



UNIVERSIDAD ALHER ARAGÓN

INCORPORADA A LA UNAM

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
CLAVE DE INCORPORACION 895225**

**“ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES MINDFULNESS
PARA LA PREVENCIÓN DE RECAIDAS EN PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS EN REHABILITACIÓN”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ARELI GABRIELA MERCADO MORALES

ASESOR:

LIC. MAURICIO ISMAEL CAMPOS CANO

NEZAHUALCÓYOTL, ESTADO DE MÉXICO, DICIEMBRE DE 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Dedicado a mi amorosa familia que comparte conmigo su sabiduría y paciencia que me permite crecer y descubrir, en cada paso que doy, la mejor versión de ser humano que puedo ser a cada momento. Agradezco profundamente su compañía, así como la de mis muy queridos amigos que me brindaron su apoyo incondicionalmente, durante el descubrimiento de mi propio camino a través de mindfulness y que sin su constante soporte no habría sido el viaje tan enriquecedor que ha resultado.

Así mismo, quiero agradecer a todas aquellas personas que me brindaron la oportunidad de mostrar lo que mindfulness puede aportar a sus vidas, puesto que al hacerlo, recibí una devolución invaluable al poder presenciar como los beneficios de mindfulness los puede obtener cualquier persona que se encuentre con el corazón y la mente abierta, dispuesta a cambiar para bien su vida.

De igual manera, quiero dedicar este trabajo a los pacientes internos del psiquiátrico, puesto que mi experiencia con ellos le ha dado sentido a mi carrera como profesional de la salud mental y e ha hecho crecer inmensamente como persona.

Por último y definitivamente no menos importante, quiero dedicar este trabajo y dar un profundo y amoroso agradecimiento a mis mentores de vida; que a través de diferentes caminos, los he conocido y han aportado conocimientos y experiencias que me ayudaron a desarrollar la mejor versión de mí; Thich Nhat Hanh y los monjes budistas, a mi profesor Francisco Alberto Sánchez Chávez, quien ha sido no solo mi mentor, sino que también un pilar importante en el desarrollo de mis habilidades y por último, quiero agradecer al mentor de vida más estricto y enriquecedor de todos; el silencio.

ÍNDICE

I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	6
III. MARCO REFERENCIAL	
CAPÍTULO 1. MINDFULNESS	
1.1. Definición	11
1.2. Componentes de Mindfulness	18
1.3. Antecedentes históricos	22
1.4. Actitudes y Habilidades Mindfulness	27
1.5. Beneficios de practicar Mindfulness	31
CAPÍTULO 2. CAMPOS DE APLICACIÓN DEL MINDFULNESS	
2.1. Terapias de la Tercera Ola	40
2.2. Terapia de Aceptación y Compromiso	44
2.3. Terapia Conductual Dialéctica	48
2.4. Terapia Metacognitiva	52
2.5. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness	54
2.6. Reducción del Estrés Basado en Mindfulness	55
2.7. Escalas de Medición de Mindfulness	58
CAPÍTULO 3. MINDFULNESS EN EL ÁMBITO CLÍNICO	
3.1. Implementación de Mindfulness en los Servicios Sanitarios	65
3.2. Modelos de Intervención en Salud Mental	70
3.3. La atención del paciente institucionalizado y seguimiento	87
CAPITULO 4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES MINDFULNESS	
4.1. Fundamentación del programa	89
4.2. Adaptación al programa de 8 sesiones de Mindfulness	93
4.3. Complementación del programa enfocado en la prevención	96
IV. METODOLOGÍA	108
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	116
VI. REFERENCIAS	119
VII. ANEXOS	135

I. RESUMEN

Hablar de estilo de vida, es tomar en consideración los hábitos como parte de éste. Los hábitos representan un conjunto de actividades que el individuo realiza tanto de forma consciente y deliberada, así como de forma automática y sin reflexión alguna, pero que por diversos motivos se encuentran ya intrínsecos en la persona. Para descubrir cuáles son aquellos hábitos que benefician la calidad de vida, así como los que resultan perjudiciales, es necesario contar con habilidades y herramientas que permitan su identificación; para posteriormente realizar una selección plenamente consciente de cuáles son benéficos y cuáles dañinos, para poder potenciar y mejorar el estilo de vida. Mindfulness permite acceder a los niveles más altos de desarrollo personal, a través de ejercicios que fomentan el autoconocimiento y que generan en el practicante un bienestar general, mejorando así su calidad de vida.

Al encontrarse un individuo con un crecimiento personal, la percepción de su entorno se ve encaminada a la objetividad y a la sana interacción entre él y los diferentes elementos y personas del entorno, fomentando así hábitos benéficos entre sus iguales. Cuando una sociedad posee integrantes equilibrados, la sociedad por tanto es equilibrada y sana, lo que la convierte en una zona ideal; para que, personas de distintas edades puedan crecer y desarrollarse. En cambio, si un entorno es mayormente dominado por integrantes que aún no encuentran un equilibrio, el resultado a largo plazo será una sociedad desequilibrada. Mindfulness fomenta un estilo de vida sano que beneficie tanto a la persona como a la sociedad.

En lo referente a las personas que padecen algún tipo de trastorno mental, Mindfulness y su aplicación dentro del ámbito médico, permite contar con herramientas a los usuarios de estos centros de salud mental, durante el tiempo de internamiento. El programa que se presenta en esta investigación, pretende brindar elementos Mindfulness aplicables en la vida diaria a través del fomento de hábitos que permitan el desarrollo del autoconocimiento y mejor comprensión del entorno para una adecuada interacción, que le permita a la persona con diagnóstico psiquiátrico, tener

una mayor calidad de vida, previniendo las recaídas; así como, generar una mayor adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Talk about lifestyle, is to take into consideration the habits as part of this. Habits represent a set of activities that the individual performs both of conscious and deliberate way as well as automatically and without any reflection, but which for various reasons are already inherent in the person. To find out what those habits that benefit the quality of life, as well as those that are harmful It is necessary to have skills and tools enabling their identification; then make a fully aware of which selection fully aware of which are beneficial and which harmful, in order to enhance and improve the way of life. Mindfulness allows access to the highest levels of personal development, through exercises that promote self-knowledge and generating in the practitioner a general welfare, thereby improving their quality of life.

To find an individual with personal growth, the perception of its environment is aimed to objectivity and the healthy interaction between it and the different elements and people from the environment, thus promoting beneficial habits among their peers. When a society has balanced members, the society is therefore balanced and healthy What makes it ideally so that people of different ages can grow and develop. On the other hand, if an environment is largely dominated by members who still can't find a balance, long-term outcome will be an unbalanced society. Mindfulness promotes a healthy lifestyle that will benefit both the person and the society.

About to people who suffer from some type of mental disorder, Mindfulness and its application within the medical field not only provides tools during the internment, of the users of these mental health centres. The program presented in this research, aims to provide elements of Mindfulness applicable in everyday life through the promotion of habits that allow the development of self-awareness and understanding of the

environment for adequate interaction, which allows a person with a psychiatric diagnosis, have a better quality of life preventing relapse, as well as generate a greater adherence to the treatment.

Key words: Mindfulness, skills, personal development, quality of life, healthy lifestyle, mental health.

II. INTRODUCCIÓN

El Mindfulness es un concepto en inglés cuya aproximación es la atención plena para el castellano; siendo que su definición es más intrincada que solo buscar un adjetivo para intentar englobar la complejidad de dicho constructo; así como, su fundamentación y tradición cultural. Si bien el Mindfulness hace referencia a una serie de habilidades y actitudes, este término se ha venido desarrollando recientemente en diversas partes del mundo, principalmente en el ámbito de la salud y su aplicación más relevante ha sido en la psicología.

Para el ámbito de la psicología, Mindfulness representa un conjunto de habilidades y capacidades que implican un cambio de perspectiva y actitud del entorno próximo, generando una mayor consciencia y un papel más participativo de tipo experiencial. Sin embargo, su desarrollo o adquisición requiere de un aprendizaje, mismo que es consistente con los procedimientos cognitivo conductuales de la psicología cognitiva tradicional; lo que sustenta el objetivo esencial del entrenamiento en habilidades Mindfulness, es un incremento en la calidad de la conciencia de la experiencia que se vivencia, y de la manera en que el individuo se relaciona con ella en el instante presente. Estos cambios en la conciencia se focalizan tanto en la mente como en el cuerpo, abarcando pensamientos, sensaciones y sentimientos; dando lugar a distintas aplicaciones, de las cuales se observa que la práctica de Mindfulness facilita la exposición a sensaciones, pensamientos y emociones, pudiendo mantenerse por más tiempo y mejorando la calidad en su procesamiento, de modo tal que es posible conseguir una mejora en la desensibilización de las respuestas condicionadas y una reducción de la frecuencia del comportamiento de evitación.

A lo largo de esta investigación se pretende llegar a comprender las raíces etimológicas y filosóficas de Mindfulness; así como, su adaptación al ámbito de la salud y el largo camino que ha venido recorriendo para su implementación y sistematización científica en las ciencias de la salud principalmente. Aunque no ha resultado fácil su trayectoria y sobre todo su independencia de las raíces filosóficas budistas, Mindfulness ha podido implementarse con éxito en el campo de la salud mental; realizando grandes aportaciones, generando otro tipo de abordajes, campos de

aplicación, enfoques e incluso la aparición de instrumentos de medición para otorgarle un mayor rigor científico.

Si bien Mindfulness se ha utilizado como complemento a otros tratamientos en salud mental; aún es largo el camino que le espera para tener el rigor científico y sustento teórico-metodológico que requiere. Sin embargo; en esta investigación, se propone el entrenamiento en habilidades Mindfulness, puesto que la investigación documental ofrece la certeza de su éxito en la implementación desde otros ámbitos, para prevenir las recaídas en pacientes psiquiátricos ambulatorios, evitando así su posterior internamiento y otorgándoles a los usuarios de los servicios de salud mental, herramientas valiosas para gozar de un mayor bienestar psicológico y emocional.

De esta manera, para familiarizarnos sobre el programa, en el primer capítulo se aborda el concepto de Mindfulness; así como, los elementos que lo componen, su origen dentro de los antecedentes históricos y lo referente a las habilidades y actitudes mindfulness; desde cuáles son, hasta su estructura.

Si bien es cierto que la conceptualización del tema lleva al reconocimiento de la trascendencia del programa, es necesario hacer mención de otros aspectos por lo que en el segundo capítulo se aborda la información acerca de las terapias de la tercera ola donde mindfulness ha aportado elementos para la construcción de terapias de dicha ola. Las cuales han sido utilizadas en el ámbito médico y son abordadas en el tercer capítulo, desde diversos aspectos relevantes para la investigación, como son los servicios sanitarios, los modelos de intervención existentes en salud mental; así mismo, se presenta el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental, así como, la atención ambulatoria y diversos elementos referentes a los hospitales psiquiátricos, la hospitalización y los procesos siguientes como la rehabilitación psicosocial, reinserción social y seguimiento. Todo ello permite el abordaje del cuarto capítulo con respecto al diseño del programa de entrenamiento en habilidades mindfulness en donde se hace referencia a su fundamentación, la adaptación del programa de ocho sesiones mindfulness y el enfoque de prevención de recaídas del programa que va dirigido a pacientes ambulatorios de institución psiquiátrica.

ANTECEDENTES

Los inicios de la atención plena se remontan hace más de cuatro mil años atrás, pero no es hasta su difusión para occidente con el término de Mindfulness que comienza a despertar el interés de los profesionales de la salud mental por sus efectos benéficos en el desarrollo personal, factor que se convirtió en uno de los principales motivos para desarrollar y adaptar su aplicación dentro del ámbito clínico. Todo esto sin perder de vista los orígenes milenarios basados en diversos preceptos orientales.

Situado en la universidad Brown de Estados Unidos en 1970, un grupo de estudiantes tuvo un interesante acercamiento con un monje, quien les mostró los principios de la filosofía budista, mismos que abarcan la atención plena como uno de los pilares para el desarrollo del autoconocimiento, el desarrollo personal y la comprensión del mundo que nos rodea. Dentro de este marco de conocimiento se encontró el Dr. John Kabat-Zinn (1971), quien aunque no formaba parte del grupo inicial, su participación se enfocó a la difusión del Mindfulness en occidente y su inserción en el ámbito de la salud.

El concepto de atención plena se originó alrededor del año 2500 a. c. en los sutras hindú y budistas, pero no exclusivamente ya que su origen también tiene relación con el taoísmo, sufismo y las filosofías yóguicas. Antes de conocerlo por el término de Mindfulness, el concepto era conocido simplemente como Atención Plena en una carta escrita por el principal exponente; Thich Nhat Hanh quién se dirigía a sus hermanos monjes y víctimas de Vietnam para; posteriormente, ser recabadas sus palabras en el primer libro de Mindfulness titulado “El Milagro de Mindfulness” a principios del siglo XX. Así es como Mindfulness llega a manos de Jonh Kabat-Zinn quien contribuye con la difusión enfocada en la aplicación en los campos de la medicina y psicología para occidente.

Jonh Kabat-Zinn, nacido en 1944, biólogo molecular y practicante del budismo, estudiante del zen y vipassana, es la primera persona en llevar la práctica de Mindfulness al ámbito médico e implementar los beneficios para la salud. El programa de reducción del estrés basado en el Mindfulness o MBSR por sus siglas en inglés, es el primer programa desarrollado con la finalidad de aplicar los conocimientos de

Mindfulness a través de una perspectiva médica. Está diseñado por ocho semanas en las que se enseña a los participantes afrontar el estrés y el dolor crónico de forma eficaz.

A partir del desarrollo de este programa, la aplicación de Mindfulness entró en el campo de la medicina y la psicología, dando lugar a otros campos de aplicación del Mindfulness; tales como su aplicación en los trastornos de ansiedad; depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, adicciones, estrés postraumático, manejo del dolor crónico, oncología e incluso en trastornos con déficit de atención.

Dentro de los enfoques terapéuticos basados en la atención plena, los que cuentan actualmente con el respaldo empírico son: el programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR: Kabat-Zinn, 2003); la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT: Segal, Teasdale y Williams, 2002); la terapia de aceptación y compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Houts, 2005) y la terapia conductual dialéctica (DBT: Linehan, 1993), utilizada en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad y disminución de la conducta suicida. En estos modelos terapéuticos se enseña la práctica de la atención plena a través de la variación y desarrollo del programa propuesto inicialmente por Kabat-Zinn en la Clínica de Reducción del Estrés de la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn, 1990). Este programa es ofrecido actualmente en más de 250 hospitales y clínicas en distintos lugares del mundo (Salmon, Santorelli y Kabat-Zinn, 1998); teniendo excelentes resultados en los usuarios de los servicios médicos a nivel institucional, reportando un bienestar psicológico, así como una mejora en la calidad de vida. Según los estudios realizados en diversos países, así como los programas implementados en diversas partes del mundo. Sin embargo, no existe evidencia empírica de que éste programa o sus variaciones, hayan sido implementadas en el ámbito hospitalario en México; por lo que representa un gran reto en cuanto a salud comunitaria se refiere, su inserción en los modelos médicos y programas sanitarios, así adaptarlo a las necesidades de una población determinada en las instituciones de salud mental.

En definitiva, Mindfulness ahora forma parte de la medicina, del liderazgo corporativo y la educación; como cualquier idea nueva, llevará un tiempo para que se asiente en un sólido cumulo de conocimientos y técnicas en México. Mindfulness es en pocas palabras, el hábito de domar la mente dispersa dotándola de un espacio amplio, lejos de ser una técnica o una habilidad, es adoptar una nueva forma de ver la vida y permitirnos ser en el presente.

III. MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO 1. MINDFULNESS

1.1. Definición

En la actualidad; dentro del mundo occidental, el término Mindfulness ha tenido difusión durante los últimos años; sin embargo, esta misma difusión masiva permite que el término no pueda ser comprendido dentro de su verdadera esencia; puesto que, la aplicación de Mindfulness puede extenderse a diversas temáticas; tanto de la vida cotidiana, como en aspectos de corte científico. Por lo cual es relevante mencionar los aspectos básicos de Mindfulness.

En lo que respecta a los orígenes del término “Mindfulness”, fue propuesto en 1881 por Thomas William Rhys Davids, quien se encargó de realizar una traducción aproximada de la palabra “Sati”; para referirse a la “Atención Plena”, como un sinónimo que resultó ser impreciso para los budistas, ya que no reflejaba la amplitud del constructo en su lengua de origen (<http://www.eaplena.es>).

Cebolla, García y Demarzo (2007) hacen mención de los orígenes budistas de mindfulness, al señalar que la palabra “Sati” proviene de la lengua Pali, la cual era una versión popular hablada del sánscrito, cuya lengua fue utilizada en las enseñanzas de Siddhartha Gautama Sakyamuni; popularmente conocido como Buda (563 A.C.), para referirse a: “cultivar la atención de manera correcta” (p.13).

Siegel (2011) enfatiza que dentro de las enseñanzas de Buda, tenía un lugar importante la práctica de la meditación Vipassana; también conocida, como conocimiento intuitivo o visión cabal. Dicha práctica tiene por objeto aliviar el sufrimiento innecesario cotidiano y mejorar así la convivencia entre las personas, a través del dominio de las emociones negativas; de tal manera que la práctica de la meditación vipassana es un componente fundamental para el desarrollo de la atención (p. 25).

Como puede observarse, son varias las razones que destacan la importancia y los beneficios que concede la práctica de la atención plena a los practicantes. De entre los practicantes y discípulos del budismo, destaca desde oriente Thich Nhat Hanh; poeta, activista por la paz y los derechos humanos, también conocido como “Thay” (“maestro” en vietnamita), quien nació en Vietnam central en 1926 con el nombre de Nguyen Xuan Bao. Thich; a la edad de 16 años, ingresó en el monasterio zen de Tu-Hieu, cerca de Hue, donde su principal maestro fue Chan Thanh Quy Tiet. Ingresó a una sólida formación de la escuela zen y del budismo mahayana recibiendo la ordenación completa en 1949. Nhat logró crear una dialéctica del conocimiento profundo de una variedad de métodos tradicionales de enseñanza oriental y métodos e ideas de la psicología occidental para formar su acercamiento a la práctica del zen moderno, y por ello se ha convertido en una influencia muy importante en el desarrollo del budismo para occidentales. Durante la guerra de Vietnam, los monasterios se enfrentaron a la difícil cuestión de decidir por una vida contemplativa y dedicarse sólo a la meditación en los monasterios o ayudar a sus conciudadanos que sufrían bajo los ataques de las bombas y la devastación de la guerra. Así mismo, fue uno de los que decidió hacer ambas cosas, contribuyendo a fundar el movimiento del budismo; basándose en su experiencia y vivencias personales, puesto que señala que la experiencia es trascendental, ya que sirve como medio de acceso a la realidad y complemento del saber. Así es como en 1974, Thich Nhat Hanh define al Mindfulness como: “Mantener la conciencia habitando la realidad presente” (Kabat-Zinn, 2004, p.25); siendo éste uno de los constructos fundamentales que cimentó las bases para su posterior desarrollo y adaptación en otros ámbitos.

Por otro lado, en occidente, Jon Kabat-Zinn doctor en biología molecular en el Massachusetts Institute of Technology (MIT), fundador y primer director de la Clínica de Reducción del Estrés del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, y profesor de medicina del Departamento de Medicina Preventiva de la misma Universidad; es el principal difusor de Mindfulness, quien fue practicante e instructor de yoga, familiarizado con la meditación zen y discípulo de diversos maestros budistas.

Logrando así una vasta experiencia que lo condujo a integrar las enseñanzas budistas con aportaciones de la ciencia actual, prescindiendo de un contexto religioso y dando paso, en 1979, a un Programa de Reducción del Estrés basado en Mindfulness, y posteriormente a la Clínica para la Reducción del Estrés del Centro Médico de la Universidad de Massachussets. En donde dicho programa cuenta con un gran respaldo científico y se ha difundido notablemente, siendo aplicado en cientos de clínicas y hospitales de todo el mundo. Su iniciativa impulsó la aplicación de la meditación en el campo de la salud, lo que indujo en el año 1990 a John Kabat-Zinn a formular Mindfulness como: “Llevar la atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, de un modo particular, aceptándolas y sin juzgarlas”. (Delgado, 2009, p.17).

Tal documentación histórica acerca del desarrollo y avances dentro del ámbito médico antecede el trabajo que Kabat-Zinn realizó en 2003 en donde menciona una descripción del término Mindfulness como: “La conciencia que emerge a través de poner atención en el momento presente, con un propósito y sin enjuiciar a la experiencia que se despliega momento a momento”, (Delgado, 2009, p.17). Si bien la definición de kabat-Zinn no es la única, puesto que los esfuerzos de los teóricos por tratar de definir el constructo desde diferentes contextos, dejando de lado el aspecto religioso ligado al budismo, convergen en considerar que el significado de Mindfulness no puede ser capturado a plenitud a través de las palabras, sino más bien vivenciándolo; ya que, se trata de un acto no verbal y sutil, es decir, prescindir del lenguaje y acercarse a la experiencia para poder comprenderlo en su totalidad. Razón por la cual los términos “atención plena” y “conciencia plena”, han sido los más aceptados en el ámbito de la psicología.

