímeros, sobre la evidencia de haber podido registrar qué tan rápido eran reemplazados no sólo por el siguiente pensamiento, sino también por sentimientos e interpretaciones a partir del sonido de la campana cuando cayó y desvió la atención instantáneamente del soporte mental propuesto.

En segundo lugar, que los pensamientos son un evento mental, y por último, los pensamientos no son una experiencia actual. La habilidad de observar (Linehan, 2015) en mindfulness, como un espectador, separa la identificación del self con los pensamientos, creando el espacio mental para regular el modo de actuar (Teasdale, 2015).

Luego se presentó de manera puntual, el proceso de la conciencia plena de los pensamientos actuales, de manera tal que los presentes pudieran revisar en sus experiencias y recuerdos que tan a menudo se veían envueltos en los mecanismos de rumiación, que imposibilitaban el estar en el presente (Teasdale, 2015). Linehan (2015) propone la actitud que consiste en:

Observar los pensamientos: notar su presencia, como entran y salen de la mente.

Practicar soltar los pensamientos: sin suprimirlos, ni aferrarse, con una disposición abierta y flexible.

Recordar que uno no es sus pensamientos al ser consciente de las veces que se pensó de una manera distinta, según el momento o la situación.

Y cuando un pensamiento molesto retorna: propone repetirlo una y otra vez, hasta que sea solamente un sonido.

Momento del recreo, en que los participantes se movieron un poco, sirvieron un té y unas galletas, experimentando con conciencia plena la pausa, los sabores y el diálogo espontáneo. El segundo módulo comenzó con la lectura del power point en la que se incluían algunos extractos de definiciones de distintos referentes de mindfulness y budismo que fueron desarrollados y conversados en conjunto.

Para más espacio mental, uno de los textos leídos de Pema Chodron fue el siguiente: “Solemos tomarnos muy en serio nuestros pensamientos, pero tal como sueños, ellos son efímeros. Son como burbujas o nubes.... Así que cuando te des cuenta que piensas demasiado, puedes simplemente tocarlos y que se disuelvan en la inmensidad del cielo azul.”

Con el objetivo de plasmar desde la experiencia el contenido, se propuso en la meditación elegir un entorno en el que pudieran depositar los pensamientos y observar como al soltarlos se alejaban. Las opciones fueron: una cinta transportadora en la que cajas se los llevaban, un río en el caían hojas que flotaban con los pensamientos, o un campo con mariposas que los buscaban y se los llevaban.

Clase 3. Ansiedad y miedo.

Esta clase comenzó con una práctica conocida como “diamante del estrés”. Los participantes entraron, se acomodaron, y directamente se propuso esta meditación, que consiste en “respirar” al entrecejo, luego a los hombros y por último al ombligo con la intención de soltar la tensión. La instructora explicó que respirar a un cierto lugar del cuerpo, es visualizar el aire que entra por la nariz dirigirse a un punto, y tomar conciencia del oxígeno que llega a los tejidos y las células de ese lugar. Estos cuatro puntos específicos dibujan la figura de un diamante, y representan los lugares del cuerpo en los que generalmente se acumula la tensión de la ansiedad. La respiración en la meditación funciona como un ancla, al sintonizarla con alguna parte del cuerpo arroja bajo las superficie las agitaciones de la mente, convirtiéndolas en relajación, calma y estabilidad (Kabat-Zinn, 2003b).

El feedback de la semana se realizó en función de una práctica informal que se presentó

como diálogo conciente. Trabajando en parejas, cada participante tendría dos minutos para responder a las preguntas:

¿Cómo fue la práctica en la semana?

¿Qué lograste y qué aprendiste?

¿Qué obstáculos surgieron?

¿Qué quieres lograr la semana próxima?

El oyente, no podía hablar... sólo escuchar esos dos minutos. Las experiencias de la mayoría coincidieron con lo dificultoso que les resultó frenar el impulso de hablar, de opinar y decir algo que al que hablaba le reconfortara o diera la seguridad que lo estaba escuchando. Por otro lado, en general también pudieron observar el diálogo interno acerca de la correspondencia o no con las propias experiencias. Al momento de hablar, se sintieron escuchados, sin embargo varios experimentaron una sensación de ansiedad tanto por quedarse cortos y no poder responder las preguntas en dos minutos, como por no tener que decir y quedar en silencio. En la vida cotidiana, el diálogo relaciona con el entorno, observar y aprender a conversar con conciencia plena, dejando de lado las interpretaciones, pausando y escuchándose a uno mismo, supone una herramienta muy valiosa para vivir y estar plenamente en el presente. Luego, cada pareja mantuvo un diálogo conciente, fluido y espontáneo durante tres minutos.

A continuación se introdujo el módulo teórico de la ansiedad y el miedo, en el que se hizo especial hincapié en el propósito de dichas emociones como respuesta en la evolución y supervivencia humana. Desde esta perspectiva, no hay emociones buenas ni malas, todas tienen una función, sin embargo, cuando se generalizan y son sostenidas en el tiempo, pueden ser muy desadaptativas y generar malestar en las personas (Linehan, 2015).

La propuesta del programa basado en la atención plena para relacionarse de otro modo al estrés, consiste en dejar de reaccionar de modo automático al mismo, con enfrentamientos inadecuados, como podrían ser la negación, el llenar el tiempo de ocupaciones, la medicación, y hasta la comida; y en su lugar comenzar a darle una respuesta con estrategias adecuadas (Kabat-Zinn, 2003b). El primer paso consiste en incrementar el nivel de conciencia en el momento presente de las ideas, sensaciones y sentimientos, en función de tener la opción de apaciguar, o no, la intensidad de la excitación percibida. Según detalla Kabat-Zinn, al canalizar en la respiración las energías, el sistema homeostático detiene el circuito de retroalimentación por lo que las reacciones corporales y fisiológicas se nivelan y el estrés no genera más estrés.