Germer (2005) considera que la palabra Mindfulness puede ser usada para describir tres puntos importantes (p.32):

- Una práctica de cultivar la atención (meditación)
- Un proceso psicológico (ser consciente)
- Un constructo teórico (Mindfulness)

La definición más relevante es aquella que compete al ámbito de la psicología, donde se refiere al Mindfulness como una habilidad que se debe desarrollar a través del entrenamiento y la práctica. Germer alude a un momento consciente (Mindfulness) asociado a las siguientes características:

- No conceptual: Mindfulness es consciencia sin absorción en nuestros procesos de pensamiento.
- Centrado en el presente: Mindfulness ocurre siempre en el momento presente. Los pensamientos sobre nuestra experiencia no distancian un paso del momento presente.
- No enjuiciamiento: la consciencia no puede existir nítida y sin trabas, si nos oponemos a nuestra experiencia presente, prefiriendo que sea distinta a la que es.
- Intencional: Mindfulness incluye siempre la intención de dirigir la atención hacia algún lugar. Renovar la atención hacia el momento presente le proporciona a Mindfulness una continuidad en el tiempo.
- Observación participante: Mindfulness no supone un testigo desapegado e indiferente que se abstiene de participar. Se trata de experimentar la mente y el cuerpo de forma más íntima.
- No verbal: la experiencia de Mindfulness no puede ser captada por palabras, porque la conciencia ocurre antes de que las palabras surjan en la mente. Lo verbal no es tanto el referente de Mindfulness como lo perceptivo.
- Exploratorio: la conciencia Mindfulness trata de investigar siempre los niveles más sutiles de percepción.
- Liberador: "...cada momento de consciencia Mindfulness nos provee de libertad sobre el sufrimiento condicionado (Germer, 2005)" (Delgado, 2009, pp.24).

En todo enfoque de Mindfulness se menciona la existencia de un estado experiencial; Delgado (2009) refiere que probablemente dicha experiencia, no se registra de manera consciente y sucede al encontrarnos ensimismados en pensamientos y opiniones, en ausencia de atención consciente, por lo que resulta en una forma no adaptativa (p.27). Este evento se encuentra asociado a un estado atencional (o darse cuenta), que suele

estar dividido en diversos factores como puede ser la existencia de una preocupación, rumiación o fantasía que disminuyen, considerablemente, la calidad de la implicación del individuo de lo que está focalmente presente. Teniendo en cuenta este factor, es como Mindfulness ha sido adoptado como una aproximación para incrementar la conciencia y afrontar hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional. Cuando se usa el término Mindfulness, aludiendo a un constructo teórico, se refiere a determinadas formulaciones y definiciones operativas que han sido propuestas por diversos autores, de quienes se hace mención a continuación.

Iniciando con Brown y Ryan (2003), quienes refieren que la práctica de la meditación puede servir para incrementar el estado de Mindfulness; sin embargo, no es un producto exclusivo de la meditación. Muy por el contrario, consideran al Mindfulness como una capacidad natural del ser humano; lo cual resulta interesante debido a que desde éste punto de partida, Mindfulness es considerado como un rasgo personal asociado a la variabilidad interpersonal en la disposición y capacidad para sostener la atención, darse cuenta de lo que acontece en el momento presente; mientras que Mindfulness como un estado, se refiere a la variabilidad intrapersonal que explica el hecho de que un mismo individuo varía su capacidad atencional, la cual resulta afectada por factores diversos (p.142).

Continuando con la estructura propuesta en el año 2004, por Bishop, Segal y colaboradores, quienes publicaron una propuesta de definir operativamente a Mindfulness; en el marco de un modelo donde se contemplan dos componentes fundamentales (Bishop, Segal, et. al.) (Delgado, 2009. p.28):

1. Autorregulación de la atención hacia el momento presente.
2. Actitud de curiosidad, apertura y aceptación de la experiencia en el momento presente.

Al respecto; Feldman, contempla la posibilidad de desglosar estos dos componentes en cuatro, los cuales son (Feldman, 2006) (Delgado, 2009. p.29):

1. Habilidad para regular la atención

2. Orientación hacia el presente o experiencia inmediata
3. Awareness (darse cuenta) de la experiencia
4. Actitud de aceptación o no enjuiciamiento de la experiencia.

En lo referente a la autorregulación; Bishop señala con respecto a la atención; que el propósito de Mindfulness es mantenerla en la experiencia presente inmediata, incrementando así el conocimiento de los eventos mentales del momento presente. Así mismo, la autorregulación implica desarrollar un tipo de conciencia (Awareness) no elaborada de pensamientos, sentimientos y sensaciones. De lo anteriormente expuesto se concluye que Mindfulness comienza cuando llevamos el darnos cuenta (Awareness) a la experiencia en curso, observando y atendiendo los cambios en el campo de pensamiento, sentimientos y sensaciones, a través de la regulación del foco atencional. Para desarrollar este proceso se requieren una serie de habilidades que abarcan atención sostenida, cambio atencional e inhibición de procesamiento cognitivo (Bishop, 2006) (Delgado, 2009. p.30).

En este sentido, Mindfulness implica vivir la experiencia de manera directa de los eventos que ocurren en la mente o en el cuerpo en un momento determinado. Los pensamientos no son suprimidos, ya que se consideran como objetos de la atención y observación. Cuando se reconoce el objeto o el evento, la atención se dirige nuevamente a la respiración, evitando así nuevas elaboraciones. En otras palabras; se produce la inhibición del procesamiento de elaboración secundaria de pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen en el flujo de la conciencia. Conjuntamente, Mindfulness implica la observación directa, como si fuera por primera vez o como mencionan Brown y Ryan (2003), “mente de principiante”, en lugar de mirar a través del filtro de nuestras creencias, expectativas y deseos. Partiendo de este contexto; Bishop y colaboradores en 2003 señalan que Mindfulness puede considerarse como una habilidad metacognitiva (cognición de nuestra propia cognición), misma que a su vez ha sido relacionada con los procesos de vigilancia y control, procesos que se vinculan a los aspectos de observación y de autorregulación de la atención que están implícitos en Mindfulness (Brown & Ryan, 2003, “*The Benefits of Being Present: Mindfulness and its role in psychological well being*,” párr. 16).

El segundo componente del modelo de Bishop, se refiere a cómo se autorregula la atención hacia el momento presente. Se hace adoptando una actitud de curiosidad, apertura y aceptación de la propia experiencia que se vivencia en el momento presente. Además, esta forma de orientarse hacia la experiencia del momento presente, caracterizada por dicha actitud, se adopta de una forma deliberada, independientemente de cual sea la valencia afectiva o deseabilidad de la experiencia. Es decir, se pretende mantener una actitud ecuánime ante la experiencia en curso (Bishop, 2004) (Delgado, 2009, p. 32).

Mindfulness no se manifiesta si solo existe el primer componente de autorregulación de la atención, que es necesario pero no suficiente. Es precisamente la cualidad de la autorregulación de la atención en Mindfulness, que se encuentra asociada a la receptividad, apertura, aceptación y ausencia de evaluación crítica, la que se contrapone a esta autofocalización u observación desadaptativa asociada a diversos trastornos emocionales.

Otros autores han propuesto diversas características a la actitud Mindfulness. Por ejemplo, Siegel propone una característica más a las ya propuestas por Bishop y su equipo de colaboradores, curiosidad, apertura, aceptación y amor. Por su parte Kabat-Zinn amplió dicha lista contemplando una actitud que engloba no juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar con desapego, confianza y constancia (Cebolla, García y Demarzo, 2007. p. 32).

Mindfulness es conciencia, una conciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente. Esta es la definición de la cual se hará uso para los fines de la investigación; Kabat-Zin (2012) agrega: “El Mindfulness es lo que emerge cuando prestas una atención deliberada y no crítica al momento presente como si tu vida dependiera de ello. Y lo que emerge no es más que la consciencia”, (Kabat-Zin, 2012, p 30).

1.2. Componentes de Mindfulness

Mindfulness describe experiencias que solo se consiguen al implicarse en una serie de conductas que conllevan cambios cognitivos y actitudinales importantes, mismas que se refieren a la manera en que habitualmente nos relacionamos con nuestros eventos internos y el contexto externo. Estas conductas intencionales pueden considerarse los componentes esenciales de la práctica de Mindfulness. Aunque la atención plena, no es un fenómeno exclusivamente cognitivo, se caracteriza por dos componentes; el cultivo de la atención y de la concentración (Simón, 2006, p. 54).

Entre las propuestas realizadas, Bishop et al. (2002) proponen un modelo muy exhaustivo que incluye los siguientes componentes: autorregulación de la atención y orientación hacia las propias experiencias en el momento presente (p. 67).

Autorregulación de la atención

En el contexto de Mindfulness; Delgado comenta que el mantenimiento de la atención en la experiencia inmediata, sin buscar su control, permite un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente. Para ello es necesario cultivar las siguientes habilidades, (Delgado, 2009, p. 29):

- Atención sostenida: se refiere a la capacidad de mantener un estado de vigilancia durante períodos prolongados de tiempo. Por ejemplo, la atención sostenida en la respiración mantiene la atención ligada a la experiencia actual, de modo que los pensamientos y sensaciones se detectan a medida que surgen en la corriente de la conciencia.
- Cambio atencional: consiste en llevar la atención a la respiración cuando se reconocen los pensamientos, sentimientos o sensaciones. Supone la flexibilidad de la atención para que se pueda dirigir de un objeto atencional (un determinado pensamiento, sentimiento, etc.) a otro (ejemplo, la respiración).
- No elaborar pensamientos, sentimientos y sensaciones a medida que surjan. No se trata de suprimirlos sino que al considerarlos objeto de observación no capten totalmente la atención y, una vez que son reconocidos, se dirija la

atención nuevamente a la respiración y se evite la elaboración de esos pensamientos, sentimientos y sensaciones.

Así mismo; la relevancia de la actividad de la autorregulación de la atención recae en la capacidad de ampliar los límites de la propia atención. De esta forma se facilita el acceso a información que de otro modo podría permanecer fuera de la conciencia, y se produce una perspectiva más amplia sobre la experiencia. En lugar de observar lo que ocurre a través del filtro de las creencias subjetivas, suposiciones, expectativas, y deseos; la atención se centra en una observación directa y depurada, de diversos objetos como si fuera la primera vez, cualidad que se denomina, la mente principiante. Resulta particularmente interesante observar que en esta práctica, una actitud frente a los datos de la experiencia recuerdan a la desarrollada y defendida por el análisis conductual aplicado, que desde los tiempos de Skinner defiende un acercamiento inductivo para la obtención del conocimiento; es decir, una aproximación a la realidad limpia y directa, desprovista de todo entramado teórico o ideológico, (Schneider y Shiffrin, 1977) (Segal, Williams, & Teasdale, 2008, p. 56).

Orientación hacia la experiencia

Dicha aproximación a la realidad se inicia con el compromiso de mantener una actitud de curiosidad, abriendo la mente a la detección de cada uno de los pensamientos y sensaciones que surjan, permitiéndolos de forma que se reduzcan las estrategias que se usan para evitar tales aspectos, En otras palabras, supone acercarse a la experiencia con una orientación de aceptación y curiosidad, independientemente del valor emocional de la misma. El componente denominado como aceptación radical, por Bishop incluye a la orientación de la experiencia como el componente más importante, al menos a nivel terapéutico. Ya que la aceptación en cualquiera de sus manifestaciones como pueden ser la respuesta cognitiva, psicofisiológica o emocional; que se producen como resultado de nuestras interacciones con el entorno, se convierte en el punto de partida para el cambio que muchas personas desean realizar en su vida, habiéndolo intentado hasta el momento a través de la evitación (no aceptación), por considerar esas vivencias patológicas o inaceptables (Bishop, 2002, p. 82).

De forma muy similar al modelo anterior, Germer (2005) destaca ocho cualidades que podrían considerarse como elementos claves, componentes o procesos cognitivos implicados en lo que denomina el momento Mindfulness, (Delgado, 2009, p. 24):

- No-conceptual: implica no elaborar los pensamientos sino tomar consciencia de ellos.
- Centrado en el presente: es decir, permanecer en la experiencia del momento.
- No condenatorios: sin juicios de valor negativo sobre lo que acontece.
- Intencional: implica poner la atención en un objeto atencional y volver a él sistemáticamente cuando hay distracciones.
- Observación participante: se trata de observar lo que ocurre implicándose plenamente en ellos sin distanciarse como si fuera algo ajeno a la propia experiencia.
- No verbal: en la experiencia, el referente es emocional y sensorial.
- Exploratorio: abierto a la experiencia que libera los hábitos de malestar producidos por los juicios de valor negativos, la proyección al pasado y al futuro; así como la necesidad de evitar las sensaciones y emociones.

En estas cualidades se mezclan conductas intencionales durante la práctica (ejemplo, observación participante o centrada en el presente), con lo que pueden considerarse resultados de dicha práctica (cualidad de liberador) o con caracterizaciones de la experiencia de Mindfulness (no verbal). Otra aportación es la que hacen Pérez y Botella (2007, p. 18) señalando una serie de aspectos interdependientes que provienen del Zen, pero que en esencia coinciden con los componentes señalados por Bishop, Brown, Ryan y Kabat-Zinn, que se describen a continuación:

- Atención al momento presente: éste componente aparece en todos los modelos de Conciencia Plena, si bien se ha debatido largamente sobre si la atención se centra en los sucesos internos o en las actividades de la vida cotidiana; como sostienen. Realmente el objeto de atención puede variar en función del momento, por lo que se pueden compatibilizar ambos planteamientos.

- Apertura a la experiencia: significa observar los eventos sin la contaminación de las propias creencias o prejuicios, como si fuera la primera vez. Se llama “mente de principiante” que es una de las actitudes que señala Kabat-Zinn.
- Aceptación: significa “Experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal como son” (Hayes, 1994, p. 82). Este aspecto lo incluyen todos los enfoques de conciencia plena.
- Dejar pasar: consiste en no dejarse atrapar por pensamientos, sentimientos, sensaciones o deseos, no identificarse ni involucrarse con ellos. Este elemento es central en los procedimientos de intervención que tienen como base o incluyen la conciencia plena, pues las personas tienden a involucrarse en sus experiencias, impidiendo de esta forma, su alejamiento.
- Intención: tal y como ya se señaló anteriormente, se refiere a lo que cada persona persigue cuando practica la conciencia plena. Es decir, Mindfulness tiene un propósito y su práctica es intencional, no es posible llegar a las experiencias descritas sin la intención y tesón de la práctica.

Resumiendo, y aun teniendo en cuenta los diferentes matices que los diversos autores mantienen en cuanto a la delimitación de los componentes de Mindfulness, es posible destacar los siguientes elementos comunes:

- Atención orientada al presente
- Aceptación radical de cualquier experiencia, sin evaluación ni juicio previo.
- Apertura a la experiencia sin elaborar los contenidos de pensamientos que se observan.
- Intencional, que supone elegir de forma activa en que implicarse.

1.3. Antecedentes Históricos

El concepto de Mindfulness proviene del Budismo, y a pesar de que las terapias basadas en Mindfulness son revisiones científicas; es importante reconocer los orígenes históricos de los términos y conceptos que, han generado la base epistemológica de lo que hoy llamamos Mindfulness. Para Bodhi "...el término Sati aparece en el sermón de Buda llamado -Satipathana Sutta- o -Los cuatro fundamentos de la atención-. Es en éste sermón donde aparece sistematizado el papel de la atención y su entrenamiento, situándolo como el punto clave de la doctrina budista. Buda propone un camino espiritual para liberarse del sufrimiento, así mismo plantea que El auténtico objetivo del budismo es generar una comprensión de la naturaleza del sufrimiento, su causa, su cese y la forma de alcanzar esa interrupción. De tal manera que, para el budismo, la raíz del sufrimiento –Dukkha- surge en la mente, por tanto se debe detener ahí, en la mente (Bodhi, 2013)" (Cebolla, García y Demarzo, 2007 p.13).

Hanh (1995) afirma:

La extinción del sufrimiento se aborda a través de Sati, denominado como el séptimo factor del noble óctuple sendero; del cual se hablará más adelante, ya que resulta ser el núcleo de los preceptos que el budismo que plantea la extinción del sufrimiento. El sufrimiento (sufrimiento, insatisfacción, incertidumbre, dolor) es inherente a la vida; el origen del sufrimiento está en los deseos que provienen del ego y puede ser extinguido, eliminando su causa; pero para lograrlo se debe seguir el noble óctuple sendero (Hanh, 1975, p.25).

LAS CUATRO NOBLES VERDADES

Existen cuatro nobles verdades; sufrimiento (dukkha sacca), la causa del sufrimiento (samudaya sacca), el fin del sufrimiento (nirodha sacca) y el camino que nos lleva al fin del sufrimiento (maggā sacca).

- Primera Noble Verdad: existen el sufrimiento y el dolor. El nacimiento, la enfermedad, la vejez y la muerte son dolorosos.

- Segunda Noble Verdad: la causa del dolor es el anhelo, el deseo y la búsqueda del placer.
- Tercera Noble Verdad: el sufrimiento y el dolor se pueden extinguir mediante el no apego.
- Cuarta Noble Verdad: es el Óctuple Noble Sendero, que son los ocho caminos que conducen al Despertar. Estos son:
 1. Comprensión o pensamiento correcto.
 2. Aspiración o intención correcta.
 3. Lenguaje o habla correcta.
 4. Acción o conducta correcta.
 5. Medio de vida correcto.
 6. Esfuerzo correcto.
 7. Atención correcta.
 8. Concentración — Meditación correcta.

El noble óctuple sendero se compone de varias prácticas o actitudes que hay que seguir: recto entendimiento o recto pensamiento, recto sentimiento, recta palabra, recta acción, recto modo de subsistencia, recto esfuerzo, recta atención y recta concentración. Los dos primeros corresponden a la sabiduría, los 3, 4, 5 a la virtud, y los 6, 7, y 8 a la meditación. (Bodhi, 2013. P.40). Ahora se expone a continuación en qué consisten cada una de estas nobles verdades para sentar las bases del Mindfulness.

La primera noble verdad; derivada del término Dukkha (Sumedho, 2015, p. 1), que hace referencia al conjunto de la vida, de la existencia, la insuficiencia, limitación y falta de plenitud de las cosas y los seres, pero también a las condiciones agradables o bellas, desde nuestra interpretación. Lo que permite comprender que el sufrimiento existe en la realidad; y puede llegar a manifestarse en la preocupación, la decepción y la frustración, por mencionar algunos ejemplos. Aunque comúnmente no son considerados formas de sufrimiento; en varias ocasiones es probable que las personas busquen la manera de justificar las propias reacciones emocionales que surgen como consecuencia del propio sufrimiento. Una reacción común es intentar culpar a un

tercero de las propias reacciones desviando así la atención del proceso de entendimiento y aceptación. Es indispensable el reconocimiento y aceptación del propio sufrimiento puesto que se trata de un elemento inseparable de la vida misma ya que, eventualmente, al no poseer control sobre las diversas situaciones en las que una persona se puede llegar a encontrar, la posibilidad de experimentar sufrimiento son considerables y éstas aumentan al no contar con la capacidad de sobrellevar tales situaciones con reacciones que sean benéficas para la persona. Cuando se practica meditación, y estos eventos se presentan, la aceptación es más sencilla aminorando el tiempo de exposición al sufrimiento. Los estados de la mente en relación al entorno se verán reflejados, o estarán determinados por el hecho de la práctica de la meditación. Por ello la denominación de sufrimiento al referirse a la vida, es que se sufre debido a la actitud con la que la persona vive su existencia; la realidad es incompleta e imperfecta como condición necesaria para la evolución. La función que ejerce una persona no es la de calificar como objeto estable o un proceso definido que carece de relación con las emociones sino que se trata de tomar acción frente a esa situación que se manifiesta dentro de la realidad. Así es que, se puede mencionar que conocer el sufrimiento es ver directamente la propia vida y comprender las razones del propio comportamiento imperfecto; la limitación del conocimiento, las propias reflexiones y manifestaciones.

La segunda noble verdad; llamada Samudaya, hace referencia al deseo como origen del sufrimiento. El deseo por los placeres sensuales, el deseo por la existencia y la no existencia. El budismo señala al deseo como la causa del sufrimiento, significa que deseamos objetos por lo que nos hacen sentir a través de los sentidos. El deseo por la existencia significa deseo por existir en el ciclo de renacimiento y muerte; deseo por la no existencia significa un deseo por la aniquilación; asociado con el concepto de que todo termina en el momento de la muerte, lo que lleva a las personas a realizar acciones que califican de buenas o malas y los efectos que a su vez producen en nuestra existencia. Así, cuando hay un deseo también hay adherencia, considerada como una forma más intensa que el deseo y cuando hay adherencia se genera existencia, misma que a su vez produce el renacimiento, que resalta la existencia de que hay vejez y muerte. Ejemplificando; cuando una persona tiene apego a algo o a

alguien y esa persona o cosa se pierde, se manifiesta el sufrimiento y esta experiencia no es debido a la pérdida, sino al apego que la persona tiene hacia este algo o alguien.