La práctica formal de meditación consistió en adentrarse en la ansiedad o el miedo. Se brindó unos minutos para que cada persona evoque una situación de su vida que le haya generado alguna de estas emociones. Preferentemente no debía ser algo muy intenso, dado que podría generar sensaciones muy fuertes en el cuerpo. Se comenzó con unos minutos de conciencia plena de la respiración con los ojos cerrados, hasta sentir que se estaba focalizado en el cuerpo. Luego intencionalmente se generó el miedo o la ansiedad evocando el momento elegido. La atención en ese momento se dirigía a aquellas partes del cuerpo percibidas como rastros de ansiedad, haciéndolas más intensas en lo posible con el pensamiento o las imágenes preocupantes. Una vez alcanzado el nivel más alto de activación, la consigna fue aferrarse a la emoción, manteniéndola unos 10 minutos. Si empezaba a bajar, había que intensificarla cada vez. En este punto máximo, habiendo practicado tolerar la ansiedad, la instrucción fue dejar de aferrarse al estado, tomando distancia y observando. No había que mantenerla ni suprimirla, notando con curiosidad el lugar del cuerpo en el que se manifestaba. En este punto, se pidió soltar la tensión y descansar la mente en el cuerpo cada vez más y más relajado con cada exhalación. Cada persona se tomó su tiempo observando la respiración hasta experimentar el nivel más bajo de activación posible. Recostados y con los ojos todavía cerrados, la instructora leyó una contemplación de auto-bondad que con las manos en el pecho repitieron para adentro los clientes:

“Que yo pueda vivir seguro y protegido, libre de amenazas externas e internas.

Que pueda vivir feliz y conforme.

Que este tan sano y completo en cuerpo y alma como sea posible, Y que disfrute de mi

bienestar en paz.”

Clase 4. Auto compasión.

El encuentro comenzó con una práctica de respiración sentada con las manos sobre el corazón, seguidos por ejercicios de yoga para relajar. En este caso, cada postura fue sostenida por tres o cuatro minutos con la intención de vincularse con distintas partes del cuerpo a través del movimiento y la respiración. El salón estaba preparado con las colchonetas y sillas para hacer la primer postura de sentado invertido, que es con la espalda en el piso, y las piernas a 90 grados apoyadas en el asiento de la silla. Luego se hicieron torsiones muy lentas al ritmo de inhalación y volviendo con exhalación, pinzas con las piernas, apertura del pecho acostados sobre el bolster (que es un almohadón cilíndrico muy compacto), y la postura del niño.

El yoga es meditación, cuando se entiende que llevar la atención plena a cualquier actividad lo es. Sin embargo, es mucho mas que relajar, flexibilizar y estirar el cuerpo. En el programa, se considera la tercer técnica mas importante, que implica estar en o dentro del cuerpo, y ser mas sensibles a percibir sus signos o mensajes al activarse (Kabat-Zinn, 2003b).

Asi mismo, la intención relacionada con el tema de la auto compasión, es poder cuidar el cuerpo adecuadamente, a partir del ejercicio suave, y la toma de conciencia de las sensaciones físicas, respetando los límites y abandonando la tendencia a forzarlo (Teasdale, 2015). En este ejercicio, las actitudes explicadas el primer dia, de no juzgar, tener paciencia, sin esfuerzo, con confianza, aceptación y mente de principiante se hacen experiencia directa.

Antes del intervalo, se conversó acerca de cómo reaccionaban en general los participantes ante las dificultades de la vida, si la tendencia era negarlas o por el contrario dejarse llevar por el drama de la situación. Se pidió que pudieran observar y narrar alguna reacción típica hacia ellos mismos en un momento de incertidumbre o incapacidad. Luego se interactuó definiendo la compasión y autocompasión. Se sugirieron entre otras, la siguiente definición: la compasión es la capacidad de estar abierto a la realidad del sufrimiento y aspirar a que este sea aliviado para los demás y para uno mismo.

El enojo, la hostilidad y la agresión hacia uno mismo y los otros puede ser muy doloroso. La práctica formal de autocompasión es una forma de meditación, en la cual se recitan repetidamente frases específicas positivas para cultivar los sentimientos amorosos como antídoto a la negatividad. Diversos estudios sugieren que dicha práctica, cuando se hace a diario, aumenta la experiencia de emociones positivas como la alegría, gratitud, o la esperanza, y reducen la emociones negativas. A su vez, estimula la auto aceptación y mejora las relaciones interpersonales en el tiempo (Linehan, 2015).

En esta dirección, se orientó la práctica de cierre hacia al cultivo de la auto compasión. notar el sufrimiento tal cual se presenta, describiéndolo en palabras como “no puedo mas. o esto es muy difícil.” Luego se pidió que se visualizaran en sintonía con la humanidad, y se dijeran a si mismos: “comparto mi sufrimiento con otros que también están sufriendo en este momento”. El tercer momento implicó acompañarse, con gestos de amabilidad hacia el propio sufrimiento. Una caricia en el brazo o en la cara, o las manos en el corazón, diciéndose: estoy con vos... estoy aquí para acompañarte”.

Clase 5. La sabiduría: mente sabia y aceptación radical.

En el comienzo de este encuentro, se invitó a los participantes a reflexionar sobre el aprendizaje y el camino hasta el momento recorrido. Se entregaron las hojas del registro personal para que completen en el momento y luego se hizo la exposición en grupo. El contenido de esta información se detalla en el objetivo 5.3, acerca de la percepción subjetiva de los asistentes.

Luego de unos minutos de ejercicios de estiramiento parados, guiados por un instructor de yoga que se sumó al plantel de profesionales a cargo del taller, cada uno tomó asiento para dar comienzo al bloque teórico.