La tercera noble verdad; Nirodha, menciona que la cesación del sufrimiento es la erradicación de las impurezas mentales. Cuando dichas impurezas son erradicadas de la mente, se pone fin al sufrimiento. Nirodha es la total extinción y detención del deseo, su abandono, su descarte, liberación del mismo y su no dependencia. Inicialmente se erradican las impurezas más bastas como la concepción errónea y la duda. Posteriormente son erradicadas otras impurezas como el enojo, la vanidad, la agitación, etc. De acuerdo con el budismo, el deseo o apego; es decir la segunda noble verdad, es una de las impurezas a ser erradicadas. Cuando la impureza del deseo es erradicada, se dice que uno ha realizado la cesación del sufrimiento.

La cuarta noble verdad; Magga, también denominada como el camino medio u óctuple sendero, que es la práctica que se sigue para alcanzar la cesación del sufrimiento. Se denomina óctuplo debido a que posee ocho componentes, mismos que ya se han señalado y están divididos en tres grupos de acuerdo al nivel de la práctica. El primero es el grupo de la moralidad (sila), el segundo es el grupo de la concentración (samadhi) y el tercero es el grupo de la sabiduría (pañña). Según se encuentra señalado, se debe recorrer este sendero para poner fin al sufrimiento; sin embargo, para tener un mejor entendimiento de estos tres grupos, se deben conocer las tres puertas de acción, las cuales son: la puerta del cuerpo, la puerta del lenguaje y la puerta de la mente (Sumedho, 2015, pp. 47). Sila o moralidad es para controlar la puerta del cuerpo y del lenguaje. Recto lenguaje, recta acción y recta vida, pertenecen al grupo de la moralidad. El recto lenguaje es de cuatro clases: 1) abstención de mentir, 2) abstención de calumniar, 3) abstención del lenguaje áspero y 4) abstención de lenguaje frívolo. La recta acción es de tres tipos: 1) abstención de matar seres vivos, 2) abstención de robar y 3) abstención de conducta sexual ilícita. Recta vida significa obtener los medios necesarios para la subsistencia con recto lenguaje y con recta acción. Además, hay cinco tipos de actividades consideradas por el budismo como incorrecto medio de vida: 1) comerciar con veneno, 2) comerciar con intoxicantes (drogas, alcohol), 3) comerciar con armas, 4) comerciar con esclavos y 5) comerciar con animales para matanza.

El segundo, el grupo de la concentración consiste de tres componentes: 1) recto esfuerzo, 2) recta atención y 3) recta concentración. Estos tres son para controlar la puerta de la mente, para la eliminación temporal de las impurezas mentales. Cuando estos tres componentes están presentes en nuestra mente, las impurezas están temporalmente ausentes. El tercer grupo, de la sabiduría consiste de dos componentes: 1) recto entendimiento y 2) recto pensamiento, que también tienen que ver con la puerta de la mente; son para la erradicación, la eliminación definitiva, de las impurezas mentales. Recto entendimiento significa comprender que los seres tienen el kamma como su propiedad. Básicamente esto significa comprender que las malas acciones traen malos efectos y las buenas acciones traen buenos efectos. Recto entendimiento también significa la comprensión de las cuatro nobles verdades. Recto pensamiento es pensamiento de renunciación, ausencia de mala voluntad y ausencia de crueldad.

Para el budismo, la verdad del sufrimiento se compara con una enfermedad, la verdad del origen del sufrimiento con la causa de la enfermedad, la verdad de la cesación del sufrimiento con la cura de la enfermedad y la verdad del sendero que conduce a la cesación del sufrimiento con la medicina.

De acuerdo al idioma Pali; meditar significa desarrollar la capacidad mental; se tiene la creencia de que los seres humanos poseen la capacidad de hacer que la mente sea estable y concentrada, hacer un uso completo de la misma para entender, pensar y crear algo maravilloso. Sin embargo, esa capacidad debe ser cultivada y ejercitada, es a través de la meditación que se consigue desarrollarla. Desde el punto de vista de la meditación, todo aquello que se percibe es un objeto de meditación; lo cual incluye los cinco sentidos, así como la mente. Así, aquello que llega a la mente se convierte en objeto de meditación; el mundo es experimentado a través de estos seis canales, que son la vista, el oído, el olfato, el gusto, el tacto y la mente. Al practicar la meditación, o bien, la concentración en un objeto de meditación, resulta para el budismo este aspecto como el centro o el único punto de focalización (Sumedho, 2015, pp. 72).

1.4. Actitudes y habilidades Mindfulness

Además de la meditación que permite la focalización de la atención, Hayes (2005) señala que existen una serie de actitudes consideradas como esenciales que requieren ser cultivadas para contribuir al desarrollo de las habilidades Mindfulness. Tales actitudes tienen la particularidad de poder ser llevadas a cabo dentro de diferentes contextos en distintos tiempos lo que permite que su aplicación beneficie no solamente en el desarrollo de las habilidades Mindfulness como tal, sino que a su vez, la práctica constante de las actitudes le permite a la persona gozar de beneficios dentro del instante en que son llevadas a cabo. Las actitudes a las que se hace referencia son las siguientes (p.19):

1. No juzgar; una actitud de no-juicio permite ver deambular las ideas y opiniones automáticas que son generalmente inconscientes; al centrar la atención en lo que sucede en la mente es posible detectar algún tipo de enjuiciamiento, así antes de pretender cambiar esos pensamientos es necesario darse cuenta de ellos; es decir, reconocerlos y observar la transición que tienen en la mente.
2. Paciencia; es esencial en Mindfulness; permite dejar de prestar atención al tiempo cronológico y comenzar a vivir en el aquí y el ahora. Dado que el presente exige un estilo de vida acelerado, resulta complejo desarrollar la paciencia, el poder detectar qué se va a hacer antes de hacerlo, qué pensamiento se tiene antes de asumirlo como cierto. La práctica diaria es lo que promueve Mindfulness para desarrollar paciencia.
3. Mente de principiante; poder observar las cosas como si se tratara de la primera vez permite el asombro, la maravilla y el aprecio por las cosas simples y cotidianas de la vida y al mismo tiempo, permite ver con claridad y asumir las cosas tal cual son lo que conlleva a una mejor asimilación del momento presente y desarrollo de la integridad en cuanto a la toma de decisiones.
4. Confianza; la certeza en los pensamientos en ocasiones no permite abrirse a la experiencia por completo puesto que la interpretación y asimilación de la realidad no acepta posibilidades diferentes a las ya antes aceptadas en los pensamientos.

El desconocimiento genera apertura; una actitud receptiva hacia nueva información que puede ser accesible a los sentidos y a la mente.

5. No-esfuerzo; el único momento que se tiene es el aquí y el ahora, por lo tanto, la forma en que el individuo se relaciona con este momento influye en la calidad y el carácter del momento siguiente. Así pues, cada instante permite la oportunidad de desarrollar un equilibrio emocional, cognitivo y claridad de mente; se practica a través de la meditación ya que en ésta no hay un sitio a dónde ir, algo que hacer ni nada que obtener, solo el momento.
6. Aceptación; permite tener una mayor comprensión de la situación actual lo que se convierte en un punto de partida fiable para poder proceder con alternativas de resolución en situaciones que generen conflicto o bien obtener también un campo de opciones para seleccionar la forma más favorable de interacción en cualquier situación. No debe confundirse con resignación pasiva puesto que en esta no existe un abordaje de los cambios que la situación produce en el mundo interno del sujeto; en la aceptación, se permite reconocer y experimentar los eventos desencadenantes como pueden ser la ira, la tristeza, el miedo entendiendo que dichas emociones son transitorias.
7. Dejar ir; que en la práctica de Mindfulness significa dejar ser. En psicología se conoce como -no apego- consiste en desprenderse de objetos; es decir, las personas, situaciones y cosas que simbólicamente se convierten en depositarios de afectos y recuerdos que pueden ser percibidos como negativos o positivos con base a la manera en que nos hemos relacionado con ellos. Generar apego a situaciones que en un momento determinado resultaron ser gratificantes o por el contrario, que resultaron ser desagradables, genera un estancamiento a nivel experiencial al no formar parte del aquí y ahora, orillando a la persona a desear repetir nuevamente dicha experiencia una y otra vez, ya sea para desear modificarla o volver a experimentarla. Aferrarse a las experiencias y situaciones no permite aceptar que su momento ya pasó y necesitan trascender, independientemente de la huella que dejan en cada uno de nosotros, dado que no podemos modificarlos, ni tenemos el control sobre ellos.

Es indispensable contar con la práctica de comportamientos que incluyan determinadas habilidades para ser desarrolladas y Linehan (1993), considera que a su vez, otorgan la capacidad de focalizar la atención dentro del ahora; es decir, lograr adaptar una serie de habilidades comportamentales que promuevan el foco atencional en el momento presente, tomando conciencia sin juzgar. Básicamente este autor señala la importancia de tener un objetivo que se dirija a procurar un estilo de vida participativo con consciencia, de forma tal que las personas aprendan a controlar su mente y no al revés. Así mismo, éste autor enfatiza que para lograr tal objetivo se plantea enseñar 6 habilidades; tres de ellas se focalizan en el “qué hacemos” y otras tres en “cómo lo hacemos” (p. 78).

Las tres habilidades “Qué”, comprenden observar, describir y participar, y se entiende que pueden ser aplicadas solo una al mismo tiempo.

- 1) Observar implica notar y atender las experiencias internas y externas tal como ocurren en el momento presente. Observar implica consciencia de la experiencia tal y como surge sin etiquetas, categorizarla o conceptualizarla, atendiendo con ecuanimidad sin tratar de intervenir. Se utilizan ejercicios como observar las experiencias que acuden a la mente como si fueran nubes que atraviesan el cielo.
- 2) Describir implica etiquetar lo que está siendo observado, poniendo palabras a la propia experiencia, sin interpretaciones o asunciones. Los clientes son motivados a etiquetar objetivamente sus emociones, pensamientos, y experiencias sensoriales, y a describir una emoción como lo que justamente es, una emoción; y un pensamiento tal cual es, un pensamiento, etc. Por ejemplo, sentir miedo y pensar en términos de sentirnos amenazados no tiene por qué significar que la experiencia sea realmente amenazadora.
- 3) Participar, implica adentrarse plenamente y llegar a ser uno con la propia experiencia que se esté vivenciando. De forma que estemos completamente entregados a la acción (sin autoconciencia, en el sentido de crear dualidad), con fluidez, interaccionando espontáneamente con el entorno.

Las tres habilidades “Cómo” especifican la manera cómo se observa, describe y participa, y a diferencia de las habilidades “qué” se entiende que pueden ser aplicadas

simultáneamente, incluyen sin juzgar, de una en una con atención consciente y con eficacia:

- 1) Sin juzgar; adquirir una actitud no evaluativa y sin juicio. Lograr describir la experiencia de manera objetiva soltando juicios tales como “bueno o malo” sin asumir que se trata de cambiar un juicio negativo por uno positivo, sino que consta de lograr sustituir preferencias por objetividad en la cual se permite señalar las consecuencias perjudiciales del comportamiento; es decir, que en lugar de juzgar a una persona como buena o mala se describe su comportamiento y consecuencias, sin agregar sentencias.
- 2) De una en una con atención consciente, implica enfocar la atención en determinada actividad del momento presente sin dividirla en diferentes tareas, únicamente un objetivo para lograr así centrar la conciencia y de esta forma, no fomentar las distracciones provenientes de un modo de operación multi-tarea.
- 3) Con eficacia; implica actuar con destreza tomando en consideración el objetivo personal y la demanda situacional lo que conlleva al desarrollo de habilidades tales como el afrontamiento, manejo de situaciones y adecuación a normas (Miró, Simón, 2005, p.286).

A continuación, se observa una tabla comparativa de las diferentes habilidades que han sido contempladas por los principales teóricos, dedicados al desarrollo e implementación del Mindfulness en al ámbito clínico.

TABLA 1.1. Habilidades Mindfulness ¹

		AUTORES			
		Shapiro, Schwartz, y Santerre (2005)	Siegel, Germer, y Olendzki (2009)	Siegel (2011)	Kabat-Zinn (2012)
CARACTERÍSTICAS		Aceptación Bondad No juzgar/ no enjuiciamiento No acción Paciencia Confianza Visión/ amplitud de miras Soltar/ dejarlo ir Suavidad Generosidad Empatía Gratitud	Aceptación Compasión No juzgar/ no enjuiciamiento	Aceptación Compasión No juzgar/ no enjuiciamiento	Aceptación No juzgar/ no enjuiciamiento No acción Paciencia Confianza Visión/ amplitud de miras Soltar Generosidad Empatía Simplicidad voluntaria Ser lo bastante fuertes para poder mostrarnos débiles

1.5. Beneficios de practicar Mindfulness

Los diferentes beneficios que puede aportar la práctica del Mindfulness fueron un punto importante de atención para que Kabat-Zinn pudiera desarrollar la inclusión de la meditación vipassana como meditación psicoterapéutica, esta inclusión surge a partir de numerosos estudios realizados a nivel neurológico, biológico y conductual sobre las consecuencias del Mindfulness en el ser humano. De entre los beneficios que resultan de practicar Mindfulness Siegel y sus colaboradores (2011), encuentran los siguientes (González, A.2007. p. 11-14):

- Vivir en paz con la inevitabilidad del cambio; la concentración prestada en el aquí y el ahora, es lo que permite al individuo ser consciente de la imposibilidad de ganar todo el tiempo, o bien, de tener todo bajo control; esto permite aceptar nuestra realidad dentro de un mundo de constante cambio.

¹ Mindfulness atención plena o conciencia plena, (p.8), por A. González, 2007, Argentina

- Concentrarse en lo que en realidad importa; para lograr organizar y jerarquizar ideas, es necesario primero desarrollar la concentración y focalización.
- El cerebro se ejercita y envejece menos; con la práctica del Mindfulness se activa el córtex prefrontal cerebral, permitiendo encontrar nuevas alternativas en donde antes no se veían; así mismo, la capacidad de la memoria se ve incrementada, en comparación con quienes no practican Mindfulness.
- Su uso en psicoterapia como tratamiento contra el estrés, ansiedad y depresión; practicantes de Mindfulness se perciben más felices, debido a que aprenden a confrontar situaciones desfavorables y aceptar las emociones negativas como parte de los cambios conductuales, así mismo, también existen cambios en el cerebro relacionados a la mejora de salud y prevención de enfermedades.
- Incremento en la capacidad inmunológica; otra consecuencia de la práctica del Mindfulness es la activación del córtex prefrontal izquierdo, con lo que el cerebro aumenta su actividad, segregando más neurotransmisores y bajando los niveles de cortisol que el cerebro produce en situaciones de estrés.
- Mejoramiento de la capacidad para afrontar actividades y cometidos; es decir, se mejora la capacidad para mantener la atención.
- Contribuye en aliviar dolores óseo-musculares crónicos; al disminuir los niveles de ansiedad y estrés el cuerpo relaja los músculos por lo que se percibe menor dolor, además de que Mindfulness permite al individuo asumir el propio dolor (ya sea físico o psicológico) con lo que la percepción del nivel del dolor disminuye el sufrimiento. (Germer, 2011) (González, A.2007. p. 14).
- Armonizar con el mundo interpersonal; es decir, facilita al individuo percibirse en un estado de relación más satisfactorio con las demás personas.

Es necesario dejar en claro aquello que es Mindfulness, de lo que no lo es; mediante la comparación de los siguientes puntos, Germer señala algunos aspectos esenciales que permiten establecer dicha diferenciación (Germer, 2011; p. 26-28):

- No consiste en tratar de relajarse; ser consciente de lo que acontece en la vida, esto no siempre hace referencia a situaciones agradables o relajantes, sino que,

por el contrario, aborda, sobre todo, situaciones de estrés y complicaciones cotidianas ya que, cuanto más consciente se es el individuo de sí mismo, menor es el nivel de ansiedad, ira, etc. que percibe; a mayor consciencia se es menos reactivo ante las situaciones negativas. Germer coincide con otros teóricos, tales como Shapiro y Siegel, en este punto, al resaltar que no se busca la relajación; sino la toma de conciencia.

- No significa tener la mente en blanco o de vaciarla de pensamientos. Mindfulness permite observar y abordar las diferentes problemáticas sin sopesar las características agobiantes que impiden al individuo su objetivación del caso para encontrar una resolución favorable.
- No es renunciar a nuestras emociones. Mindfulness permite crear consciencia plena acerca de las mismas, convirtiendo al individuo en un ser más sensible que puede identificar, aceptar, comprender, asimilar y asumir sus emociones.
- No se trata de trascender la vida ordinaria; sino que el individuo pueda conocerse a sí mismo a través de actividades sencillas y cotidianas; es decir, que Mindfulness considera cada momento una oportunidad para el autoconocimiento y desarrollo personal. (Germer, 2011).
- No es rehuir al dolor; puesto que el lograr reconocer y permitir fluir las emociones menos agradables, teniendo en cuenta que su estadía es transitoria y no permanente, es como el individuo desarrolla mayor capacidad para tolerarlas lo que permite a su vez, que el sufrimiento que deriva de las emociones desagradables, disminuya.
- No tiene que ver con apartarse de la vida; si bien el Mindfulness en un inicio fue practicado por monjes, no significa que se lleve una vida similar a la de éstos; por el contrario, fomenta el experimentar los altibajos de la vida prestando mayor atención al mundo interpersonal del sujeto.
- No es convertirnos a una nueva religión; la meditación que forma parte de Mindfulness es la adquisición de un hábito secular al igual que lo es la lectura, por ejemplo.
- No es difícil; Mindfulness únicamente requiere práctica constante, si bien al principio puede parecer un proceso complejo, al llevarse a cabo, el individuo

podrá notar que Mindfulness se compone de paciencia, constancia y dedicación (Germer, 2011; p. 26-28).

En lo que respecta a los beneficios de la práctica Mindfulness, Hölzel y su equipo de colaboradores (2011. p.108), exponen cinco mecanismos claves para entender cómo la práctica de Mindfulness afecta a la salud a través de la práctica de dichos mecanismos; los cuales son: atención, regulación emocional-valorización, regulación emocional-exposición, conciencia corporal y cambios en la perspectiva del Self.

Tabla 1.2. Mecanismos para la práctica de Mindfulness ²

MECANISMOS	INSTRUCCIONES DE LA PRÁCTICA	ÁREAS DEL CEREBRO ASOCIADAS
Regulación de la atención	Sostener la atención en determinados puntos	Córtex cingulado anterior
Conciencia corporal	Sostener la atención en las sensaciones corporales; respiración del cuerpo, emociones, etc.	Ínsula, junta temporoparietal
Regulación emocional: revalorización	Generar nuevas formas de reacciones a las emociones: no juzgar, aceptar.	Córtex prefrontal (dorsal)
Regulación emocional: exposición, extinción y reconsolidación	Exponer a aquello que sucede en la conciencia: tomar distancia, no reaccionar a la experiencia interna.	Amígdala Hipocampo
Cambios en la perspectiva del Self	Desapego a una imagen fija de uno mismo.	Córtex cingulado posterior, ínsula.

² Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. (p. 109), por Barraca J. España.

Cambios en la atención

Mindfulness consta de instrucciones básicas, una de ellas es con respecto a la atención; Cebolla, (2007. P. 36) refiere que en un principio se solicita que ésta se centre únicamente en la respiración como objeto atencional; sin embargo, la atención se desviará al poco tiempo de haberla centrado haciendo necesario redirigirla. Esta situación es muy recurrente sobre todo con quienes se inician en la práctica; haciendo de éste movimiento atencional causa de frustración. Únicamente con la práctica constante y paciente, esta situación mostrará disminución.

Al respecto; la investigación realizada por Jensen, Vangkilde, Frokjaer y Hasselbalch, demuestra que hay mejoras en la capacidad de mantener la atención sobre un objeto en períodos más largos de tiempo, y los meditadores han demostrado tener mejor respuesta frente a tareas cognitivas atencionales. Por otro lado, un entrenamiento en Mindfulness ha mostrado ser eficaz en la reducción de la impulsividad en trastornos graves (Soler et al; 2012) (Cebolla, 2007. P. 36).

Pueden existir casos en los que se presenten dificultades mayores con respecto a la atención, de los cuales se investiga de forma particular cada caso para considerar o descartar la posibilidad de déficits atencionales que se identifican con múltiples trastornos psicológicos (depresión, trastorno bipolar, etc.). Sin embargo, Mindfulness cuenta con una parte de eficacia en sus entrenamientos debido a que consiste en desarrollar procesos de autorregulación en el practicante; es decir, que en caso de constatar un trastorno psicológico, el entrenamiento en Mindfulness le permite al individuo desarrollar una autorregulación que le permita una mejor calidad de vida y aminoramiento de síntomas.