La práctica de mindfulness desde la perspectiva espiritual, implica el contacto con la experiencia de la realidad tal cual es, el desarrollo de la sabiduría del corazón y de la acción,

la libertad entendida como el quedar libre de apegos, y aumento del amor y la compasión. En el marco de esta perspectiva, la sabiduría es una habilidad que puede cultivarse, entendida como una forma efectiva de responder a las necesidades del momento presente (Linehan, 2015).

La mente sabia sería la posibilidad de transitar por el camino del medio, el vivir la vida entre extremos, una especie de síntesis entre el modo de acción, activo, que impulsa orientado a metas, y el modo de ser, contemplativo, curioso, en el momento presente. La polaridad es similar a la que existe entre la mente racional dirigida por la lógica y la pragmática, y la mente emocional que depende del humor, los sentimientos y los impulsos. La integración de estos modos y mentes, da como resultado la mente sabia, que es la sabiduría profunda de cada persona, integrando y balanceando razón y emoción (Linehan, 2015).

La instructora complementó el material explicando que como cualquier nueva habilidad, era importante comenzar a practicarla en situaciones cotidianas, sin estar muy activado emocionalmente. De esta manera se favorece el aprendizaje, en función de incorporar y disponer de una respuesta mas balanceada en el momento de incertidumbre. La consigna para la práctica fue que pensarán una pregunta, algo que quisieran resolver, cuya respuesta no sea dicotómica, por si o por no. Sonaron las campanas una vez y comenzó el ejercicio:

Con los ojos abiertos, atendiendo la respiración como entraba y salía, dejando que la atención se pose en el centro de cada uno, se indicó que expandieran la conciencia. Al inhalar, se focalizaba en el vientre o centro, y al exhalar había q expandir la atención al espacio, manteniéndola en el centro. Luego al inhalar repetir "mente", al exhalar decir "sabia" Se continuó repitiendo esto hasta notar que realmente estaban en mente sabia, en ese punto debían cerrar los ojos, y al inhalar hacer la pregunta, al exhalar, esperar la respuesta, hasta escucharla o tener claro que no llegaría en ese momento. Por último, al inspirar, cada participante se tenía que preguntar a si mismo si aquello que recibió como respuesta era de mente sabia, y en la exhalación escuchar si así era.

El segundo bloque, introdujo el concepto de aceptación radical vinculado con la libertad. Linehan (2015), sostiene que la práctica de mindfulness habilita a las personas a desapegarse de las demandas de los propios deseos, antojos y emociones intensas. La libertad implica la capacidad de querer algo que se carece, y sin embargo, encontrar una vida que valga la pena ser vivida sin ello. La aceptación radical, no es una posición pasiva, de resignación o evitación del sentimiento, sino un movimiento activo del ser, que aprende a vivir con sus carencias y anhelos como parte de su totalidad.

Para dar por finalizado el encuentro e ilustrar la integración dialéctica de la mente sabia, la perspectiva espiritual y la aceptación radical, se guió una meditación llamada contemplación de la serenidad. Asentando la mente en el cuerpo y la respiración, se propuso observar como se aflojaba, y poner la intención en soltar los pensamientos, los deseos, sin aferrarse a las sensaciones o percepciones, relajados profundamente en el flujo del momento y la experiencia presente. Por último, con las manos en el corazón se repitió:

“ Deseo encontrar la serenidad para aceptar lo que no puedo cambiar, valor para cambiar aquello que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia”.

Clase 6. Inteligencia emocional.

En el último tramo del programa, se fueron integrando los módulos teóricos haciendo especial foco en incorporación de rutinas y apertura a los cambios. Los participantes en esta instancia ya manifestaban no sólo sentirse distintos, sino que el entorno les hacia comentarios acerca del cambio en su modo de estar.

El bloque teórico abrió el abanico de emociones presentado en la tercer clase (que se remitió al miedo y la ansiedad), planteando la pregunta de si creían que existían buenas y/o malas emociones, y si alguien entendía cuál era su función en general. Linehan (2015), explica que coexisten tres funciones primarias en las emociones. Por un lado, motivan la acción desde la fisiología de los impulsos neuronales , ahorrando tiempo en situaciones de extrema necesidad. La expresión facial, los gestos y la postura corporal a su vez habilitan una comunicación no verbal con las demás personas íntimamente relacionada con la biología

también. Por último, las emociones comunican a las personas con ellos mismos, lo cual puede ser muy útil si éstas llevan a verificar los hechos, en el momento presente.

A continuación se presentó el modelo para describir una respuesta emocional utilizando la metáfora de una ola del mar. Las corrientes serían los factores de vulnerabilidad personales, que se alimentan por un disparador –evento activante interno o externo–, las personas hacen una interpretación del evento que desencadena experiencias internas – cambios cerebrales neuroquímicos, corporales – que son percibidos como sensaciones internas y marcan una tendencia a la acción. Este momento en la metáfora es el punto en el que la ola llega a su máxima potencia, antes de romper. La acción podría ser dejarse llevar por el impulso, y comunicarlo a través del desborde emocional, o utilizando las nuevas herramientas adquiridas, balancear la activación y surfear la ola con control de experiencia.

El último momento del modelo involucra las consecuencias de la experiencia –los recuerdos, pensamientos compulsivos, sensaciones físicas y emociones secundarias - que van moldeando y atenuando con el tiempo los factores de vulnerabilidad personales.

Se pasaron filminas que los participantes leyeron con ejemplos de estos pasos relacionados al enojo, la tristeza, la vergüenza, el desprecio y el miedo. El bloque se cerró con una práctica de evocación de una emoción que evalúen como frecuente o molesta, observación de la activación, alejamiento y vuelta al estado de reposo.

Después del intervalo, el grupo se acomodó en colchonetas, recostados en el piso, para participar de la última de las propuestas de meditación formal estática que es el escaneo corporal. En este caso, luego de 5 minutos de atención en la respiración y observación de los pensamientos, los participantes fueron guiados a descansar la atención en un recorrido minucioso que comenzó en los dedos gordos de los pies hasta llegar al cabello. La exploración corporal es una poderosa técnica para establecer contacto con el cuerpo, desarrollar la concentración, la flexibilidad de la atención y la conciencia del momento presente (Kabat-Zinn, 2003b).

Clase 7. Ecuanimidad y compasión

La práctica de apertura combinó 15 minutos de movimientos mindfull pautados por la respiración de cada participante, y 15 minutos de respiración sentado. Luego los participantes compartieron los registros de las respuestas emocionales asentadas en el cuadernillo en la semana, que fueron reformulados junto con las instructoras del taller desde los principios de la atención plena.

Indudablemente la puesta en común derivó en la observación de los procesos automáticos aún presentes, así como en las nuevas herramientas adquiridas, lo cual fue muy estimulante para el grupo.

Desde la experiencia emocional de cada uno, se retomó en primer lugar el concepto de aceptación, en relación a la realidad. Cual sería el beneficio de aceptar la realidad, con las circunstancias dolorosas que puede traer, o que desencadena emociones negativas. Linehan (2015), sostiene que rechazar y negar la realidad no la cambia, y se requiere en primer lugar, aceptar los hechos reales para producir el cambio, aceptando a su vez que el dolor es una parte de la realidad de la vida, y rechazarlo agrega sufrimiento, dispara enojo e inclusive dolor físico. A partir de una disposición abierta y flexible, se pretende reemplazar la terquedad, con sus impulsos de control y apego al yo, por la aceptación.

Posteriormente al momento del te y las masitas, se introdujo el término ecuanimidad. En general los participantes dieron referencias ambiguas o limitadas acerca de su significado, lo cual resultó ser muy apropiado. Ecuanimidad, *aequanimitas* en latín, significa tener una mente estable. En este sentido, en el taller, ser ecuaníme fue entendido como la integración de lo aprendido, que posiciona a las personas en un lugar de equilibrio y balance emocional, personal y físico. El desafío implica mantenerse impávido a las críticas o alabanzas, ganancias o pérdidas que se presentan, en un estado mental equilibrado y sin expectativas, conectado con la quietud espaciosa de la sabiduría.

La práctica formal de cierre combinó la aceptación y la ecuanimidad, a partir de la evocación de momentos de la vida en los que cada uno había dado lo mejor de sí, con generosidad

amor y empatía. Luego se evocaron fases de la vida difíciles, en las que el comportamiento fue lamentable, y se observó si en ese momento se esperaba realmente estar libre de sufrimiento. Con amabilidad y bondad genuina se recordó a esa persona (que era cada uno), y con cada exhalación se pidió que abracen con aceptación, amor, sin juzgar a su persona, a quienes lo acompañaban y al resto de las personas y seres que habitan el planeta.

Clase 8. La felicidad: un bienestar excepcional.

El último encuentro del taller propuso explorar conceptos asociados con los propósitos, la virtud, la sabiduría y la felicidad. En primer instancia, en estado de contemplación y silencio, cada participante reflexionó acerca de sus aspiraciones e intenciones por el curso ocho semanas atrás. Luego, se invitó a que cada uno reflexionara sobre sus deseos más importantes en ese momento, en la próxima semana, el próximo mes.

La meditación a continuación involucró el cultivo de la alegría empática, un concepto extraño para todos del que no se explicó nada, promoviendo la actitud de mente de principiante. Una vez asentada la respiración en su estado natural, exhalando las tensiones corporales se expandió la conciencia más allá del espacio de la mente y el cuerpo, para soltar su contenido y dejar surgir la amabilidad, el amor universal, insight y sabiduría. La siguiente propuesta fue conectar con el propio deseo de felicidad, pensar en la vida, el pasado reciente notando los impulsos nobles que surgieran, y desde ese lugar revisar las motivaciones para participar del taller. Se visualizó un espacio mental simbólico, como una luz blanca en el corazón que con cada exhalación llenaba el ser con alegría silenciosa y un sentido de tranquilidad. Se pesaron los actos e intenciones virtuosas que cada uno llevaba a su familia, su trabajo notando los logros para el bienestar propio y ajeno. Con alegría comprensiva, se reflexionó sobre los amigos, compañeros, y todas aquellas personas que contribuyeron al bienestar. Luego sobre las multitudes que nos precedieron en el camino. En este punto en el que el espacio luminoso se expandía a todos los seres en búsqueda de una vida con significado, de virtud, de servicio, de ser la mejor persona que uno pueda, se exhalaba la luz de alegría comprensiva para ellos. Finalmente se soltaron los sueños, las aspiraciones, y la alegría, quedando libres de aspiraciones, y con el soporte en la respiración, la conciencia descansó en su propia naturaleza pura.

El programa finalizó con una reflexión acerca del propósito de la vida, tomando en cuenta la visión de filósofos y pensadores que consideraron a la felicidad como el fin último, y su búsqueda como parte fundamental del ser humano. Desde el enfoque propuesto, la verdadera felicidad deviene de la confluencia de conciencia plena, virtud y sabiduría.

5.3 Describir la percepción subjetiva de los participantes con respecto a sus niveles de ansiedad y depresión, en tres momentos (primer, cuarta y octava reunión), en función de la experiencia y aprendizaje de mindfulness.