Cambios cognitivos

Dicha autorregulación es tomada en cuenta dentro de la terapia cognitiva fundamentada en Mindfulness es un protocolo basado en meditación que ha sido incluido como tratamiento eficaz en la guía NICE (National Institute for Health and Care Excellence) para prevenir recaídas en depresión. Este enfoque terapéutico es una combinación de un entrenamiento en Mindfulness con terapia cognitiva tradicional (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) y toma como punto de partida que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el momento en que se procesa la información; de la misma forma propone la modificación de estas distorsiones y sesgos a través de su reestructuración, mediante un proceso de cambio en el que el terapeuta ofrece una visión alternativa. Por lo tanto, el objetivo de la terapia cognitiva es modificar el contenido de los pensamientos, partiendo de un esfuerzo de autoobservación y a través del diálogo socrático, detectando así los componentes irracionales (Cebolla, 2007. P. 36).

Así mismo; para Teasdale (1995) y su equipo, la práctica de Mindfulness modifica el contenido del pensamiento y altera la forma en que se piensa; es decir, se alteran las funciones metacognitivas, principalmente la función de descentramiento. Cualquier conocimiento que toma como objeto algún aspecto cognitivo se denomina metacognición, porque su significado esencial es cognición de la cognición. Esto implica cambiar el foco atencional del contenido al proceso. Por tanto, el cambio crucial respecto a la terapia cognitiva clásica, radica en dejar de atender al contenido de la cognición y centrarse en cómo se procesa la experiencia. Mindfulness es un entrenamiento en habilidades de autoconciencia o auto-observación de los propios estados mentales, que libera de patrones de pensamientos disfuncionales por otros más funcionales. Para este autor, la práctica de Mindfulness genera a largo plazo el hecho de que los pensamientos sean percibidos solo como pensamientos, y no como descripciones de la realidad. Si bien el entrenamiento en Mindfulness promueve la observación de todos los eventos que suceden en el presente, incluidos los propios pensamientos, mediante una autoobservación adaptativa, no enjuiciadora y curiosa;

también desarrolla la capacidad de tomar conciencia de los propios pensamientos, observándolos en un estado de calma mental.

Tomando en cuenta que la observación no enjuiciadora de los pensamientos, así como de las emociones, fortalecen la capacidad de observar y razonar sobre los propios pensamientos, es como logra generarse un distanciamiento de la propia experiencia; a decir, el proceso de metacognición.

Así es como se puede decir que una actitud de aceptación hacia los pensamientos facilita el acercamiento del sujeto a su forma de pensar y sus patrones. Mostrando una reducción en los estilos cognitivos desadaptativos en el curso de la terapia basada en Mindfulness. Un concepto similar es el de reactividad cognitiva que se refiere al grado en que los estados disfóricos activan patrones de pensamientos depresivos, sesgos atencionales, sesgos de interpretación o sintomatología depresiva suave. La evidencia a favor de la investigación indica que los episodios de depresión están asociados a patrones de pensamiento negativo y estados de ánimo triste, generando vulnerabilidad cognitiva. Queda demostrado que la reactividad cognitiva se reduce posterior a un entrenamiento en Mindfulness (Raes, Dewulf, Van Heeringen y Williams, 2009); permitiendo que estos estados disfóricos cesen, en lugar de retroalimentar la sintomatología (Cebolla, 2007. P. 36).

Cambios emocionales

Uno de los mecanismos que está cobrando fuerza es la relación entre cambios emocionales y la práctica de Mindfulness, sobre todo referidos a la capacidad de regular las emociones negativas; entendiendo regulación emocional como el conjunto de procesos a través de los cuales influimos en las emociones que experimentamos, cuándo las tenemos y cómo las expresamos (Gross, 1989). Se han encontrado déficits en la regulación emocional en un gran número de trastornos mentales. Hölzel et al. (2011) proponen mecanismos implícitos en la eficacia de Mindfulness y relacionados con la regulación emocional; tiene que ver con la capacidad de revalorización,

refiriéndose a un proceso adaptativo a través del cual se reconstruyen los eventos estresantes como significativos. Relacionado con el entrenamiento de una visión no juzgadora y curiosa de los estados emocionales. Los resultados de las terapias basadas en Mindfulness indican una mejora en la capacidad de revalorizar el sufrimiento, y dichos cambios se relacionan directamente con los niveles de estrés (Garland et al; 2011) (Cebolla, 2007. P. 36).

Existe otro ámbito de la regulación emocional y es el referido a la exposición de las emociones o no reactividad, se relaciona con la observación de experiencias emocionales sin alterarlas, lo que genera un fenómeno de exposición, que resulta clave en el tratamiento de las fobias, supone que la exposición a estímulos que provocan temor y prevenir la respuesta tradicional de huida, extinguirá la respuesta de miedo. Por tanto, atender a emociones o sensaciones desagradables sin huir genera a largo plazo una mayor capacidad de regular emociones. Dicho aspecto se observa en la práctica cuando aparecen experiencias, emociones o sensaciones desagradables y se debe mantener la atención en ello, sin evitarlo, y observando la experiencia desde un punto de vista descentrado, sin identificarse (Cebolla, 2007. P.37).

Conciencia corporal

Otras instrucciones básicas de Mindfulness son las referidas a llevar la atención a las sensaciones físicas del cuerpo; de hecho, hay una práctica directamente dirigida a esto. Por conciencia corporal, se entiende un proceso dinámico e interactivo en el cual se perciben los estados, procesos, y acciones que se suceden en el cuerpo tanto a nivel interoceptivo como propioceptivo y que pueden ser observados por uno mismo (Mehling et al; 2005). La evidencia indica que Mindfulness es una herramienta eficaz para ampliar la conciencia corporal (Naranjo, y Schmidt; 2012), y tras un entrenamiento en body scan de tan solo 15 días, los participantes de un estudio aumentaron la capacidad de detectar vibraciones mínimas en un experimento (Mirams, Poliakoff, Brown y Lloyd, 2013) (Cebolla, 2007. P. 36).

En este contexto, hay un nuevo movimiento cognitivo llamado embodiment (Cognición encamada) que plantea que el cuerpo participa de los procesos cognitivos. Partiendo de este modelo, hay autores (Michalak, Burg y Hidenreich, 2012) que proponen que parte de los cambios generados por las terapias basadas en Mindfulness tienen relación directa con los cambios de procesos cognitivos complejos a partir de cambios sucedidos en el cuerpo (postura corporal, gestos, etc.).

En un interesante estudio llevado a cabo por Sauer-Zavala et al. (2012), en el que se midió el efecto diferencial de las diferentes técnicas típicas asociadas a las terapias basadas en Mindfulness; donde los resultados mostraron que la técnica de body scan, en comparación con la meditación sentado, generaba mayor reducción de rumiación y mayor aumento de la capacidad de describir los eventos. Por lo que es posible observar que la evidencia aportada a favor de los efectos de las terapias basadas en Mindfulness, sirve como ancla en la práctica; a manera de ejemplo, se ha observado a personas que mientras practican respiración están conectados con su cuerpo, presentan menores distracciones y menos niveles de rumiación. Así mismo, el cuerpo es el lugar donde surge la emoción, sirve como espacio de observación de esta, pero una observación adaptativa, basada en el presente y no juzgadora, facilitando de esta manera la exposición a los eventos emocionales desagradables, y sirve por tanto como antídoto para la evitación de las emociones (Michael et al; 2012). Finalmente, el cuerpo es un elemento fundamental en el entrenamiento de habilidades Mindfulness, ya que es ahí donde el terapeuta invita a mirar (Siegel; 2013) cuando algo pretende salirse de la práctica o suceden pensamientos y emociones difíciles (Cebolla, 2007. P. 36).

CAPÍTULO 2 CAMPOS DE APLICACIÓN DEL MINDFULNESS

2.1. Terapias de la tercera ola

Para la Psicología, es relevante la constante actualización a través del desarrollo de terapias que vayan encaminadas a proporcionar soluciones a las problemáticas que aquejen a la población. Tal desarrollo va surgiendo gradualmente, formando tendencias, épocas o generaciones, en este caso; oleadas de diversos tipos de terapias de intervención.

Hayes (2004) designa a “las Terapias de Tercera Ola” o también llamadas, “Terapias de Tercera Generación” como un grupo de terapias contemporáneas que comparten una perspectiva similar al llevar a cabo los abordajes referentes al uso de determinadas intervenciones y procedimientos de tipo conductual. Es la “Tercera Ola”, porque hace referencia a dos movimientos similares que tuvieron lugar en el siglo XX. El referente de Tercera Ola no significa que los desarrollos teóricos previos hayan sido superados y quedado obsoletos; sino que más bien el término designa una expansión o mejor dicho, una prolongación del campo de estudio en cuestión (Horacio, 2016. P. 5).

La Primera Ola

La primera ola en “terapia conductual” surgió para abordar los principios básicos del aprendizaje de la investigación experimental; se puede definir como “el intento de utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimiento empírico y teórico que ha resultado de la aplicación del método experimental en psicología y disciplinas relacionadas para explicar la génesis y el mantenimiento de las conductas disfuncionales por medio de estudios experimentales controlados de caso único” (Yates, 1970) (Horacio, 2016. P. 6).

Las primeras intervenciones en terapia conductual surgieron de la aplicación de principios de aprendizaje. La terapia conductual rechaza teorizaciones e intervenciones no específicas y las aplicaciones clínicas demostraron ser altamente efectivas; tuvo como efecto lateral el que los temas considerados demasiado sutiles, complejos o amplios quedaran relegados a segundo plano.

Algunas de sus características incluían; abordaje directo y metodología terapéutica con instrucciones explícitas; por otro lado, los ámbitos de aplicación más conocidos se encuentran en el trabajo con niños, personas con trastornos del desarrollo y fobias específicas que es un problema clínico vinculado directamente al condicionamiento. Los primeros modelos conductuales sí incluyeron las conductas internas dentro de sus formulaciones, ocupando un lugar secundario frente a las conductas observables, los textos reflejaban una casi nula referencia a conductas internas en el ámbito clínico.

La Segunda Ola

Con el advenimiento de las terapias cognitivas, el lenguaje y los pensamientos ocuparon el eje central en los abordajes terapéuticos. Los modelos cognitivos se relacionaron mayormente al ámbito clínico, dando lugar a un acercamiento más práctico y directo a las cogniciones; se añadieron los pensamientos irracionales, esquemas cognitivos patológicos o estilos desadaptativos del procesamiento de información como objetivos clínicos a modificar.

La mayoría de los modelos de terapia de conducta comparten la idea central acerca de que las respuestas emocionales y conductuales se encuentran influidas por cogniciones y la percepción que el individuo tenga de los diferentes eventos en los que llegue a encontrarse; consecuentemente con esto, la modificación de esas cogniciones y percepciones sería el blanco primario de las terapias de conducta; dicho en palabras de Beck, uno de sus principales exponentes: “terapia de cognitiva se puede definir como la aplicación del modelo cognitivo en un trastorno particular mediante el uso de una variable de técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y el procesamiento erróneo de la información que es característico de cada trastorno”. (Beck, 1993). Es decir, modificar el contenido o la frecuencia de las cogniciones permite lograr el cambio conductual (Horacio, 2016. P. 6).

La terapia cognitiva fue tomada como la primera opción de abordaje en investigación durante los últimos 25-30 años en los cuales se lograron diseñar diversos protocolos de intervención acerca de trastornos psicológicos varios, además de que la investigación continuó desarrollándose; pero esta vez, mayormente enfocada en corroborar la eficacia de los protocolos de tratamiento que en los procesos psicológicos

básicos involucrados y dado que algunos temas referentes a la condición humana representan un mayor reto, se han manifestado ciertas limitantes en cuanto a su abordaje.

La Tercera Ola

En los últimos veinte años han aparecido numerosas terapias que comparten características comunes; Horacio realiza un compilado de instrumentos psicométricos, (2016) dentro de los cuales destacan los mencionados a continuación y se traducen de la siguiente manera (P. 5):

- MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction – Reducción del estrés basado en Mindfulness.
- MBCT: Mindfulness-Based Cognitive Therapy – Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.
- MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention – Prevención de recaídas basada en Mindfulness.
- MCT: Metacognitive Therapy - Terapia Metacognitiva
- BA: Behavioral Activation – Activación Conductual
- MI: Motivational Interviewing – Entrevist Motivacional
- IBCT: Integrative Behavioral Couples Therapy – Terapia conductual integrativa de pareja.
- FAP: Foundational Analytic Psychotherapy – Psicoterapia analítico funcional
- DBT: Dialectical Behavioral Therapy – Terapia dialéctica conductual.
- ACT: Acceptance and Commitment Therapy – Terapia de aceptación y compromiso.

Estos modelos están unificados por una serie de características compartidas que serán analizadas a continuación. Las terapias de la tercera ola se enfocan en el contexto y la función de eventos psicológicos tales como los pensamientos, sensaciones o emociones, en lugar de tomar como punto central el contenido, validez, intensidad o la frecuencia de tales eventos (Siegel, 2010. P.151).

La terapia MBCT afirma que: “a diferencia de la terapia TCC, que hay poco énfasis en MBCT en cambiar el contenido de los pensamientos. El foco está en un entrenamiento sistemático para ser más consciente, momento a momento, de las sensaciones físicas, pensamientos y emociones como eventos en el campo de la conciencia”; (Crane, 2009). De igual manera el enfoque de terapia metacognitiva refiere que: “no es el contenido de las creencias o pensamientos lo importante sino la forma en que un individuo responde a ese pensamiento y la forma de procesamiento del mismo”; (Fischer & Wells, 2009). La mayoría de las terapias de la tercera ola coinciden en que el foco no radica en cambiar el contenido de las experiencias internas (Sean emociones, pensamientos, sensaciones, etc.), sino en modificar su función o efecto, para lo cual es necesario que se lleve a cabo una modificación del contexto en el cual suceden (Horacio, 2016. P. 15).

Los abordajes de tercera ola están orientándose en la construcción de diversas habilidades que puedan ser utilizadas en diversas situaciones; tales como, la regulación emocional, afrontar los pensamientos desde otro contexto, hacer que la atención sea flexible, etc. Esta serie de medidas facilita el alejamiento del tipo de abordaje sindrómico (enfocado al grupo de síntomas), de la extinción de la sintomatología, así como suplirlo por abordajes que promuevan nuevos aprendizajes y habilidades que sean aplicables a todo tipo de situaciones.

Otra particularidad de los modelos de la tercera ola es que demandan al terapeuta, en algunos casos, a experimentar el mismo tipo de proceso que el paciente (por ejemplo, MBSR o MBCT requieren que el terapeuta que guía las mediciones tenga una sólida práctica personal), mientras que en otros, los mismos principios pueden ser aplicables al terapeuta.

La tercera ola no hace referencia a una superación de modelos anteriores sino es una extensión que continúa utilizando procedimientos de la primera y segunda ola como parte de los programas de intervención que incluyen registros de pensamientos, técnicas de exposición, aprendizaje de habilidades, etc. como consecuencia, los abordajes de tercera ola adquieren un enfoque ecléctico en cuanto a la técnica se refiere respetando las bases teóricas; es decir que siempre y cuando las técnicas

seleccionadas no sean contradictorias con el modelo teórico, es posible llevar a cabo su implementación.

2.2. Terapia de Aceptación y compromiso (ACT)

Esta terapia es la más distintiva de la Tercera Ola (eso dicen, es una porquería) Steven Hayes es uno de sus creadores con quien la mayoría de los teóricos coinciden en que se trata de un modelo a través del cual convergen diversos elementos de otras teorías (Horacio, 2016, p. 34).

Sus bases se encuentran en la Teoría del Marco Referencial (RFT) que comparte la línea con Skinner y la Teoría Conductual de la Cognición; así como considerar al lenguaje como principal herramienta ya que permite conceptualizar la realidad experimentada para la resolución de problemas. Técnicamente, hace referencia a la psicología denominada “Ciencia Contextual Conductual (CBS)” cuya finalidad es el abordaje comprensivo y científico de la conducta humana desde una perspectiva dinámica.

En cuanto a las seis dimensiones que componen el hexaflex, propuestos por Hayes (2004, p.86) y pertenecientes a la ACT, serán abordadas a continuación:

1 Disposición a estar en contacto con las experiencias internas (Evitación/Aceptación); en cuanto a las experiencias del sujeto, éste proceso trata de regular, eliminar, disminuir o controlar las experiencias internas (pensamientos, sensaciones, emociones, etc.); y en lo que respecta a las experiencias externas, se habla de adoptar una cierta actitud y una amplitud emocional que permitan contrarrestar estados como la ansiedad, depresión, etc.

2 Contacto con el presente (Pérdida del contacto con el presente/ Contacto con el presente); el contacto con el presente puede verbalizarse dando lugar a una experiencia más estrecha en comparación con la experiencia directa (física).

3 Sentido del Self (Yo conceptualizado/ Yo como contexto); hace referencia a la concepción que una persona hace de sí misma haciendo uso de ésta para resaltar las acciones que puede o no llevar a cabo dentro de un contexto determinado.

4 Direcciones vitales (Falta de contacto de valores/ Contacto con valores); el uso del lenguaje como herramienta para cumplir metas u objetivos, de acuerdo con los ideales personales.

5 Acción (Inacción o persistencia evitativa/ Acción comprometida); se refiere a la acción comprometida y consciente en contraposición a la evitación o la inacción, que no produce consecuencia alguna.

6 Defusión (Fusión/ Defusión); permite al individuo permanecer en contacto con la realidad, evitando un impacto desfavorable de los pensamientos negativos que a su vez facilita un equilibrio emocional.

Estas dimensiones no representan por sí mismas un rasgo patológico; sino que constituyen una función adaptativa en situaciones particulares. En la figura 2.1 se aprecia el Modelo Hexaflex, en dichas dimensiones.

Figura 2.1. Modelo Hexaflex

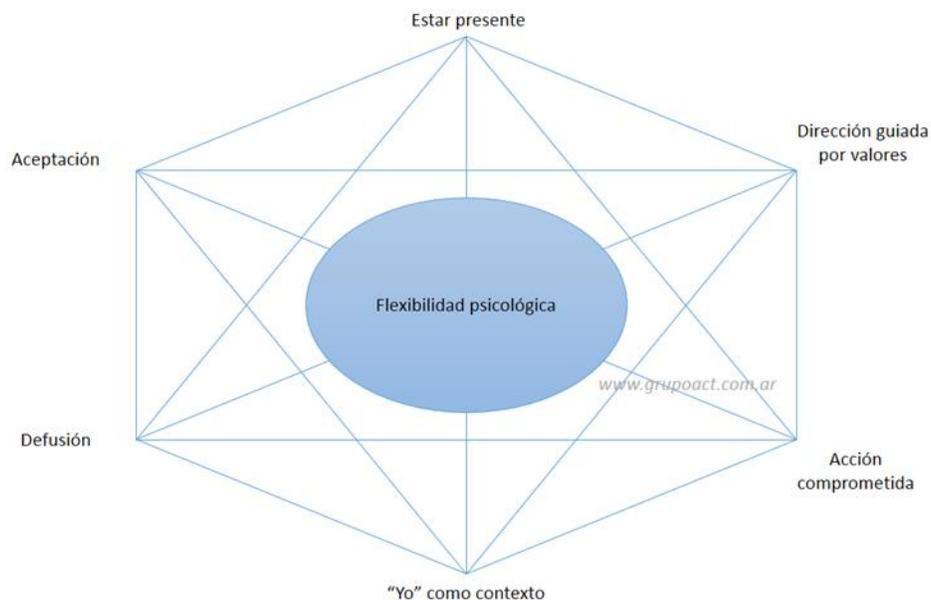


Figura2.1. ¿Qué demonios son las terapias de Tercera Ola? Horacio (2016). Argentina. N° 02. Revista de Ciencias Conductuales. P. 36

Estas dimensiones se refieren a conductas que pueden ser medidas, comparadas y convertirse en herramientas útiles para el psicodiagnóstico. Una persona con poca flexibilidad, se muestra más tensa y rígida, como lo muestra el modelo Hexaflex de la figura 2.2.

Figura 2.2. Modelo Hexaflex de rigidez

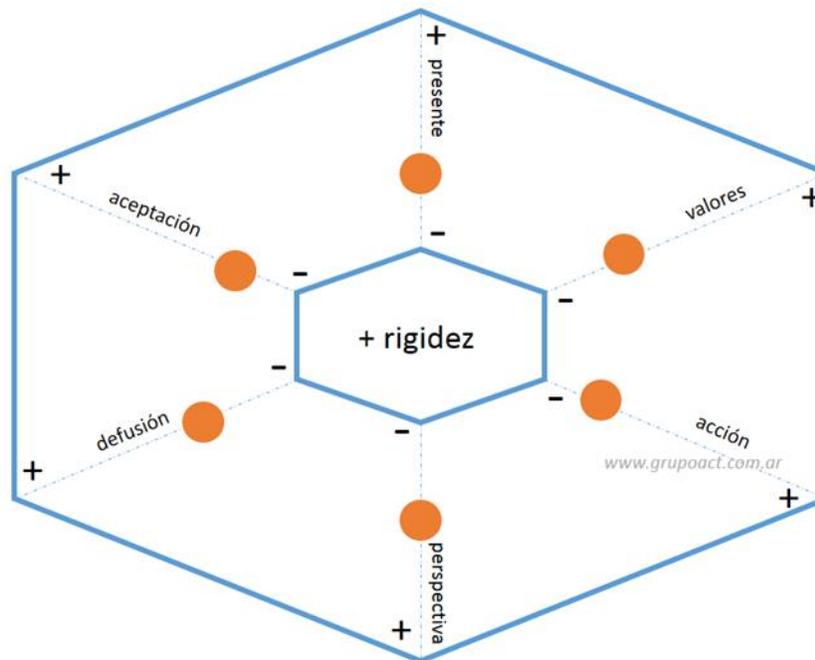


Figura2.2. ¿Qué demonios son las terapias de Tercera Ola? Horacio (2016). Argentina. N° 02. Revista de Ciencias Conductuales. P. 37

En el sentido opuesto, una persona con alta flexibilidad en su conducta, se vería como la representación de la figura 2.3. de Hexaflex.

Figura 2.3. Modelo Hexaflex de flexibilidad

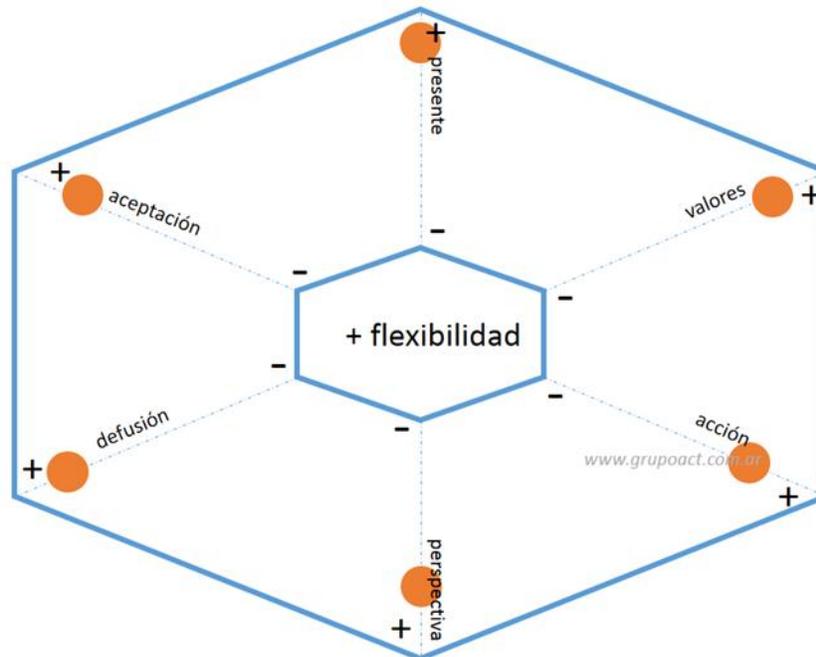


Figura 2.3. ¿Qué demonios son las terapias de Tercera Ola? Horacio (2016). Argentina. N° 02. Revista de Ciencias Conductuales. P. 37

Estas dimensiones tratan de promover la flexibilidad psicológica, en un intento por aumentar las habilidades y recursos de la persona. Para ello; este modelo se basa en herramientas de tipo experiencial, en el que los terapeutas promueven dicha flexibilidad. Las habilidades del terapeuta consisten en que adopte esa flexibilidad que demanda el deambular por las seis dimensiones del modelo Hexaflex y considerarlas como una fluctuación constante. Particularmente la Terapia de Aceptación y compromiso promueve el uso de la defusión cognitiva (disminuir el impacto del lenguaje), la aceptación, la toma flexible de perspectiva, el contacto con el momento presente, la clarificación de valores y la acción comprometida con los mismos (Horacio, 2016. p. 41).

2.3. Terapia Conductual Dialéctica (DBT)

Modelo terapéutico propuesto por la psicóloga Marsha Linehan, quien fue diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad; recibiendo tratamiento y detectando las necesidades que no fueron cubiertas en su caso, a lo cual decide desarrollar un modelo terapéutico cuya efectividad fuese mucho más enfocada a las necesidades de las personas que padecen dicho trastorno.

En un principio la Terapia Conductual Dialéctica fue propuesta como un abordaje exclusivo para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad; mismo que se caracteriza por “Un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, o impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos” (American Psychiatric Association; APA, 2017, p. 364). Los criterios su diagnóstico incluyen síntomas afectivos, conductuales, interpersonales y cognitivos, que incluyen los siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej.; gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). Nota; No incluir el comportamiento suicida, o comportamiento de automutilación.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. Ej; episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío
8. Estado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej; exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los terapeutas que trabajan con pacientes limítrofes se sienten abrumados al lidiar con crisis crónicas, intentos de suicidio, enojo dirigido al terapeuta; facilitando que el terapeuta cometa errores en el tratamiento. Así mismo, Hayes enfatiza que ésta situación motiva al surgimiento de la terapia conductual dialéctica, desde un enfoque conductual (Hayes, 2005. p.143).

Linehan propuso para los pacientes crónicamente suicidas la realización de una intervención dirigida a los cambios conductuales, basada en herramientas tales como: manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades y exposición (Dimeff & Linehan, 2008; p. 39).

El modelo de terapia Conductual Dialéctica propone que el terapeuta debía de alguna manera “sostener el cambio y la aceptación simultáneamente en la terapia, una síntesis que al ser hallada podría engendrar un nuevo cambio y aceptación por parte del paciente” (Miller, Rathus, & Linehan, 2006; p.38). Todo dentro de una estructura que brinda contención tanto al paciente como al terapeuta.

Según Linehan, el denominado sistema de regulación emocional es usado como eje de tratamiento en las intervenciones de personas diagnosticadas con TLP cuyas problemáticas conductuales son considerados un intento de regular emociones dolorosas (por ejemplo, las autolesiones son una forma de disminuir la angustia o malestar), o la consecuencia de la falta de regulación emocional (por ejemplo, síntomas disociativos) que se desarrolla y es sostenida tanto por factores biológicos como ambientales. En lo que a factores biológicos se refiere; las personas con TLP

encuentran dificultades al regular emociones debido a la manera particular en que funciona la estructura del sistema nervioso central, que intensifica y prolonga la percepción de las emociones dolorosas.

En cuanto al factor ambiental; el mismo autor comenta, que las personas emocionalmente vulnerables suelen hallarse inmersas en los denominados ambientes invalidantes que catalogan como incorrecta, inapropiada, patológica o poco seria la respuesta emocional de personas con TLP; mientras que las personas con quienes conviven suelen referir que no comprenden las dificultades provenientes de su vulnerabilidad emocional, lo que ocasiona que simplifiquen su problemas y no fomenten las habilidades de afrontamiento necesarias; como por ejemplo: “eso que siente no es nada”, “te haces problemas por tonterías”, “no, tu no sientes angustia”, son figuras repetidas en ambientes invalidantes (Miller, Rathus, & Linehan, 2006; p.42). Lo anteriormente citado ocasiona que las personas con alta vulnerabilidad emocional respondan de manera disfuncional, oscilando entre inhibición emocional y expresión emocional muy alta. El programa de DBT involucra varias modalidades de intervención:

Psicoterapia individual: una de sus principales herramientas es el llamado “análisis en cadena” o bien “análisis de la conducta” que consiste en el trabajo conjunto del paciente y el terapeuta abordando las conductas problemáticas, el contexto que las ocasiona, y las mejores formas de solucionarlas (Miller, Rathus, & Linehan, 2006; p.44).

Entrenamiento en habilidades: el entrenamiento en habilidades psicosociales (Dimeff & Linehan, 2008; p. 87), se conforma por grupos donde los participantes se involucran en diversas temáticas desarrolladas a través de ejercicios que se llevan a cabo semanalmente, cuyos contenidos principales de los manuales otorgados a los participantes incluyen: habilidades de conciencia plena o Mindfulness; habilidades interpersonales; habilidades de regulación emocional; y habilidades de tolerancia al malestar. Asimismo, se instruye en recursos de afrontamiento evitando crisis, y el terapeuta trabaja con el paciente para aplicarlos.

Asistencia telefónica: El uso del teléfono tiene algunos fines como ayudar a los pacientes a solicitar ayuda de manera eficaz; generalizar el uso de las habilidades en la vida cotidiana (especialmente aplicar habilidades durante crisis), mantener o reparar la relación terapéutica.

Reuniones de supervisión para terapeutas:

Las modalidades anteriormente mencionadas contribuyen no solo al bienestar del paciente, sino también al del terapeuta puesto que las terapias pueden resultar altamente demandantes y estresantes por lo que el terapeuta puede quedar expuesto a padecer síndrome de burn-out (agotamiento físico o mental debido al exceso de trabajo).

La DBT postula una serie de principios que el terapeuta debe recordar y respetar:

1. Los pacientes están haciendo lo mejor que pueden
2. Los pacientes quieren mejorar
3. Los pacientes necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados al cambio
4. Los pacientes podrían no ser la causa de todos sus problemas pero los tienen que resolver ellos mismos de todos modos
5. La vida con Trastorno Límite es insostenible en la forma que es vivida.
6. Los pacientes deben aprender nuevas conductas en todos los contextos relevantes
7. Los pacientes no fracasan, la terapia sí
8. Los terapeutas necesitan sostén, asistencia y colaboración.

En lo referente al punto 7 cabe aclarar que, desde un punto de vista pragmático, se postula que el terapeuta o la terapia son los que no se adaptan a la situación particular del paciente y que por tanto, se deben buscar otro tipo de abordajes o estrategias de intervención. En síntesis; la Terapia Conductual Dialéctica es, un modelo compasivo que abarca diversas estrategias terapéuticas como la aceptación y reestructuración cognitiva; así mismo, requiere de un equipo de trabajo terapéutico para formar una red

de apoyo en la intervención. Dimeff & Linehan, coinciden en que la evidencia empírica se inclina a favor de este modelo reconociéndolo como el mejor para el tratamiento de TLP.

2.4. Terapia Metacognitiva (MCT)

Pertenciente a la terapia cognitiva de Adrian Wells, la Terapia Metacognitiva (MCT) se desarrolló para dar una mejor explicación a fenómenos inadecuadamente explicados por otros modelos de tratamiento contemporáneos. Wells refiere que: “desarrolle MCT porque los abordajes de tratamiento anteriores no dan cuenta de algunos aspectos importantes de la cognición, aspectos que repetidamente emergen en pacientes y reportes empíricos de la experiencia mental en el trastorno psicológico” (Manchester Psychiatry Society, 2011) (Horacio, 2016. p. 14).

La Terapia metacognitiva surgió como un modelo explicativo para Ansiedad Generalizada (TAG) cuyo eje principal es la preocupación excesiva derivada de una serie de pensamientos y emociones como ansiedad, aprensión y tensión, de igual manera, patrones de pensamiento intrusivos, persistentes que resultan difíciles de detener una vez que inician (Horacio, 2016. p. 14).

En el caso de las personas diagnosticadas con TAG la preocupación ocupa más tiempo en su vida, ya que se preocupan acerca de más temas y reportan sentir menor control sobre sus preocupaciones que las personas sin ese diagnóstico. Según MCT, el TAG se podría definir como un estado anormal de preocupación. Lo que movilizó los desarrollos de MCT fue la pregunta “¿qué factores contribuyen al surgimiento de este estilo de pensamiento y a la dificultad de detenerlo?” y es aquí en donde entran en juego las metacogniciones como factor explicativo (Wells & Carter, 2001; Well, 2005, 2007).

De acuerdo con el autor, la metacognición hace referencia a una cognición sobre una cognición, es decir, se presenta un pensamiento, también se da el caso de tener pensamientos sobre los pensamientos y si éstos últimos son creencias disfuncionales que tiene la persona acerca de sí misma, el mundo y el futuro, implican a una patología,

entendiendo que lo perjudicial no es la creencia en sí, sino la asignación que se le atribuye a las creencias positivas o negativas de los pensamientos generados.

En situaciones difíciles, la preocupación es vista comúnmente como un recurso de afrontamiento, pero si la preocupación excede, comienza a generar diversos malestares los cuales dan origen a metacogniciones negativas respecto a la postura original de preocuparse por la problemática ya que la misma preocupación es ahora motivo de preocupación. En estos casos las estrategias de control resultan insuficientes llegando a considerar como incontrolable la forma en que se manifiesta la preocupación (Wegner, Erber, & Zanakos, 1993) (Horacio, 2016. p. 16).

El modelo teórico explicativo de MCT se denomina Modelo de Auto-Regulación de la Función Ejecutiva (S_REF), y al patrón de respuesta frente a las experiencias internas que termina intensificando las emociones negativas, se lo denomina Síndrome Cognitivo Atencional (CAS), e incluye:

- Preocupación y rumiación
- Fijación atencional en las amenazas
- Conductas de afrontamiento disfuncionales (evitación, control de pensamiento)

Al respecto, Fisher & Wells, (2009) utilizan estrategias de cambio cognitivo (diálogo socrático, examinar la evidencia y la contra-evidencia, etc.) en las metacogniciones negativas y positivas; así como, en el proceso de pensamiento además de utilizar intervenciones experienciales tales como:

La Técnica de Entrenamiento Atencional: consiste en ejercicios con sonidos ambientales que desarrollan el desapego y la flexibilidad a través de la localización de la atención, es similar a algunos ejercicios que se utilizan en Mindfulness, y tiene como objetivo último permitir la flexibilidad de la atención y mejorar el control metacognitivo, de igual manera fomenta una respuesta con desapego frente a los eventos mentales que se denomina “Mindfulness Desapegado” (Detached Mindfulness, DM) donde la persona:

- 1) Simplemente permanece atenta a los pensamientos
- 2) No intenta afrontarlos ni cambiarlos y los percibe como separados de sí misma

MTC utiliza técnicas e intervenciones relacionadas con la terapia cognitiva (asociación libre, ejercicios de observación de pensamiento, uso de metáforas, entrenamiento atencional, etc.) sólo que su aplicación es a nivel metacognitivo (Horacio, 2016. p. 16).

Cabe señalar, que la Terapia Metacognitiva se formuló inicialmente con respecto a la Ansiedad generalizada (TAG), sin embargo, a últimas fechas, se han encontrado aplicaciones en otras problemáticas psicológicas, tales como trastornos de alimentación (Cooper, Todd, & Wells, 2008), estrés postraumático (Wells & Sembi, 2004), y depresión (Wells et al; 2009).

2.5. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)

El programa de Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (MBSR) posee una variante conocida como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness cuyo objetivo específico es prevenir recaídas en pacientes con depresión mayor, ya que, clínicamente se hace mención que las personas con depresión mayor suelen presentar un patrón de recaídas, recurrencia y cronicidad (Judd, 1997) (Cayoun, 2014, p.27); si bien, existen diversos tratamientos para depresión que contribuyen a la reducción de posibles recaídas, la prevención sigue siendo un tema difícil, especialmente cuando se trata de personas que ya han sufrido múltiples episodios depresivos. Por esta razón, la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) desarrolla un enfoque en el que postula que las personas que han experimentado varios episodios depresivos han generado una vulnerabilidad cognitiva incluso si se han recuperado del último episodio; ya que, según la MBCT, las personas pueden generar patrones de pensamiento depresivo tales como rumiación, autocrítica, etc., que derivan de un estado de pensamiento negativo. Tales patrones generan una percepción dañina de la misma persona y del futuro que le aguarda, logrando así mantener e intensificar el estado de disforia de días cotidianos pudiendo desencadenar en un nuevo episodio depresivo. En conclusión, cabe señalar que MBSR alude que existe una relación entre los múltiples episodios depresivos experimentados por una persona para considerarla con mayor riesgo de recaída (Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; Lewinsohn, Allen, Seeley, & Gotlib, 1999; Post, 1992) (Cayoun, 2014, p. 30).

Existe un principio que la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness señala; si la persona que ha sufrido episodios de depresión mayor logra prestar atención a los inicios de los patrones de pensamiento negativos que parten de la disforia, puede lograr “desactivarlos”. Para tales fines la MBCT propone un programa de intervención de ocho sesiones semanales además de un retiro de un día con prácticas formales e informales que cuentan con herramientas psicoeducativas enfocadas al rol de pensamientos y la respuesta automática a los mismos, derivadas de la terapia cognitiva. Es decir, toma como base el programa MBSR integrando elementos de terapia cognitiva relacionados al tratamiento de la depresión.

En cuanto a los resultados de MBCT se encuentra que es mayormente eficaz reduciendo las recaídas en personas que han sufrido por lo menos tres episodios depresivos que posean la característica de no originarse a partir de eventos vitales negativos como un duelo (Ma & Teasdale, 2004) (Cayoun, 2014, p.32). Tales datos vuelven consistentes la hipótesis inicial acerca de que las personas generan vulnerabilidad cognitiva a mayor cantidad de episodios depresivos experimentados (Cayoun, 2014, p.33).

2.6. Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR)

Como se ha mencionado, Mindfulness pertenece a las terapias de la tercera generación siendo incluida dentro de las terapias occidentales por su relevancia en la reducción de la vulnerabilidad cognitiva ante el estrés y las respuestas emocionales negativas, teniendo como técnica fundamental la experimentación interna (Sensaciones, cogniciones y emociones) dentro de un marco de aceptación; permitiendo así diversos beneficios que incluyen el afrontamiento de problemas físicos y psicológicos.

Debido a lo anteriormente mencionado es que Mindfulness es considerado por algunos autores, como el elemento principal de intervención, autores como: Kabat-Zinn (1990); Segal, Williams y Teasdale (2002); Marlatt (2005), existen también quienes utilizan Mindfulness como un elemento complementario en intervenciones, tales como;

Strosahl y Wilson (1999); Wilson y Luciano (2003) y Linehan, (1993). Independientemente del lugar que brinden a Mindfulness en distintas propuestas de intervención, Mindfulness convierte los programas de intervención en métodos novedosos. “La experiencia Mindfulness guarda relación con el hecho de estar en contacto, de examinar quien somos, de cuestionar nuestra visión del mundo y de cultivar la capacidad de apreciar plenamente cada momento de la vida.” (Kabat-Zinn, 1994) (Martorell, 2014. p. 108). La importancia de la conexión entre los pensamientos, emociones y acciones dentro del presente radica en que el aquí y el ahora, es lo único real para el ser humano quien puede perderse dentro de los pensamientos, anhelos y recuerdos, tanto del pasado como del futuro.

La práctica del Mindfulness implica una práctica continúa; es decir, la formación de un hábito diario que permita y facilite el desarrollo de la atención, la observación y aceptación sin pretensiones o expectativas de cambios en alguna de las esferas de la experiencia (pensamientos, acciones, emociones). Mindfulness pretende cambiar las relaciones; es decir, la conexión que las personas tienen con sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.

Jon Kabat-Zinn (1990), define Mindfulness como: “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar” y señala, además, tomando del budismo Zen los siguientes elementos fundamentales relacionados con la actitud de la práctica de la atención plena (Martorell, 2014. p. 109):

- No juzgar
- Paciencia
- Mente de principiante
- Confianza
- No esforzarse
- Aceptación

En los puntos mencionados, se enlistan elementos que guardan relación con la atención, conciencia y aceptación de la experiencia presente. Así mismo, es necesario mencionar que Kabat-Zinn enfatiza los aspectos de la autodisciplina e intencionalidad

durante la práctica, puesto que esta actitud denota la libre decisión de la persona en comprometerse con la práctica de Mindfulness en su vida.

“La mayoría de los autores señalan que para comprender el significado de Mindfulness, la clave es la práctica; no hay otra forma de conocer cómo puede transformar la vida y la relación con el miedo, la ansiedad, la depresión o el pánico” (Brantley, 2010). Ya que la práctica es esencial para el desarrollo de habilidades Mindfulness, se debe contar con energía y disciplina suficiente para la misma. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012.p. 476).

El programa de Reducción de Estrés Basada en Mindfulness (MBSR) supone un alto grado de compromiso, puesto que debe tratarse de un interés genuino y una libre decisión por parte de la persona. La meta del programa es incrementar la consciencia del participante acerca del presente, es decir, el aquí y el ahora dentro de un amplio entrenamiento para aprender atraer la atención al presente utilizando como ancla la concentración en la respiración. Consta de ocho sesiones de dos horas y media de duración cada sesión, los instructores se reúnen con treinta participantes. A su llegada cada participante es recibido por separado y se tiene una charla acerca de su pasado, sus preocupaciones presentes y lo que espera obtener del programa, así mismo se hace mención de la naturaleza de las sesiones (Segal, Williams y Teasdale; 2015. p.140).