Los participantes en su mayoría acudieron el primer día al taller expectantes y sin un claro conocimiento de la propuesta. Motivados por la experiencia de un conocido, artículos en medios de comunicación o recomendación de sus terapeutas o médicos, el 80% de los participantes esperaban poder reducir los niveles de ansiedad percibida y de estrés. En este primer estadio, parecería ser que las personas poseen un menor registro del ánimo deprimido o tristeza, y el 25% expresó la intención de mejorar dicho estado. Por último, el 20% de los inscriptos en el programa, no percibía ninguna desregulación emocional como objetivo del entrenamiento, sino que había ido motivado por curiosidad y desarrollo o formación personal. Algunos de los testimonios recogidos en esta instancia lo expresan de la siguiente manera:

“ Siento mucha ansiedad, y dolores en el cuerpo todo el tiempo”

“ Atravieso una crisis profesional, que me genera mucha ansiedad, y siento que estoy muy caída”

“ Estoy en un momento muy especial, y no puedo con todo, me supera”

“ La ansiedad no me permite conectar con el presente”

“ Vengo por curiosidad, con ganas de vivir mejor”

Promediando la mitad del taller, entre el cuarto y quinto encuentro, se dedicó el comienzo de la jornada a compartir la experiencia y registro personal de cada uno acerca del entrenamiento y lo hasta el momento aprendido. Teasdale (2015), considera que al reflexionar sobre los beneficios que la práctica de la atención plena ha proporcionado, se potencia la intención de mantener la iniciativa en el futuro. En general, al 75% de los participantes les costaba sostener las prácticas formales e informales de atención plena entre semana, limitando a determinados momentos la intención atencional. Sin embargo, el 90% de las personas refirieron percibir una mejoría en su estado emocional general. En esta instancia, y respetando la consigna de dejar de lado el objetivo de reducción de ansiedad y estrés que la mayoría de los participantes traía consigo, no se indagó específicamente al respecto. Los testimonios fueron estimulantes para el equipo, a la vez que redoblaban el desafío de poder incluir en la vida de los participantes la meditación y la atención plena. A continuación se presentan algunos de ellos:

“ Me cuesta sostener las prácticas, pero se siente distinto”

“ Es interesante ver las cosas así... aunque me olvido de las prácticas!”

“ Estoy atenta, siento mas claridad , siento que cambié”

“ Me cuesta la práctica, pero creo que estoy mejor”

“ Me resulta interesante, no se si veo cambios”

“ Estoy adoptando las prácticas, y realmente siento cambios, como que hay situaciones que no se van de magnitud, que antes eran imparables”

Se considera importante destacar , que en los cuatro talleres observados, la dificultad de incluir las prácticas formales e informales de mindfulness fue una constante. En si misma, la atención plena no es difícil, sin embargo, el reto en la vida cotidiana consiste en acordarse de prestarla (Teasdale, 2015). La instructora invitó a los participantes a leer en voz alta el compromiso impreso en el manual , que fue acordado la primer clase y emprender acciones puntuales como programar la agenda o alertas en los celulares que traigan al presente la atención.

En la etapa final, el 85% de los participantes había incorporado prácticas formales e informales de atención plena por lo menos seis días a la semana. A pesar de esto, no se reportaron casos que cumplieran en su totalidad con el compromiso de treinta minutos diarios de práctica formal.

Arribando a las consideraciones finales de este apartado, cabe señalar que en relación al impacto del entrenamiento, la totalidad de los participantes manifestaron sentir y actuar una actitud más positiva y de presencia en su vida cotidiana, como lo indican los siguientes testimonios:

“Una experiencia satisfactoria, terapéutica y amable”

“Me siento mucho mejor anímicamente, y no quiero dejar de practicarlo”

“Me siento mas presente y dueña de mi vida, logré incorporar la práctica en mi vida cotidiana.”

“Me cambió la vida, estoy feliz”

“No puedo creer lo que movió en mi, es genial, tomé decisiones con tranquilidad y seguridad que hace meses postergaba”

“Estoy despierta, en el día a día.... Me siento mejor conmigo misma”

Tal como indica Teasdale (2015), uno de los objetivos primordiales de mindfulness es ayudar a las personas a cultivar una nueva manera de ser, que permita vivir una vida en la que los patrones destructivos de la mente se reemplacen por una forma mas dispuesta a confiar en la sabiduría interna que le guía, con mayor bienestar, satisfacción y tranquilidad.

5.4 Analizar los niveles de ansiedad y depresión en los participantes una vez finalizado el entrenamiento.

Transcurridas las ocho semanas de entrenamiento, los participantes repitieron la batería de tests que se habían entregado el primer día del curso. El análisis de los datos arroja evidencia de que tras finalizar el tratamiento se produjo una disminución estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad ($t= 3.70$, 10 *gl*, $p=.004$, $Ma=1.08$ vs. $Mp = 0.72$) y depresión ($t= 2.64$, 10 *gl*, $p=.025$, $Ma=1.18$ vs. $Mp = 0.81$) reportados por los sujetos según el SCL 90-R.

A excepción de un caso en el que no se observaron modificaciones en las mediciones con respecto a la primera, el resto de los participantes como se puede observar en la figura 5, experimentó un descenso en los niveles de ansiedad (T=45). Los valores de dos sujetos corresponden a una elevación moderada, en la que alguna escala en particular podría presentar significación diagnóstica, mientras que los nueve sujetos restantes dan cuenta de elevaciones medias o bajas que corresponden a valores esperables en la población.

Figura 5. Valores de ansiedad por participante previo y post entrenamiento (puntaje T)

Para el análisis comparativo de cada ítem de la sub escala ansiedad, se calculó el porcentaje de diferencia entre el valor medio previo al entrenamiento y el posterior. Los resultados dan cuenta de que las personas luego del entrenamiento redujeron notablemente el tener miedos (74%), y ataques de pánico o miedo excesivo (58%). Así mismo, las personas se sentían significativamente menos agitadas o nerviosas (37%), con menor frecuencia e intensidad se asustaban sin razón o sentían que algo malo les podría pasar (32%). El nerviosismo descendió el 22%, el estar inquieto un 10% mientras que los temblores en el cuerpo y la aceleración cardiovascular no presentaron cambios (Figura 6).

Figura 6. Mediciones pre y post por ítem de ansiedad del SCL 90-R.

Referencias de la figura 6: (2) Nerviosismo. (17) Temblores en mi cuerpo. (23) Asustarme de repente sin razón alguna. (33) Tener miedos. (39) Mi corazón late muy fuerte, se acelera. (57) Sentirme muy nervioso/a, agitado/a. (72) Tener ataques de mucho miedo o de pánico. (78)

0 10 20 30 40 50 60 70 80 m m m m h h h h ans preT ans postT
00 01 01 02 02 03 2 17 23 33 39 57 72 78 80 SCL 86 ans pre ans post

Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme. (80) Sentir que algo malo me va a pasar. (86) Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.

Dentro del análisis de la dimensión depresión, es interesante hacer una observación, para profundizar en un futuro con una muestra más representativa, que, mientras que las seis mujeres participantes redujeron el puntaje, de los cinco hombres: uno aumento levemente, dos no manifestaron cambios y dos redujeron los valores. El análisis de los datos, demuestra una reducción significativa en la sintomatología general de los participantes (T=47). Al finalizar el entrenamiento, tres sujetos presentaban una elevación moderada, y ocho fueron representados con puntajes medios o bajos correspondientes a valores esperables en la población (Figura 7).

Figura 7. Valores de depresión por participante previo y post entrenamiento (puntaje T)

En lo que refiere al análisis de las manifestaciones sintomatológicas predominantes en la depresión, se calculó para cada ítem el porcentaje de la diferencia entre la puntuación media previa al entrenamiento y la posterior. Los ítems que mayor descenso obtuvieron fueron el sentirse atrapado o encerrado (56%) y sentirse culpable por cosas que pasan (45%).

Así mismo, la gente manifestó llorar menos (40%), sentirse menos sólo (37%), tener mas interés por las cosas (35%), sentirse con más energías (33%), menos triste (30%), y preocuparse menos por todo lo que pasa (28%). La falta de interés en las relaciones sexuales, el sentirse inútil, o que todo cuesta mucho esfuerzo fueron los ítems que descendieron en menor proporción (21%), junto con haber perdido las esperanzas en el futuro (8%) (Figura 8).

0 10 20 30 40 50 60 70 80 m m m m m h h h h h depr pre T depr post T

Figura 8. Mediciones pre y post por ítem de depresión del SCL 90-R.

Referencias de la figura 8: (5) Falta de interés en relaciones sexuales. (14) Sentirme con muy pocas energías. (15) Pensar en quitarme la vida. (20) Llorar por cualquier cosa. (22) Sentirme

atrapada/o o encerrado/a. (26) Sentirme culpable por cosas que ocurren. (29) Sentirme solo/a. (30) Sentirme triste. (31) Preocuparme demasiado por todo lo que pasa. (32) No tener interés por nada. (54) Perder las esperanzas en el futuro. (71) Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo. (79) Sentirme un/a inútil.

6. Conclusión

El programa de power mindfulness desarrollado, se basa en el MBSR, MCBT y DBT, tres terapias basadas en la evidencia de la tercera ola de terapias cognitivas. Durante las primeras cuatro clases, el foco estuvo puesto en la observación del mecanismo del pensamiento y la relación que las personas tenían con él. Tomando conciencia de los mecanismos de atribución, el impacto en las emociones, y el trato hacia uno mismo y su cuerpo. Mindfulness en el formato del taller, se define como un proceso de entrenamiento atencional, cuyo propósito es entrenar a las personas para desarrollar una relación con los distintos aspectos de su vida mas sana, consciente y positiva (Teasdale, 2015). Podría decirse, que pretende que las personas sean no sólo actores de su historia, sino los escritores y directores de supropia vida, eligiendo qué y cómo vivir, saliendo del piloto automático.

El segundo bloque de cuatro encuentros, asentó y profundizó lo anteriormente aprendido, a partir de la expansión de la conciencia a la universalidad. En este punto, la compasión, la ecuanimidad y la felicidad se diluyen en los límites del self e integran a un bienestar sin fronteras.

Los resultados y el posterior análisis de los mismos, darían cuenta de la eficacia del programa y el impacto en la percepción subjetiva de bienestar de los participantes. Los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron significativamente, lo cual se vio reflejado principalmente en una disminución de la frecuencia e intensidad de los ataques de temor o pánico y el sentimiento de encierro. Otros aspectos de relevancia han sido la menor sensibilidad a factores aversivos que causaban susto, el descenso del sentimiento de culpabilidad, falta de energía, tristeza y soledad.

00 01 01 02 02 03 5 14 15 20 22 26 29 30 31 32 54 71 79 depr pre depr post

A partir de la experiencia, observación y el contraste con el análisis de los datos obtenidos a lo largo de los cuatro talleres en los que se participó, han surgido algunas consideraciones y nuevos interrogantes que sería interesante tomar en cuenta en futuras investigaciones. Brevemente se expondrán a continuación:

Durante los primeros encuentros, pudo evidenciarse en el discurso de la mayoría de las personas, el malestar percibido por la ansiedad, entendido desde la perspectiva psicosocial como estrés cotidiano, que refiere al impacto acumulativo de sucesos y experiencias de la vida (Sandín, 2003), y en muy pocas ocasiones hablaron de tristeza o depresión. Sin embargo, el análisis cuantitativo de los datos arroja no sólo niveles mayores, sino más casos de sintomatología depresiva que ansiosa. En referencia a las dimensiones sintomatológicas de la depresión (Vázquez, 2007), esta percepción podría ser entendida desde un sesgo en la interpretación personal de los síntomas de tipo ansioso de la depresión atribuidos a la ansiedad. Otros factor que podría estar relacionado con el hallazgo de los resultados del inventario en contraste con lo expresado por las personas, es el que refiere a la comorbilidad de la sintomatología ansiosa y depresiva, que según encuestas norteamericanas podría alcanzar una prevalencia del 60% (Vázquez, 2007).