La Clínica de Reducción del Estrés creada por Jon Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, en Worcester en la década de los años sesenta, fue el primer sitio en donde el Programa de Reducción del Estrés fue aplicado; a partir de entonces ha ayudado a más de diez mil personas dentro de un amplio abanico de trastornos vinculados al estrés, tales como: hipertensión, trastornos del sueño, ansiedad, ataques de pánico entre otros. La mayoría de los participantes manifestaron una reducción duradera de los síntomas físicos y psicológicos vinculados a su trastorno y al estrés, así como cambios benéficos experimentados en la actitud, conducta y la percepción del YO del sujeto, de los otros y del mundo. (Segal, Williams y Teasdale; 2015. p. 87).

El inicio de la experiencia del programa se desarrolla con la exploración corporal, para continuar en posteriores sesiones la meditación basada en la respiración, en el cuerpo, en la consciencia y en los sonidos, haciendo mayor énfasis en las sensaciones corporales que otros programas ya que al explorar detalladamente las sensaciones corporales, se puede ubicar su relación con las emociones. El modelo del programa de reducción del estrés, es considerado por Segal, Williams y Teasdale, como de tipo psicoeducativo, ya que utiliza diferentes ejercicios tales como yoga y centrarse en la respiración ya que estos ejercicios son elegidos por los participantes para realizar dentro de su tiempo libre para mantener una adecuada salud. También se ejercita su capacidad de enfocar la atención, en cómo se vinculan los pensamientos con los sentimientos y sensaciones que llegue a experimentar; así como la forma en cómo la mente procesa tales experiencias como positivas o negativas dentro de un proceso inconsciente de juzgar (Segal, Williams y Teasdale; 2015. p.144).

2.7. Escalas de medición de Mindfulness

Para esclarecer los distintos componentes de Mindfulness, diversos grupos de investigadores se han dado a la tarea de elaborar, desde el año 2001 y hasta el momento, diferentes escalas o medidas de Mindfulness. De entre todas las escalas disponibles actualmente, destacas las que se citan a continuación (Pérez y Botella, 2017) (Cebolla, García y Demarzo; 2014. P. 27):

- **The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI**, Buchheld et al; (2001), donde se obtienen cuatro factores; atención al momento presente sin identificación con las experiencias. No juzgar ni evaluar la actitud hacia uno mismo y los demás; apertura a los estados mentales negativos y procesos orientados a la comprensión profunda de la experiencia (Cebolla, García y Demarzo; 2014. P. 27).
- **The Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS**, Brown y Ryan, 2003). Que muestra un solo factor centrado en la capacidad del sujeto de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana.

Fue la primera medida de Mindfulness y la escala que más se utiliza en investigación (Sauer et al; 2013), por lo que existen valoraciones del instrumento en múltiples idiomas, incluyendo dos validaciones al castellano. La MAAS evalúa, de forma global, la capacidad disposicional de un individuo para estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana. Si clasificamos las escalas de Mindfulness en un continuo estado-rasgo, la MAAS estaría cercana al rasgo (Bergomi et al; 2013). El instrumento fue diseñado partiendo de una visión unifactorial del constructo de Mindfulness. La escala se puede utilizar con independencia de que los sujetos hayan recibido entrenamiento en Mindfulness o no. La MAAS es cuestionario autoadministrado que consta de 15 ítems que miden la presencia o ausencia de atención/conciencia en lo que ocurre en el momento presente y en la vida diaria. Se puntúan según la escala Likert con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de ítems: puntuaciones elevadas indican mayores niveles de Mindfulness. Cabe señalar que en la validación al castellano para población general y psiquiátrica se confirmó la estructura original del instrumento (Soler et al; 2012) pero en la validación con una muestra de pacientes con fibromialgia se obtuvo una solución factorial válida tanto para uno como para dos factores (Cebolla et al; 2013). A pesar de que la MASS se ha relacionado consistentemente con medidas conductuales de Mindfulness (Frewen et al; 2008) o con la actividad cerebral (Creswell et al; 2007) que no encontraron diferencias en los niveles de Mindfulness entre muestras de meditadores y de no meditadores, así como también el hecho de que la MAAS parecería medir más propiamente inatención o mindlessness y no precisamente Mindfulness. Así, en la MAAS se asume que el Mindfulness es simplemente lo contrario de inatención (Sauer et al; 2013). Recientemente, y en relación a esta controversia, apareció una versión de la escala que incluye tanto preguntas en sentido positivo como negativo (Höfling et al; 2011) (Cebolla, García y Demarzo; 2014. P. 27).

- **Kentucky Inventory of Mindfulness Skills** (KIMS, Baer et al; 2004) que muestra cuatro factores; observar, describir, actuar conscientemente y aceptar sin enjuiciar.

La KIMS (Baer et al; 2004) fue diseñada para evaluar la tendencia a estar minful en el día a día tomando como base el enfoque de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), donde el Mindfulness se conceptualiza como habilidad (Linehan, 1993). Aunque la KIMS ha sido relativamente utilizada hasta la fecha, la aparición la FFMQ, que resulta en parte una evolución de la primera, hace que su uso sea más infrecuente (Cebolla, García y Demarzo; 2014. P. 27).

- **Five-Facet Mindfulness Questionnaire** (FFMQ, Baer et al; 2006), que se basa en un análisis factorial de cinco de las escalas más importantes sobre Mindfulness y consta de cinco constructos: observar, describir, no enjuiciar, no reactividad a la experiencia interna y actuar conscientemente.

La FFMQ (Baer et al; 2006) intenta unificar los cuestionarios más hábilmente utilizados de Mindfulness en un solo instrumento y es un claro exponente de una visión multifactorial del Mindfulness. El autoinforme es cercano en conceptualización a la KIMS, que junto al Freiburg Mindfulness Inventory (FMI: Buchheld et al; 2001), el Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ; Chadwick et al; 2008); la MAAS (Brown et al, 2003) y la Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS; Feldman et al; 2004) fueron las escalas precursoras del FFMQ; que es un cuestionario autoadministrado de 39 ítems que evalúan cinco facetas de Mindfulness disposicional; estas son las mismas cuatro que las de KIMS más un faceta adicional. Así se obtienen puntuaciones para:

- Observación (notar experiencias internas y externas como sensaciones, emociones o pensamientos)
- Descripción (etiquetar las experiencias con palabras)
- Actuación consciente (estar focalizando momento a momento en la actividad como opuesto a actuar mecánicamente)
- No juzgar la experiencia (tomar una postura no evaluativa hacia pensamientos y emociones) y, como subescala adicional

- No reactividad a la experiencia interna (permitir el libre flujo de pensamientos y emociones sin verse atrapado por ellos o sin rechazarlos).

La escala se puntúa según una escala Likert con un rango entre 1 (nunca o muy raramente verdad) hasta 5 (muy a menudo o siempre verdad) y dispone de una validación al castellano en población general y muestras psiquiátricas (Cebolla et al; 2012). Las puntuaciones obtenidas en la FFMQ indican que esta escala es sensible a la experiencia meditadora de las muestras evaluadas (mayores puntuaciones en sujetos con experiencia; Baer et al; 2008; de Bruin et al, 2012; Lilja et al; 2011) y también a las intervenciones de Mindfulness (Carmody et al; 2008; Solet et al; 2012). En particular, varios estudios han demostrado un funcionamiento distinto de la escala Observación, que correlacionaría positivamente con las restantes cuatro facetas tan solo en muestras de sujetos con experiencia meditativa y no correlacionaría (o lo haría negativamente) con las otras subescalas en muestras de sujetos sin experiencia (Baer et al; 2008; de Bruin et al; 2011; Cebolla et al; 2012; Lilja et al; 2011, 2012). Sin incluir Observación, las otras cuatro facetas de la FFMQ actuarían como un nivel general de Mindfulness en muestras con poca experiencia meditativa. Paradójicamente esta misma escala de Observación, en muestras puede correlacionar positivamente con índices psicopatológicos como, por ejemplo, supresión del pensamiento (Baer et al; 2006, 2008; de Buin et al; 2012). Estas pequeñas aunque positivas correlaciones se han interpretado como reflejo de tendencia rumiativas asociadas a la Observación en muestras de sujetos no meditadores (Tran et al; 2013) (Cebolla, García y Demarzo; 20014. P. 27).

- **Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS)** es la única escala que propone una visión bidimensional de Mindfulness, siendo congruente con la propuesta de consenso de Bishop et al. (2004) es la PHLMS (Cardaciotto, 2008). Aunque otras escalas multidimensionales de Mindfulness (p. ej. FFMQ o KIMS) son sensibles a aspectos relacionados con la atención y la aceptación, sus factores solo se relacionarían parcialmente con estos componentes del Mindfulness.

La escala PHMLS es un autoinforme breve de 20 ítems que ofrece información acerca de la conciencia del momento presente definida como continua monitorización de los estímulos internos y externos, y de la Aceptación, definida como postura no enjuiciadora hacia la propia experiencia. Esta estructura bifactorial se confirmó en el estudio original mediante un análisis factorial confirmatorio. Las dos subescalas que la componen no correlacionarían entre sí la validación original pero sí lo harían, negativa y significativamente en la submuestra con clínica psiquiátrica de la validación al castellano (Soler; 2010; Tejedor; 2013). Se puntúan según una escala Likert con un rango entre 0 (nunca) y 4 (muy a menudo). El uso de una puntuación total mediante la suma de ambas subescalas no es aconsejable (Park; 2013). En todos los estudios se observa una menor sensibilidad general de la escala de conciencia, que inesperadamente no correlacionaría con la sintomatología depresiva y solo lo haría levemente con ansiedad en la validación al castellano. La subescala de aceptación tendría un comportamiento más congruente relacionándose en sentido negativo con índices de ansiedad, de estado de ánimo con rumiación, supresión y evitación experiencial (Cebolla, García y Demarzo; 2014. P. 27).

- **Toronto Mindfulness Scale (TMS)** La TMS (Lau, Bishop, Segal; 2006) presenta la característica distintiva de medir el Mindfulness como un estado y no como un rasgo, así la escala original se creó una versión rasgo del instrumento. La TMS explora la cualidad de la experiencia meditativa e incluye dos subescalas: curiosidad y descentramiento. Hasta la fecha no existe validación al castellano de la TMS (Cebolla, García y Demarzo; 2014. P. 27).
- **Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)** La FMI define el Mindfulness como un fenómeno atencional, una observación no sesgada de cualquier fenómeno, con el objetivo de percibirlo como es realmente, ausente de distorsión emocional o intelectual (Buchheld; 2001). Con origen en la psicología budista, inicialmente esta escala se aplicaba a personas que acudían a retiros de meditación. Tras una versión inicial de 30 ítems, los autores diseñaron una versión reducida de

14 ítems con un único factor que resulta más robusto psicométricamente. También existe una versión de la FMI de 7 ítems (Jiménez; 2008). Aunque inicialmente esta escala planteaba la presencia de cuatro factores, cierta inconsistencia entre ellos llevó a los autores a proponer una interpretación unifactorial del instrumento. Sin embargo, trabajos recientes con el instrumento señalarían la existencia de dos factores, uno para Presencia y otro para Aceptación de Sauer. Hasta la fecha no existe ninguna validación al castellano del FMI (Delgado, 2009, p. 38).

- **Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ).** La SMQ (Chadwich; 2008) fue desarrollada para evaluar el grado de Mindfulness que presenta un sujeto ante la presencia de pensamientos egodistónicos. Aunque de la escala se obtiene una única puntuación, se exploran cuatro áreas o formas distintas de responder a los pensamientos:

- 1) Conciencia de los pensamientos como fenómenos mentales
- 2) Mantener la atención en condiciones difíciles
- 3) No juzgar la presencia de esos pensamientos desagradables
- 4) Permitir el flujo de estos pensamientos sin reaccionar o rumiar sobre ellos.

Hasta la fecha no existe ninguna validación al castellano de este instrumento (Delgado, 2009, p. 43).

- **Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R)** La CAMS-R (Feldman, 2004) es, según sus autores, un cuestionario diseñado para capturar un concepto amplio del Mindfulness, basado en la visión de Kabat-Zinn. Existe una versión previa del instrumento, la CAMS, que fue mejorada en la actual versión, la CAMS-R. La escala evalúa cuatro áreas distintas: atención, foco en el presente, conciencia y aceptación/no juicio así como un factor global de Mindfulness. No existe, hasta la fecha, ninguna validación al castellano de este instrumento (Delgado, 2009, p. 37).

- **Experiencias Questionnaire (EQ).** El EQ (Fresco; 2007) más que una escala de Mindfulness propiamente dicha es un instrumento que evalúa un aspecto particular y asociado al Mindfulness como es la capacidad de descentramiento. Esta habilidad hace referencia a la capacidad de descentrarse de los pensamientos y emociones de uno mismo y observarlos como fenómenos temporales de la mente (Safran y Segal, 1990). El descentramiento sucede en presente e implica mantener una postura no evaluativa y de aceptación respecto a los eventos internos (Fresco, 2007). Aunque el instrumento es psicométricamente unifactorial (11 ítems), la versión original se diseñó para evaluar dos aspectos distintos, Rumiación y Descentramiento (EQ-D) agrupa tres aspectos del descentramiento: la habilidad de no verse uno mismo como sinónimo de sus pensamientos, la habilidad de no reaccionar a las experiencias negativas de uno y la capacidad para la autocompasión aunque de ella solo se consigue una puntuación total (Fresco, 2007). En la validación al castellano con una muestra clínica psiquiátrica y una muestra control (con experiencia y sin experiencia meditadora) se observan también correlaciones congruentes y significativas con sintomatología ansiosa, depresiva, estrés y evitación experiencial. El autoinforme es sensible a la experiencia meditativa de los sujetos y al cambio tras la realización de una intervención de Mindfulness (Soler; 2013) (Delgado, 2009, p. 37).

CAPÍTULO 3. MINDFULNESS EN EL ÁMBITO CLÍNICO

3.1. Implementación del Mindfulness en los servicios sanitarios

Con el desarrollo de Mindfulness dentro de las terapias de la tercera ola y sus diversas aplicaciones, se expanden las posibilidades del uso de Mindfulness dentro del ámbito clínico; lo que significa, la posibilidad de difundir sus beneficios en diferentes niveles de intervención; teniendo en cuenta, que dicha diversificación implica también un mayor estudio de los componentes de Mindfulness; para que los diferentes profesionales de la salud, puedan acceder a elementos que sean pertinentes dentro de su campo de estudio, logrando así un mayor alcance dentro de la población.

En un estudio mencionado por Crane y Kuyken (2012) se hace una recopilación de diversos factores que permiten el éxito de la aplicación de las TBM en el ámbito clínico. Uno de estos aspectos hace referencia a la elaboración y aplicación de un plan estratégico de las TBM en tres niveles; nacional, regional y local con lo cual se asegura mayor oferta de las TBM, apoyo a los profesionales interesados en una formación e implementación de dichos servicios y una mejor comprensión acerca de lo que es Mindfulness, su propósito y los beneficios que brinda a los pacientes con el adecuado apoyo que los servicios administrativos pueda brindar Cebolla, 2007. P. 48).

Otro factor a considerar es que tales intervenciones son mejor vistas si en un principio son aprobadas y respaldadas por los profesionales ya que esto disminuye las resistencias y prejuicios hacia ellas. Algunos otros puntos a considerar son:

- El 60% de profesionales que podría derivar pacientes a los grupos de Mindfulness no tienen suficientes conocimientos sobre las TBM.
- La existencia de un experto dentro de los servicios incrementa las posibilidades de éxito.
- El 62% de los centros no poseen espacios adecuados para impartir actividades en grupo.
- Falta estructura administrativa que facilite las clases de Mindfulness (72%).
- La competencia con otras demandas rutinarias de los servicios es enorme.

- Faltan recursos para formación y supervisión de los profesionales que van a impartir las clases.
- La colaboración de los servicios de atención con la universidad aumenta el éxito de la implementación de las TBM en los servicios.

El mismo autor señala la existencia de otros puntos más que hacen referencia a temas no desarrollados por completo; resultados que arrojen diversas investigaciones en distintas enfermedades (sobre todo crónicas) acerca de los efectos a largo plazo de las TBM, la identificación de factores colaterales positivos de Mindfulness (calidad de vida, reforzamiento de valores ético-personales), efectos adversos o no esperados, comparación de efectos en poblaciones culturalmente diferentes, la relación coste-efectividad de los diversos modelos de TBM ofrecidos en diversas tecnologías incluyendo oferta online, análisis de financiación de las TBM por los servicios; análisis de conveniencia de ofrecer las TBM en servicios sanitarios u otros sectores (centros comunitarios, escuelas, laborales); desarrollo de guías clínicas que contengan indicaciones y procedimientos de derivación de pacientes basados en la evidencia dirigido a los profesionales; evaluación de las actitudes y aceptabilidad de Mindfulness entre profesionales de la salud; investigación de los efectos de Mindfulness sobre la comunicación con los pacientes, en errores clínicos y/o la disminución de prácticas inadecuadas; así como, discusiones acerca de los requerimientos básicos y avanzados de formación para los profesionales. (McCabe Ruff y Mackenzie, 2009)(Cebolla, 2007. p.49).

Para comprender el grado de complejidad que implica la aplicación de las TBM en el ámbito clínico, es necesario mencionar primero que la puerta de entrada de los pacientes al sistema sanitario se encuentra en la atención primaria, donde la mayoría de ellos son supervisados continuamente a lo largo de sus vidas para la prevención o adecuado manejo de enfermedades en las que se pueden incluir las crónicas y mentales (García-Campayo, 2008) (Cebolla, 2007. p. 49). Caracterizando a la atención primaria de factores como acceso equitativo, servicios de salud cercanos a las personas, cuidados continuos que consten de acciones preventivas, consideración personalizada de acuerdo a las necesidades de salud de las personas; así como,

competencias por parte de los profesionales para manejar las diferencias étnicas y culturales, es posible potenciar la adherencia a las terapias basadas en Mindfulness. (García-Campayo, 2008) (Cebolla, 2007. p. 50).

Dentro de los sistemas sanitarios (además de los sistemas de educación y transporte entre otros) existe una clase de intervención que es muy utilizada; es la llamada intervención compleja que se distingue por incluir diversos componentes que se interrelacionan entre sí, lo que dificulta estandarizar los diseños y formas de aplicación para los investigadores y gestores. Además de representar un desafío organizacional, logístico y político dentro de un determinado contexto étnico-cultural de complejas cadenas causales entre los componentes de las intervenciones y sus resultados. (Datta y Petticrew, 2013) (Cebolla, 2007. p. 50).

.Las intervenciones Mindfulness son clasificadas como complejas debido a las múltiples dimensiones que abarca; por lo que, su inclusión en los sistemas sanitarios requiere de una evaluación compleja, como puede apreciarse en la tabla 3.1. Dicha evaluación debe ser considerada por los investigadores y gestores que se interesen en su implementación dentro de los servicios de salud para poder responder las preguntas clave como: ¿Las TBM demuestran ser efectivas y tener un coste-efectividad favorable en los sistemas de salud?, ¿Cómo funcionan las TBM en los sistemas sanitarios? Son algunas de las principales cuestiones que se deben tomar en cuenta antes, durante y después de la aplicación de un programa basado en Mindfulness dentro de un sistema de salud para conocer los beneficios a pacientes, profesionales y servicios (Datta y Petticrew, 2013) (Cebolla, 2007. P. 50).

TABLA 3.1. A continuación se muestran dimensiones que definen los programas basados en Mindfulness como intervenciones complejas. (Craig; 2008; Datta & Petticrew, 2013).

1	Gran número de componentes y diversas interacciones entre ellos: Se clasifican en; prácticos (distintas técnicas y ejercicios de Mindfulness) y teóricos (distintos contenidos teóricos dependiendo del enfoque o de la población de interés).
2	Implican cambios complejos de conducta y comportamiento, tales como aceptación, flexibilidad psicológica, compasión, en relación a los participantes y los profesionales.
3	Requieren de trabajo coordinado, como puede ser, un plan estratégico llevado a cabo con cierto número de personas de varios niveles de los servicios, tanto profesionales como gestores para su implementación.
4	El número de variables que incluye es variado: orgánicos, psicológicos, uso de servicios, entre otros, que resultan potenciales para la evaluación de sus resultados.
5	Permite gran variabilidad de los modelos de intervención (MBSR, MBCT, programas cortos, etc.).

Nota: Mindfulness y Ciencia (P. 51), por Cebolla, 2013, España. Alianza Editorial.

Otro de los puntos a tratar es el referente a la forma en que la información obtenida, es decir, los resultados de las investigaciones son presentados a los diversos públicos; profesionales, gestores, pacientes y población en general (Craig, 2008). Dicha información debe ser traducida a lenguaje accesible para los denominados actores o stakeholders quienes están involucrados en la implementación de Mindfulness en sistemas sanitarios (véase la tabla 3.2). En lo que se refiere a las publicaciones científicas, se requiere atención en las características que dan pie a las intervenciones complejas así como sus evaluaciones. (Boutron et al., 2008) (Cebolla, 2007. p. 51).

Tabla 3.2. Los siguientes puntos realizan señalamientos a los diversos desafíos que se presentan dentro de la evaluación e implementación de los programas basados en Mindfulness como intervención compleja de los servicios sanitarios (Craig; 2008; Datta & Peticrew, 2013).

1	Modelo teórico pertinente que facilite comprender la forma en que la intervención puede causar cambios en la salud de las personas y/o en el uso de los servicios; así como, identificar puntos débiles en la causalidad para reforzarlos. Para la aplicación de programas Mindfulness, es necesaria un complejo compendio de conocimientos interrelacionados en las áreas médicas, psicológicas y sociales, así como de evaluación de servicios y políticas de salud.
2	De existir ausencia de resultados, no significa necesariamente que las intervenciones no sean efectivas, sino que pudieron haber existido fallos o barreras en el proceso de implementación (ausencia o incumplimiento del plan estratégico, falta de adherencia a las prácticas o programas, etc.). Por lo que, resultan importantes las evaluaciones de los diversos procesos llevados a cabo para la implementación de las intervenciones basadas en Mindfulness.
3	Los sistemas de salud poseen sus propias características las cuales pueden influir en los resultados que cada sistema logrará obtener, para reducir tales diferencias; el tamaño de la muestra y el uso y aplicación de un diseño metodológico apropiado son clave. Es preferible una amplia utilización de variables e indicadores de procesos y resultados que el encasillamiento en unos pocos. Algunas de los indicadores a considerar pueden ser: los fisiológicos, psicológicos, clínicos y uso de servicios, por mencionar algunos.
4	Es necesario mencionar que se requiere de una fidelidad a los protocolos de intervención, pero debe existir un cierto grado de flexibilidad para las condiciones locales y los sistemas sanitarios permitir que la adaptación al sistema sea exitoso y a largo plazo.

Nota: Mindfulness y Ciencia (P. 51), por Cebolla, 2013, España. Alianza Editorial.

3.2. Modelos de intervención en salud mental

La intervención psicológica tiene la finalidad de apoyar a las personas a comprender sus problemas, a reducir el malestar causado por ellos, a superar la situación que los aqueja y a prevenirlos a través del mejoramiento de las capacidades personales y relacionales con el entorno, con otras personas y consigo mismos, estando incluso en ausencia de problemas, para lo cual se hace uso de principios y técnicas psicológicas por parte de un profesional acreditado (Bados, 2008. P. 3).

Los fenómenos de interés para la psicología clínica son aquellos relacionados con los trastornos mentales y comportamientos que perjudiquen la salud en cualquiera de sus procesos así como estados de bienestar. Por lo que se puede definir a la psicología clínica como la especialización de la psicología que, a través de la aplicación de principios, técnicas y conocimientos científicos, evalúa, diagnostica, explica, trata, modifica, previene anomalías y trastornos mentales, así como los diferentes comportamientos que sean relevantes para los procesos de salud-enfermedad, dentro de los diversos contextos en los que se puedan presentar (Bados, 2008. P. 4).

Bernstein y Nietzel (1988) (Bados, 2008. P. 4), definen a la terapia psicológica cómo:

1. La terapia psicológica se basa en la relación interpersonal entre dos personas como mínimo, donde una de ellas es el profesional quien cuenta con el entrenamiento y experiencia para el manejo de los problemas psicológicos.
2. En cuanto a la otra persona que conforma la relación interpersonal, se habla de un cliente que se encuentra experimentando alguna clase de problema ya sea emocional, conductual o interpersonal y se ha unido a la relación interpersonal con el profesional para hallar una solución a su malestar.
3. Dicha relación psicoterapéutica funciona como alianza de ayuda cuyo funcionamiento depende de establecer claramente los límites y alcances de la misma teniendo los propósitos u objetivos bien definidos. Para cubrir tales propósitos se utilizan diversos métodos psicológicos para generar los cambios benéficos necesarios en el cliente.
4. Los métodos utilizados son basados en teorías psicológicas formales y van dirigidos a atender y aminorar los malestares del cliente.

5. Sin importar las inclinaciones teóricas del terapeuta, se realiza un trabajo encaminado a aumentar la seguridad, motivación y compromiso del cliente con la alianza terapéutica y todo el proceso en sí.

En lo referente a la prevención y la intervención en psicología, Bados (2008) agrega que el psicólogo acompaña a las personas dentro del proceso de comprensión de los problemas que tenga; así como, en el desarrollo de técnicas para la reducción de los malestares derivados y se enseña a prevenir la reinserción en tales problemas. Cuando se habla de métodos preventivos se le denomina intervención y cuando se hace referencia a resoluciones de problemáticas ya detectadas y en curso se utiliza el término de tratamiento (p.5).

Existen tres niveles de prevención:

- 1) **Prevención primaria.** Su objetivo es la evitación de la aparición de problemas.
- 2) **Prevención secundaria.** En este nivel la intervención va dirigida a identificar los problemas en la etapa más temprana posible para poder actuar de forma inmediata sobre los mismos para evitar que se agraven.
- 3) **Tratamiento:** Se lleva a cabo cuando los problemas ya se hacen presentes y ya no se encuentran dentro de una etapa temprana de desarrollo.
- 4) **Prevención terciaria:** Durante este nivel, los problemas ya han generado malestares, sin embargo, se busca prevenir recaídas y evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos, así como, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que lo padecen. En este nivel se hace uso del término “rehabilitación”.

La clasificación anterior ha sido cuestionada debido a que refiere (puesto que se menciona) que el término prevención ya no cubre las funciones de un sistema en el que el problema ya se encuentra activo; por lo que, existen profesionales de la salud que lo identifican como “tratamiento de mantenimiento”, con lo que la clasificación de este nuevo punto de vista es el siguiente:

- a) **Universal:** Para la población en general; las personas no han sido seleccionadas por tener factores de riesgo para desarrollar el trastorno que se quiere prevenir.
- b) **Selectiva:** Personas que tienen un riesgo mayor que otras personas de desarrollar el trastorno.
- c) **Indicada:** Personas de alto riesgo que presentan manifestaciones subclínicas precursoras del trastorno o en quienes se ha detectado algún marcador biológico que predisponga. Este tipo de prevención también es llamada – atención temprana- (Tortilla-Feliu, 2002).

Tipos de intervención

Existen diferentes tipos de intervención psicológica que entre sí no son excluyentes ya que pueden combinarse para complementar un tratamiento (Bados, 2008. P.7).

- **Individual.** Se trata del tipo más conocido y solicitado, consta de un trabajo entre el terapeuta y el paciente o cliente exclusivamente que tiene la finalidad ya antes mencionada de todo trabajo psicológico; fomentar y potenciar el desarrollo de habilidades y hábitos saludables para la vida de la persona, así como prevenir, aminorar o subsanar las molestias ocasionadas por el motivo de consulta.
- **Intervención en pareja o familia** Es el tipo de intervención que se utiliza al detectar que la problemática involucra a más de una persona dentro del ámbito familiar y los miembros se muestran interesados en participar en la intervención para solucionar la problemática que los aqueja. Se pretende que los miembros puedan darse cuenta de su participación dentro de la dinámica familiar y cómo esta puede generar parte del problema, así como también lograr identificar cómo aportar cambios positivos que contribuyan a la solución de la situación conflictiva. A través del desarrollo de habilidades de interacción y comunicación es que los miembros inician nuevas formas de aprendizaje para la resolución de conflictos. Algunos de los conflictos más usuales son los relacionados con diversas crisis familiares y problemas de comunicación. De existir un problema

en alguno de los miembros que resulte ajeno al resto de los integrantes de la terapia familiar, se continúa un trabajo individual con dicho miembro.

En cuanto a la terapia de pareja se refiere, se recomienda tomarla de existir diferencias que generen conflictos de valores, estilo de vida, creencias, metas, tipo de comunicación, afecto, infidelidad, estilos de crianza de los hijos, finanzas, sexo, autonomía, como los casos más comunes.

- **Intervención en grupo.** En esta modalidad se reúne un grupo de personas con problemáticas similares o algún otro objetivo en común y cuyas características no sean un impedimento para la participación, así como también no se trate de personas que incidan negativamente en el funcionamiento de este. El tratamiento en grupo es eficaz y posee ventajas que un tratamiento individual no tiene, así mismo es necesario mencionar las posibles complicaciones del mismo tales como:

a) La dinámica del grupo puede escapar al control del terapeuta, b) modelos de comportamientos negativos que pueden contagiarse, c) consejos e información inadecuados por parte de miembros del grupo, d) celos del progreso de otros o desmotivación al comparar los propios avances con los demás, e) ansiedad creada por la situación de grupo, f) pérdida del dominio necesario para solucionar exclusivamente problemas individuales, y g) puede llegar a crearse un grado de cohesión dentro del grupo que algunas personas pueden satisfacer un sentido de pertenencia con un mínimo de esfuerzo dentro del mismo grupo sin necesidad de establecer otras relaciones interpersonales.

El grupo puede sufrir atrasos o presentar una falta de fluidez o ritmo lento si sus miembros poseen determinadas características tales como ser perfeccionistas, agresivos, paranoides, narcisistas, no motivados o que requieren una gran atención, ya que las personas con tales características no se benefician del grupo puesto que requieren atención personalizada que les brindará las herramientas necesarias para trabajar las diferentes problemáticas que presenten.

El tamaño del grupo ideal tiene un mínimo de cinco integrantes con un máximo de doce, esto es debido a que el grupo tiene que ser lo suficientemente grande para favorecer el contacto con diversas personas y lo necesariamente estrecho para no dispersar la atención entre muchos miembros restando tiempo y calidad en el trabajo con cada uno de los miembros. En ocasiones se tiene un coterapeuta ya que el trabajo es desgastante para un solo profesional que debe atender de forma individual y grupal a todos los miembros al mismo tiempo en su mente para poder continuar dirigiendo la sesión.

A diferencia de las sesiones individuales que tienen una duración de cincuenta a sesenta minutos, las sesiones de grupo suelen durar de dos a dos horas y media, aunque pueden reducirse hasta treinta o cuarenta y cinco minutos si se trata de personas que presenten dificultad para concentrarse (un ejemplo son personas con esquizofrenia o deficiencia mental). Así mismo, para garantizar que el grupo funcione apropiadamente es necesario tener presentes ciertas normas que contribuyan al éxito del tratamiento. Algunas de las normas básicas para cualquier grupo terapéutico son: contar con el consentimiento voluntario, asistencia a las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, respetar las intervenciones y opiniones de los demás, confidencialidad de lo tratado en el grupo y realización de las actividades entre sesiones. Es importante señalar a los participantes que su disposición para cumplir con las normas, así como para comprometerse con las actividades para abordar lo tratado en sesiones es indispensable para que puedan gozar de los beneficios que la terapia grupal les puede ofrecer. En cuanto al terapeuta concierne, éste no debe ejercer un liderazgo autoritario como tampoco uno demasiado permisivo que desvíe la atención del objetivo principal de la terapia.

Como se mencionó anteriormente, las normas deben ser establecidas, esta es una de las labores del terapeuta, así como asegurarse de cubrir los puntos pertinentes en cada sesión relacionados al objetivo principal. Otro

factor que debe tener muy presente el terapeuta es conocer los diferentes roles que pueden surgir dentro del grupo algo que puede verse en Kendall y Norton-Ford (1988).

- **Intervención en la comunidad.** (Bados, A. 2008. P.10). Su objetivo principal es modificar el medio en el que viven las personas para ayudarlas a la resolución de conflictos, prevenir problemas, adquirir y potenciar habilidades benéficas para su desarrollo. Para lograr un cambio dentro del medio, existen dos formas básicas; una de ellas es implementar nuevos programas dirigidos a abordar la problemática dentro de las diversas instituciones ya existentes (como pueden ser: hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) otra forma es crear los nuevos servicios dirigidos exclusivamente al objetivo primario (Algunos ejemplos son: grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apoyo social para personas mayores o solas).

Una intervención comunitaria tiene varios peligros que sortear para poder ser exitosa, algunos de las dificultades que se pueden presentar son las siguientes:

- a) Los objetivos cumplidos pueden no ser los que la población requiere sino los que la clase dirigente quiere para su beneficio
- b) El programa puede ser sólo para aminorar una molestia en lugar de tratar el problema desde el origen
- c) La intervención puede abarcar únicamente efectos a corto plazo.

Hay que tomar en cuenta que el fracaso de una intervención comunitaria tiene efectos en más de un individuo o un grupo de personas como es el caso de una terapia individual o grupal, en la intervención comunitaria, el fracaso abarca a toda una comunidad. El fracaso puede prevenirse teniendo en cuenta los puntos anteriormente mencionados, además de contar con competencias para llegar a acuerdos con las instituciones y organizaciones sociales.

Modelos de intervención

Un modelo de intervención en el ámbito de la psicología clínica, es aquel que permite organizar la información adquirida, después de haber recabado los datos empíricos suficientes, durante un proceso de investigación; facilita la comunicación con otros profesionales que siguen el mismo curso de investigación. Así mismo, es una guía que orienta la toma de decisiones del psicólogo clínico y de la línea de desarrollo que sigue la misma investigación. De la misma manera que existen diferentes modelos de intervención, éstos deben ser supervisados por las instancias gubernamentales de cada ciudad y a su vez de cada país, con la finalidad de tener el apoyo y aprobación en el ámbito de la salud, particularmente cuando a salud mental se refiere.

En lo que respecta a México, es a través del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que se logra transmitir a la ciudadanía, la visión y estrategia del Gobierno, para la programación y asignación de un presupuesto por parte de la Administración Pública Federal, dicha administración cuenta con diversos programas a su cargo, entre los que destacan los programas de salud y los programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de La Salud. Cabe destacar que el Plan Nacional de Desarrollo está encargado de coordinar y evaluar los diferentes planes de acción que son desarrollados, tomando como punto de partida El Modelo Hidalgo de Atención y La Reforma Psiquiátrica. Es a través de estas estrategias que el gobierno federal coordina las acciones a implementarse a nivel nacional en el ámbito de la salud mental pública, garantizando el adecuado uso de los recursos financieros y humanos en pro del bienestar de la población.

Otras instancias pertenecientes al Plan Nacional de Desarrollo, son el programa de Salud y La Secretaría de Salud, dependencias del Poder Ejecutivo que se encargan de la parte de prevención de enfermedades y la promoción de la salud de la población, que además cuenta con el Consejo Nacional de Salud Mental y que su trabajo en conjunto ha dado como resultado el Plan de Acción Específico en la Salud Mental (PAE). Una de las estrategias del Plan de Acción, es la promoción de la salud mental para prevenir trastornos mentales y reducir el malestar que éstos producen, puesto que la detección oportuna mejora la calidad de vida al reducir los costos de atención;

de tal manera que la aplicación de en conjunto de dicho modelo, recibe el nombre de Plan Nacional de Salud Mental.

Existen tres niveles de intervención para salud mental; promoción, prevención y atención, cuyas estrategias son establecidas a través del Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), que considera los indicadores y recursos necesarios para su desarrollo y aplicación; tomando como base el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental y La Reforma Psiquiátrica, que es desarrollada y aplicada en Italia, España y México. (salud.gob.mx). Así mismo, la Reforma Psiquiátrica fue establecida bajo los tres siguientes principios básicos:

1. Fortalecimiento de acciones que incrementen la promoción de la salud mental y la atención comunitaria, fomentando servicios de tipo ambulatorio y reduciendo la necesidad de hospitalización.
2. La hospitalización, de ser necesaria, se considerará en un principio de estancia corta, y se tendrá como predilectas aquellas instancias psiquiátricas vinculadas a hospitales generales.
3. Deben existir servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social con la finalidad de contribuir a la integración de la persona, que padece alguna enfermedad mental, a su comunidad.

Los principios anteriormente mencionados pretenden contribuir en la disminución de hospitalizaciones, estancias prolongadas y reingresos de los usuarios, así como mejorar y aumentar su calidad de vida; para lo cual, el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental (2015) genera estructuras de atención novedosas, mismas que permiten integrar diversos elementos que generen un cambio en la visión y el estilo de trabajo dentro de las instituciones, teniendo como objetivo inamovible el respeto a los derechos de los usuarios, así como a recibir una integral atención médico-psiquiátrica que cubra los estándares de calidad, calidez de forma gratuita.

El Plan Nacional de Salud Mental es considerado un modelo de atención comunitaria que puede elevar el nivel y calidad de vida, promoviendo los servicios de salud. Es pertinente mencionar que tanto el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental como el Plan Nacional de Salud Mental, se rigen al margen de las disposiciones del Plan de

Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la Asamblea Mundial de La Salud (OMS, 2017).

En el caso de los hospitales especializados únicamente en la atención de la salud mental como son los hospitales psiquiátricos, como bien refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos deberán cumplir con la reglamentación NOM-025SSA-1994 que se encarga de regular la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica bajo las normas de Los Derechos Humanos de los usuarios.

Modelo Hidalgo de atención en salud mental

Las enfermedades mentales requieren de atención, así como de un trabajo de prevención y promoción relacionados con los diversos factores sociales, puesto que estos ejercen una influencia desde el tamaño del grupo al que se pertenece o también llamado grupo primario del que se proviene, así como las características de los ambientes en los que la persona se desenvuelve, como puede ser el tipo de ambiente laboral. Cuando el ambiente en donde una persona se relaciona habitualmente es de confianza y reciprocidad; la salud del individuo prospera, por lo tanto, la salud mental de la población también.

Cada uno de los niveles de intervención tiene un propósito básico, en el caso de la atención primaria, se trata de detectar y mitigar los factores determinantes sociales que ocasionan afectaciones a la salud, como bien refieren Reynoso y Seligson (2008). Así mismo, pretende incrementar en la población, determinadas habilidades que son útiles para la vida de la población; con esto se favorece la detección temprana de trastornos mentales, para una intervención precoz y sobre todo efectiva, para prevenir y disminuir malestares y así poder ubicar factores de riesgo que se conviertan en posibles detonantes para tales enfermedades. No únicamente puede el individuo y a su vez, la población enfrentarse a enfermedades mentales, también un ambiente con factores de riesgo puede generar malestar emocional, psicosocial y aparición de enfermedades físicas.

La importancia de la prevención de la salud radica en que puede llevarse a cabo en todos los niveles, llevándose a cabo la labor más concisa dentro de los centros de salud de las comunidades, lo que le permite llegar a los grupos familiares con el primer contacto permitiendo que la atención a los individuos, familias y comunidades sea ahí mismo, dentro de su entorno, facilitando el acceso a este tipo de asistencia sanitaria.

El comportamiento humano presenta una gama que va desde las acciones que benefician al individuo, como aquellas que contribuyen a la generación de una enfermedad, es por eso que brindar los servicios de atención primaria no debe ser una práctica aislada de los servicios de salud generales (CISAME, 2015).

Atención ambulatoria

Centro de Salud

En diversos casos, al no recibir una pronta atención con un tratamiento pertinente, las enfermedades crónicas han aparecido, es debido a esto que el Centro de Salud pretende dar respuesta pronta y eficiente a las necesidades que presente la comunidad en cuanto salud mental se refiere, puesto que la eficiencia de los servicios de salud permite la atención oportuna a psicopatologías leves e identificación de diversos padecimientos que al ser detectados e intervenidos se mejora la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud. Para un entendimiento preciso de la forma de trabajo, se mencionan tres líneas principales de acción; 1) Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, 2) Detección oportuna, tratamiento y control, 3) Referencia y contra referencia.

Para llevar a cabo tales acciones, se encarga el equipo de atención primaria que en primer lugar realiza, de la mano del médico general, una evaluación médica inicial que comprende la utilización de diversos elementos de detección temprana como son la indagación de antecedentes personales, historia clínica de la familia y personal, así como el contexto social en que se encuentra el usuario de los servicios de atención. Todos estos datos son recopilados por el médico con la finalidad de generar un diagnóstico psiquiátrico y canalizar el caso a un centro de salud mental o centro integral

de salud mental para poder recibir una contra referencia que permita dar un seguimiento adecuado.

Una vez recibida la contra referencia, el médico general debe ser capaz de suministrar el tratamiento farmacológico señalado por el especialista a través del sistema de abastos para pacientes destinado para su comunidad. Incluso cuando el médico general no sea un especialista en el área de psiquiatría, si debe contar con los conocimientos básicos y bien fundamentados dentro del área para garantizar una plena comprensión de las indicaciones señaladas por el especialista en salud mental que le hace constar a través de la contra referencia.

Dentro de los recursos que están orientados a dar cobertura a la población con servicios de salud, el Centro de Salud con el personal en constante capacitación que debe poseer, es una parte indispensable de los recursos para dar cobertura en cuanto a salud mental se refiere para la población fomentando el cuidado entre pacientes, familiares y comunidades en general.