Las personas que concluyeron las 8 semanas, manifestaron al final de entrenamiento la satisfacción de haber participado y la certeza de que realmente estaban siendo mas presentes en su vida, y se sentían mejor. A pesar de que los datos estadísticos globales así lo demuestran, hubieron casos en que los puntajes se mantuvieron o aún se elevaron. Estas personas igualmente expresaron percibir una mayor estabilidad emocional. En este sentido, resulta adecuado retomar el concepto contemporáneo de calidad de vida, en tanto evaluación subjetiva que la persona hace en referencia a su salud dentro de su propio contexto social y cultural, y el creciente interés en el ámbito de la salud hacia los aspectos positivos y mas

saludables de las personas (Bulacio, 2011). Podría pensarse, que si esta percepción es producto de la combinación de las condiciones de vida con los valores, expectativas y aspiraciones, los mecanismos de aceptación y ecuanimidad, así como la práctica de tolerancia al malestar emocional tendrían una incidencia positiva en estos resultados. Estas consideraciones invitarían a incluir protocolos de bienestar subjetivo y calidad de vida en próximas investigaciones.

6.1 Limitaciones del estudio y aporte personal.

Resulta necesario tomar en cuenta el factor del tamaño de la muestra analizada, siendo éste una limitación del estudio, y razón por la cual se pidió permiso para participar de tres talleres adicionales en la búsqueda de más datos, a pesar de lo cual, de 25 protocolos iniciales recibidos, sólo 11 entregaron el final. Relacionada con la calidad de la muestra, se desprende una segunda limitación, referente a la edad de estas 11 personas, de las cuales cinco tenían más de 65 años, que representa la edad límite para la administración del SCL-90R validado en la Argentina (Casullo, 2004), y en cuyos estudios individuales recaen las menores diferencias, igualdades o aumentos de las variables.

Desde el estudio de los programas que componen el mencionado taller, la experiencia de haber participado en cuatro ciclos, y las devoluciones de los participantes, se han considerado ciertos aspectos que podrían ser optimizados. El primero y más significativo, concierne al tiempo dedicado a la práctica de meditación o yoga. Tanto el MBSR, como el MBCT, destinan aproximadamente 45 minutos por bloque a la experiencia de atención sostenida, y demandan una hora de compromiso diario 6 veces a la semana. El taller power mindfulness, incorpora una gran cantidad de intervenciones de regulación emocional de DBT, que son más indirectas y de menor tiempo. El resultado final en los últimos encuentros, fue dominado por la información teórica, en detrimento de la observación y meditación, la cual ha llegado a ser de unos pocos minutos por bloque. Otro aspecto al que se refirió en el desarrollo y resulta oportuno retomar es el compromiso de los participantes fuera de las horas presenciales. Muy pocos lograron incluir y sostener las prácticas formales, sin embargo, cuando esto fue comentado desde la observación y el análisis, se propuso un seguimiento semanal por medio de las redes sociales que finalmente promocionó la incorporación de algunos minutos.

La práctica de mindfulness aplicada a la psicología en nuestro país –Argentina- se limita a un breve segmento relacionado principalmente con patologías graves de personalidad. Sin embargo, los resultados, más allá de las limitaciones mencionadas, sugieren la importancia y efectividad terapéutica de la misma en la vida cotidiana. El presente trabajo arroja nuevas luces por su temática compleja e integradora de las escuelas tradicionales psicológicas con las tendencias socioculturales y académicas actuales. El mismo, pretende dar cuenta de la posibilidad de integrar el campo de aplicación de la psicología a la instancia de la promoción de la salud mental, brindando a las personas las estrategias que conlleven a una relación más saludable y realista con sus pensamientos, emociones y el ambiente.

En correspondencia con lo hasta aquí expuesto, se desarrollará una conclusión desde la experiencia y aprendizaje de la autora basada en las siete actitudes de la vida mindful .

Sin juzgar, permitió a los participantes darse el espacio de incluir una práctica novedosa, que posibilitó salirse de las expectativas y las ideas predeterminadas.

Con paciencia, se entendió que existe un momento perfecto para cada cosa, aceptando que quizás los tiempos de uno no eran los del proceso, pudiendo dejarlo ser, sin pelear.

La mente de principiante avivó la iniciativa y perspectiva de los participantes, quienes se redescubrieron a sí mismos y a su entorno.

La confianza se cultivó en el proceso, al observar el impacto de la atención plena en las distintas actividades. La confianza descansó en la mente sabia, donde se encuentra la certeza de estar en la dirección que uno elige.

□□ No esforzarse implica desde el modelo no actuar solamente por perseguir un resultado. Cuando los participantes soltaron el motivo por el que ingresaron al taller, descubrieron un abanico de posibilidades y alternativas que se proyectó en múltiples aspectos de su vida.

□□ La aceptación funcionó como un bálsamo, brindando la opción de ver aquellas situaciones o momentos difíciles, con el cuerpo y el alma, permitiéndose vivir con eso y a pesar de eso. El cambio no está en cambiar lo pasado, sino en la forma activa en que se elige transitarlo. Cultivar la aceptación en estos meses desde mi experiencia funcionó como un reencuentro con el pasado, un renacer en el presente y propósito mirando hacia el futuro.

□□ Quedarse libre de apegos, es la ecuanimidad. Cuesta estar impávidos a las alabanzas, quitarse la etiqueta externa, sin embargo, la estabilidad y el equilibrio, la armonía que irradia resultó indispensable en el recorrido del programa.

Kabat-Zinn (2003b), asegura que saber lo que hacemos mientras lo hacemos constituye la esencia de la práctica de la atención plena. Lo observado y vivido permite reflexionar acerca de los mecanismos automáticos que polarizan la existencia, del poder del aprendizaje, de abrir los ojos, de las posibilidades de vivir con plenitud cada día, con sus soles, sus nubes y tormentas, sabiendo que, eso también, pasará.

7. Bibliografía

- Aragones, E., Piñol, J.L., & Labad, A. (2008). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Aten primaria*, 41(10), 545-551.
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Bulacio, J.M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Liberia Akadia Editorial.10
- Cano-Vindel, A. (1997). La visión del psicólogo. Alteraciones de los procesos cognitivos por el estrés. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 44, 103-111.
- Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J.J., González, H. & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Casullo, M.M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1): 49-57.
- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., et.al. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Hayes, S.C., Stroschal, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment therapy , relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behaviour therapy*, 35(1), 639-665.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Scale. *The Journal of Psychosomatic Research*, 11(1), 213-218.
- Jacobson, N.S. & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practise of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2003a). Mindfulness based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practise*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2003b). *Vivir con plenitud las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós. Barcelona.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2015). *DBT Skills training manual*. Nueva York: Guilford Press. Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la Tercera Ola de terapias de conducta o de Tercera Generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Miller, J.J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J., (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorder. *General Hospital Psychiatry*, 17(1), 192-200.
- Miró, M.,T. (2006a). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, 17(66/67), 31-76.
- Miró, M.,T. (2006b). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de psicoterapia*, 17(66/67), 133-155.
- Polo-López, R., Echeburúa, E., Corral, P., & Salaberría, K., (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 19, 247-256.
- Pérez, M.A. & Botella, L. (2006). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación, y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66/67), 77-120.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3(1), 141-157.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depresión*. Nueva York: Guilford.
- Simón, V., M. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66/67), 5- 30.
- Teasdale, J., Williams, M., Segal, Z., (2015). *El camino del mindfulness: un plan de 8 semanas para librarse de la depresión y el estrés emocional*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Vallejo Pareja, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Vázquez, G. (2007). *Trastornos del estado de ánimo: depresión y bipolaridad*. Buenos Aires: Polemos.
- Williams, J.M. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10(1), 1-7.
- Mindfulness Buenos Aires (s.f.), recuperado de http://www.mindfulness-buenos-aires.com/quienes_somos

8.
ANEXOS

Anexo 1.

Formulario de Consentimiento Informado Proyecto de Investigación: Efectos del taller de Mindfulness sobre la sintomatología y regulación emocional.

Este consentimiento está dirigido a los participantes del taller de Power mindfulness. Estamos interesados en conocer cuáles son los cambios que ocurren en los quienes participan de esta actividad. Para ello le pediremos que complete los cuestionarios que siguen a continuación, y hacia el final de este taller le daremos nuevos cuestionarios para que complete.

La información que usted nos proporcione será empleada para mejorar nuestro servicio y posiblemente sea publicada en una revista científica. Sin embargo nosotros **no revelaremos los nombres de las personas** que tomaron el taller. **Tampoco se publicarán datos individuales** de un sujeto, sino que lo que se publicará es el promedio de los puntajes. De esta manera se garantiza la privacidad de la información que usted suministre. Su participación en esta investigación es muy importante para que podamos aprender y mejorar nuestro servicio, pero usted no está obligado a participar. En caso de decidir no completar los cuestionarios, no sufrirá ninguna consecuencia negativa por ello ni se modificará en nada el tratamiento que usted recibe.

Nombre y apellido del Participante: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo 2.

Datos sociodemográficos.

Nombre y apellido: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Nivel de estudios alcanzado (indique primario, secundario, terciario, universitario de grado o universitario de posgrado, aclare si se encuentra cursando la carrera y aún no terminó): _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____

¿Con quien vive en la actualidad? (indique relación con la persona y edad, por ejemplo, Madre 56 años, hermano 17 años y amigo 22 años).

¿Además de este taller, se encuentra actualmente en tratamiento psicológico?

¿Qué tipo

de tratamiento está haciendo? _____

Contando el tratamiento actual, pero sin contar el taller, ¿Cuántos tratamientos psicológicos ha hecho en su vida?

¿Se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico con psicofármacos? _____
En caso afirmativo, indique que fármaco consume: _____

¿Realiza algún otro tipo de terapia, o actividad que pueda considerarse terapéutica: _____

¿Consume alguna droga, alcohol o cigarrillo? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia

¿Realiza algún deporte en este momento? Indique que deporte realiza, con que frecuencia y cuanto tiempo lleva realizándolo.

Anexo 3.

PROYECTO DE INVESTIGACION

Nombre : _____

Fecha de inicio del taller (mes---año): _____

Para nosotros es muy importante conocer la percepción subjetiva de cada uno de ustedes acerca de la experiencia del taller. Les agradecemos completar muy brevemente la siguiente encuesta.

Semana 1 : motivación para hacer el taller o motivos por los cuales se inscribió.

Semana 4/5 : comentarios.

Semana 8 : observar, describir y participar... desde su propia experiencia. ¿Cómo fue?

De 0 (bajo) a 10 (alto), podría ponerle un número a su nivel de ansiedad y ánimo?
ansiedad ánimo

Semana 1

Semana 8

Muchas
gracias!

Anexo 4.

SCL--90--R

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días). Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Nada

Muy

Poco

Poco

Bastante

Mucho

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
9. Tener dificultad para memorizar cosas.
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.
15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.
19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
29. Sentirme solo/a.
30. Sentirme triste.
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
32. No tener interés por nada.
33. Tener miedos.
34. Sentirme herido en mis sentimientos.
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
36. Sentir que no me comprenden.
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.
40. Náuseas o dolor de estómago.
41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormirme.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.
54. Perder las esperanzas en el futuro.
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
59. Pensar que me estoy por morir.
60. Comer demasiado.
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
67. Necesitar romper o destrozar cosas.
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
74. Meterme muy seguido en discusiones.
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
79. Sentirme un/a inútil.
80. Sentir que algo malo me va a pasar.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Miedo adormirme en medio de la gente.
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
89. Sentirme culpable.

90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.