Centro Integral de Salud Mental

Para la atención ambulatoria existe una unidad especializada que forma parte de la Red de Servicios del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental, se trata de El Centro Integral de Salud Mental (CISAME, 2015), el cual hace mención de sus objetivos citados a continuación:

- Brindar atención integral psiquiátrica y psicológica en salud mental ambulatoria, a toda persona que lo solicite.
- Proporcionar servicios de promoción de la salud mental, diagnóstico temprano, psicoeducación y tratamiento a través de la consulta externa, para beneficiar la salud mental de la población con malestares psicológicos o trastornos mentales, que necesiten una atención especializada o subespecializada.
- Servir como punto de encuentro entre la población y los diversos niveles de atención y servicios del Sistema en materia de Salud Mental.

- Dar seguimiento y control al tratamiento de personas que presentan alguna enfermedad mental.

Los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME), se conforman por equipos de trabajo multidisciplinarios que cuentan por lo menos con un elemento especializado dentro de cada rama de la atención en salud mental; un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista (Psicoterapeuta), un trabajador social, un enfermero, personal de farmacia y personal administrativo.

Hospitalización

Unidad de psiquiatría en hospital general

El Centro Integral de Salud Mental (2015) señala que es mayormente eficiente en términos de economía, el traslado de los servicios de un psiquiátrico a los servicios de salud mental dentro de la comunidad, puesto que se procede con respeto hacia los derechos humanos y se logra una pronta detección desde los primeros síntomas en la mayoría de los casos o bien se suministra adecuado tratamiento a las personas con trastornos mentales crónicos. Además de estas ventajas, se promueve la disminución de la estigmatización de las enfermedades mentales dentro de la comunidad teniendo en cuenta que para lograr dar una atención a nivel de un psiquiátrico es necesario contar con el personal capacitado y los utensilios, así como herramientas necesarias.

En Hospital General, a través de la Unidad de Psiquiatría se administra estancia de ser necesaria para los pacientes con la característica de ser una estancia corta para personas con trastornos mentales, ya sea patología única o asociada a otras enfermedades dentro de un área específica para su hospitalización o ingreso en urgencias con una respectiva diferenciación si se trata de consulta externa al interior del hospital; sin vulnerar con ello los derechos de los pacientes a recibir atención de calidad, tal y como lo estipula la OMS (2017), que define como meta, la ampliación de los servicios en salud mental para mayor cobertura y para ello, se apoya en los servicios comunitarios con la intención de proporcionar atención ambulatoria en los

hospitales generales; así como ingresos breves, procedimientos integrales de recuperación y reinserción basados en el enfoque de respetar los derechos humanos, proporcionando sus servicios con personal altamente capacitado y una infraestructura que garantice el equipamiento necesario. De esta forma, la estancia prolongada dentro de un psiquiátrico se transforma en consultas breves y posibles estancias de corto plazo (de ser necesarias), dentro de los diferentes servicios interrelacionados que proporcionan una atención específica para cada área del individuo, garantizando una atención integral, ambulatoria y respetuosa con los usuarios de estos servicios. Cabe mencionar que se une a la incorporación de estos servicios el ejercicio de la promoción del conocimiento acerca de las enfermedades mentales y su tratamiento entre la población para erradicar los mitos y estigmatizaciones acerca de ellas como otra forma de apoyar e influenciar positivamente en el medio ambiente donde se relaciona principalmente el individuo que recibe tratamiento.

También se requiere que dentro de la formación de los recursos humanos de estos servicios de salud mental, evolucionen los roles tradicionales de aislamiento del paciente, para transformarse en un modelo vanguardista que identifica y trata los casos complejos de manera interdisciplinaria incluyendo practicas comunitarias, contribuyendo así al respeto de los derechos humanos y trato humanitario para el usuario

Hospital psiquiátrico

Se refiere a unidades especializadas divididas en pabellones de estancia o base hospitalaria ya sea media o larga en su mayoría que proporciona una atención médico psiquiátrica a través de servicios residenciales, área de urgencias y área de ingreso (CISAME; 2015). En México los usuarios tienen generalmente estancias prolongadas y se promueve a través del tipo de organización y arquitectura del lugar, un modelo asilar sin privacidad ni individualidad, lo que genera en el usuario una falta de independencia y autonomía.

Villas de Transición Hospitalaria

Existen otro tipo de sitios con una arquitectura que brinda al usuario un ambiente dirigido a la reintegración social suministrando dentro del espacio un conjunto de casas de diseño de cuatro recámaras con baño cada una de ellas, sala, comedor, cocina, que les permite a los usuarios llevar a cabo actividades cotidianas que se enfocan en la normalización del ambiente. Dentro de estos espacios denominados Villas de Transición Hospitalaria, los usuarios cuentan con consultorio, módulo de enfermería y áreas verdes para suministrar atención médico-psiquiátrica, psicológica y programas de rehabilitación psicosocial como pueden ser diversos talleres pertinentes para la población dentro de las Villas, algunas salidas terapéuticas programadas.

Rehabilitación psicosocial

Rodríguez (1997) señala que para llevar a cabo la Rehabilitación Psicosocial, se debe considerar el objetivo general, que es facilitar la mediación de las dificultades que afronta el usuario con respecto al trastorno mental severo que presente, a través del uso de sus capacidades dentro del mejor contexto social posible. En cuanto a los objetivos específicos se encuentra un mejor funcionamiento psicosocial, un trabajo con una red de apoyo socio-afectivo en cuanto a las necesidades individuales, de forma más específica se puede mencionar lo siguiente (Bados, 2008. p. 28):

- Desarrollar y potenciar en el usuario las habilidades relacionales necesarias para que el usuario pueda llevar a cabo el mayor número de roles socialmente valiosos.
- Brindar entrenamiento de diversas habilidades instrumentales que el individuo requerirá para alcanzar el mayor nivel posible de autocuidados y autonomía.
- Promover la educación en cuanto a la salud se refiere para lograr una modificación de conductas de riesgo y estructurando conductas de protección.
- Apoyar, asesorar e informar a las familias cuidadoras para lograr que posean una interacción lo más adecuada y positiva posible con su familiar enfermo, a la vez que se crean e integran en soportes necesarios que aseguren apoyo a las familias cuidadoras (asociaciones de familiares, grupos de autoayuda, etc.).

- Brindar soporte y apoyo comunitario a los usuarios, a través de la organización de actividades que tengan como finalidad estructurar la rutina diaria para fomentar intereses personales.

Programas específicos de rehabilitación psicosocial del “Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental”.

Además de la importancia que tienen las instancias gubernamentales tanto nacionales como internacionales en materia de salud mental, así como el diseño y acondicionamiento de los espacios físicos y la asignación de capital destinado a este servicio. De igual manera es importante garantizar un servicio de calidad y contar con personal altamente capacitado para cumplir con los estándares y sistematización que conlleva la implementación de cualquier programa de intervención. Particularmente el diseño de intervención propuesto en esta investigación se inserta como una estrategia institucional encaminada a personas con problemas psiquiátricos, para que recuperen las habilidades necesarias que faciliten su integración en la comunidad, con el menor apoyo posible y generando un impacto positivo en la calidad de vida de los enfermos mentales en rehabilitación. Desde luego, no sin antes cubrir los aspectos esenciales que las autoridades e instancias en salud mental requieren para la implementación de dicha propuesta de intervención. Es así como se han desarrollado otro tipo de servicios que pretenden adaptarse a las necesidades de la población institucional psiquiátrica.

Taller protegido

Dentro de los Talleres Protegidos, se trabaja con las capacidades remanentes de los usuarios, ya sean afectivas y/o productivas con la finalidad de que dentro del trabajo protegido que se realiza en el taller, pueda el usuario de manera progresiva recuperar el nivel de autonomía necesario para reintegrarse a su vida cotidiana a través de la utilización de habilidades y competencias necesarias para la vida.

Los terapeutas o también llamados auxiliares de rehabilitación psiquiátrica, se encuentran como copilotos de los profesionales dentro del manejo del seguimiento,

evaluación y evolución de los usuarios de las diversas actividades terapéuticas suministradas y quehaceres diarios en donde se observa, estimula y se interviene de manera activa diariamente para el avance progresivo del usuario.

Banco de reforzadores (Tienda)

Tanto los Talleres Protegidos como las Villas de Transición cuentan con un sistema denominado Tiendas que representan facilitadoras de la rehabilitación psicosocial y reinserción social ya que permiten que los usuarios experimenten el resultado directo de su esfuerzo y dedicación en el trabajo realizado a través del acceso a los diferentes productos con los que se encuentran equipadas las tiendas, lo que también asemeja un entorno común y prepara a los usuarios a un ambiente social real que los motiva a seguir con el tratamiento dentro del Taller o Villa en la que se encuentre.

Paseos terapéuticos

Son paseos dentro de la comunidad con la finalidad de llevar a cabo actividades cotidianas que ejerciten las habilidades de los usuarios para progresivamente adaptarse al entorno al que se reintegrarán una vez egresado del hospital o centro de atención. Se trata de experimentar la vivencia dentro de la comunidad y visualización de su próxima salida de hospitalización para incorporarse a la comunidad. En este tipo de ejercicios se lleva a cabo un proceso de aprendizajes, reaprendizaje y recordatorio de diversos elementos que parecieran cotidianos, pero que lejos de ser actividades comunes, representan un reto para el usuario puesto que desarrollará la forma de utilizarlas cuando habite de nuevo dentro de la comunidad.

Reinserción social

A través de diversas estructuras de atención como residencias para adultos mayores, departamentos independientes, casas denominadas de medio camino, centros de día y centros de reinserción laboral se pretende apoyar en la reinserción social del usuario de estas estructuras, quienes proceden mayormente de un hospital psiquiátrico, pero no únicamente; también se trata de personas que padezcan enfermedades mentales, que provienen de familias inestables. La estadía es voluntaria dando al usuario la oportunidad de tener sus pertenencias consigo y realizar actividades individuales o grupales dentro de la comunidad, mostrándole al usuario el proceso de reintegración social a través del acompañamiento terapéutico.

En cuanto a las casas para adultos mayores, éstas se constituyen de la misma forma que las casas de medio camino, la diferencia radica en el personal que labora dentro puesto que se requiere una infraestructura especial que cubra las necesidades especiales de las personas en esta etapa de la vida. Dentro de los departamentos independientes, el apoyo que se brinda es únicamente económico cuya finalidad es el pago de renta que especifica la duración del apoyo económico y las condiciones en que se otorga, a los usuarios solo se les incluye dentro de una actividad de inducción de tipo laboral. En caso de requerir atención médica, el usuario del departamento deberá acudir al centro de atención de la comunidad.

En cuanto a los centros de día, es indispensable que se encuentren cerca de la comunidad puesto que utilizan al máximo los servicios de la misma para facilitar y normalizarlos como recursos sociocomunitarios para el usuario. Así mismo el centro requiere formar parte de una red de atención sanitaria y social para la coordinación con los demás dispositivos de salud mental.

En cuanto a los programas de inserción laboral, estos realizan alianzas con sectores económicos que apoyen en la reintegración de personas con enfermedades mentales proporcionándoles espacios laborales.

3.3. La atención del paciente institucionalizado y seguimiento.

Cabe mencionar que el concepto de salud ha evolucionado para el sector de salud mental a partir de la reunión mundial en Alma Alta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en 1972 en donde se conceptualizó el término –Salud- como: El bienestar físico, mental y social, del cual se determinó que no solo se trata de la usencia de enfermedad y también abarca la capacidad para entenderse a sí mismo y desenvolverse dentro del ambiente familiar y social que le permite al individuo desempeñar actividades cotidianas valiéndose por sí mismo. Tanto la psicología de la salud como la psicología preventiva, fijan un interés en actividades que contribuyan a la prevención de enfermedades mentales, así como una promoción de la salud y calidad de vida. Teniendo en cuenta que el concepto de calidad de vida se mantiene dentro de los estándares como uno de los objetivos a lograr para la salud mental, dicho término se relaciona con la felicidad, virtud y bienestar y se tienen en consideración los siguientes puntos (Fernández, 1999) (Bado, 2008, p. 56):

- 1) Las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional
- 2) El sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital
- 3) Las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas (aspectos subjetivos)
- 4) La satisfacción derivada de las condiciones materiales reales, concretas y psicológicas de las personas.
- 5) La percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comprenderse de una forma subjetivamente satisfactoria
- 6) La percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano (Fernández, 1999. (Bados, 2008. p. 87).

La promoción de la salud es definida por la OMS en 1987 como: “El proceso de capacitar a la población para aumentar el control sobre su propia salud y la mejore”. De acuerdo a Turabián (1993), se propone suministrar las bases para el proceso de promoción de la salud con los siguientes objetivos:

- Cambiar conocimientos y creencias
- Modificar actitudes y valores

- Aumentar la capacidad para tomar decisiones
- Cambiar comportamientos
- Establecer ambientes sanos
- Conseguir cambios sociales hacia la salud, y
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

La promoción de la salud maneja un punto de vista positivo puesto que apunta a la vida, el desarrollo y la realización del ser humano, considerando las diferentes combinaciones de elementos como la educación para la salud, apoyos laborales, de tipo legislativo, económico y ambiental para facilitar las prácticas y adopción de hábitos saludables y desarrollar la capacidad del individuo para mejorar el control que ejerce sobre las diversas determinantes personales y ambientales al mismo tiempo en que genera un cambio dentro de grandes masas de personas. En contraste con este punto de vista, la prevención de la salud utiliza un enfoque que hace referencia a la enfermedad, es decir, advirtiendo de las posibles problemáticas de salud que pueden generarse de no mantener hábitos saludables. Es por esto que la prevención pertenece al ámbito clínico y tiene como meta evitar el desarrollo de una enfermedad específica (Florentino, 2004).

CAPÍTULO 4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES MINDFULNESS

4.1. Fundamentación del programa

Las diversas habilidades Mindfulness tienen una característica particular que permite observar la intrínseca relación entre una y otra puesto que la persona que se encuentra bajo el proceso de desarrollo de habilidades mindfulness puede notar que el progreso de una habilidad lleva al involucramiento del desarrollo de otra u otras subsecuentemente. Es por eso, que el desarrollo de habilidades mindfulness otorga una gran relevancia al compromiso que; la persona que lo solicita y el profesional de la salud que lo administra, adquiere para el proceso.

La aplicación del programa requiere de trabajo y planeación suministrado a lo largo de cada sesión, no sin antes contar con características indispensables para poder llevarlo a cabo y presentarlo ante los participantes.

Siendo la población para quien va dirigido el programa, un grupo de personas con diagnóstico dado del alta de internamiento del hospital psiquiátrico y considerados ahora pacientes ambulatorios, quienes voluntariamente deciden convertirse en participantes del programa, el personal que aplique dicho programa debe tratarse de un profesional de la salud mental que posea la capacidad de comprender la vulnerabilidad de los participantes con relación a su enfermedad mental. Además, el profesional de la salud requiere de experiencia de primera mano, de por lo menos un año dentro de la práctica de Mindfulness, puesto que se pretende invitar a los participantes del programa a cultivar y adoptar las prácticas de Mindfulness dentro de su vida y esto no puede ser comprendido, guiado o bien asimilado por quien no lo lleva a cabo, aun cuando cuente con instrucción teórica al respecto, mismas que resultan insuficientes.

En cuanto a las características propias de los participantes, cabe señalar que se trata de personas que fueron remitidas. En primera instancia a un internamiento dentro del psiquiátrico debido a la gravedad del cuadro de la enfermedad mental que cada uno padece, por lo que el tratamiento que recibieron estando dentro de la institución, fue

para contrarrestar los efectos y sintomatologías propias de un tipo de gravedad considerara -elevada- pero una vez que se encuentran con diagnóstico dando de alta y considerados como pacientes ambulatorios, la sintomatología se encuentra en un estado de –baja- intensidad. Es justo aquí donde se recomienda seguir con el programa de Mindfulness, ya que las habilidades que se generan a través de los diversos ejercicios van encaminados a la detección de la sintomatología, en intensidad baja lo que permite que los participantes sean conscientes de una posible generación, de un episodio grave de manera temprana para evitar una reincidencia dentro de la institución.

La recurrencia de un episodio grave se da en promedio, para cualquier enfermedad mental, en el transcurso de un año del último episodio grave; por lo que una simple lista de instrucciones acerca de “qué hacer en caso de...”; no es suficiente para afrontar exitosamente tales circunstancias. La aplicación secuencial del programa de Mindfulness una vez que son dados de alta, permite al participante comenzar con el desarrollo de diversas habilidades que progresivamente lograrán una conformación de estilo de vida saludable, que disminuya las probabilidades de aparición de una recaída o de una manifestación sintomatológica grave, puesto que permite detectar tempranamente las manifestaciones de enfermedad y darse cuenta de un deterioro en su salud.

Mindfulness se refiere a un estado, como se ha evidenciado, que permite al individuo llevar la atención al presente, permaneciendo abierto a la experiencia sin realizar juicios, dentro de dicho estado es posible tener un entrenamiento enfocado al desarrollo de múltiples beneficios para la salud mental y física (Williams, 2010). En lo que se refiere al ámbito clínico, el Mindfulness se divide en dos tipos de prácticas; la primera hace referencia a una práctica formal que se basa en diversas técnicas de meditación y la segunda se refiere a una práctica informal que permite llevar la cualidad de la atención al presente enfocada en actividades cotidianas.

Frecuentemente en la práctica formal del Mindfulness se suele confundir a éste con la práctica de la meditación; sin embargo, no son lo mismo. Ambas disciplinas pueden realizarse sin la otra, puesto que ambas son independientes. La meditación es una de

las herramientas utilizadas en la práctica de Mindfulness sin embargo no es el objetivo primordial del entrenamiento; sino que, a través del uso de la práctica de la meditación, se incrementa la capacidad de atención.

Para la práctica del Mindfulness se comienza con un ejercicio que permita anclar la atención al presente; es decir; fijarla en un objeto del momento en que se encuentra la persona. El objeto no tiene mayor relevancia, sino que permite que la atención de la persona no divague en otras cosas no presentes, como pueden ser pensamientos orientados al pasado o al futuro que alejen a la persona del aquí y el ahora. La instrucción para llevar a cabo la práctica de la atención es sencilla, solo se requiere tomar una postura cómoda en un cojín, sentados en una silla o tumbados, y llevando la atención a la sensación física del aire entrando por la nariz, al abdomen elevándose o al cuerpo. Sin embargo, los momentos en los que aparezcan distractores de la mente se harán presentes ya sea que se trate de un pensamiento, una preocupación, un plan, una sensación, una emoción o cualquier otra cosa; cuando esto ocurre se detecta y se observa al evento distractor para reconocer su aparición y se procede a redirigir la atención al punto focal. Esta práctica sencilla permite generar una observación de la propia experiencia; sin juzgar, que a su vez genera procesos psicológicos asociados al mejoramiento de la salud.

En cuanto a la práctica informal se cambia el escenario de estar sentado en un cojín de la práctica formal por uno de la vida cotidiana, como puede ser lavarse las manos, pasear, comer, etc; es decir, que los ejercicios de toma de conciencia y observación del presente se llevan a cabo con actividades comunes. Así el objetivo del entrenamiento Mindfulness es el entendimiento y asentamiento de la práctica informal en los participantes.

Tabla 4.1. Las principales técnicas que se utilizan en la práctica Mindfulness,

PRÁCTICAS MINDFULNESS	INSTRUCCIONES	OBJETIVO
<ul style="list-style-type: none"> Comer en atención plena (ejercicio de la uva pasa). 	<ul style="list-style-type: none"> Centrar la atención solo en la experiencia de comer. Llevar la atención a las sensaciones y a los sentidos mientras se come. 	<ul style="list-style-type: none"> Mindfulness como contraposición a los pensamientos automáticos. Atención plena como transformadora de la experiencia.
<ul style="list-style-type: none"> Atención plena en las actividades cotidianas. 	<ul style="list-style-type: none"> Centrar la atención en las actividades cotidianas que a menudo se realizan sin darse cuenta (ducharse, conducir, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Aprender cuán difusa y dispersa es la mente. Aprender cómo acceder a una nueva forma de relacionarnos con nuestras experiencias.
<ul style="list-style-type: none"> Meditación en la contemplación de las sensaciones o Body Scan (escaneo corporal). 	<ul style="list-style-type: none"> Poner atención en las diferentes sensaciones que aparecen en el cuerpo. Se empieza en los pies hasta la cabeza y al revés. 	<ul style="list-style-type: none"> Practicar conscientemente, centrar y descentrar la atención. Repetir la práctica de darse cuenta, observar y regresar al cuerpo. Aumentar la consciencia corporal. Atención plena en cómo se generan las sensaciones en el cuerpo, sean placenteras o displacenteras. Darse cuenta de la sensación de aversión que generan algunas sensaciones.
<ul style="list-style-type: none"> Atención plena en la respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> Usar la respiración como el foco o anclaje de la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrenar la capacidad de mantener la atención en el presente.
<ul style="list-style-type: none"> Respiración de los 3 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se entrena como una meditación rápida para realizar en cualquier momento del día. Tiene tres frases: toma de conciencia (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.); llevar la atención al momento presente, ampliar la atención a todo el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprender a manejarse con el divagar de la mente. Aprender a ser amable con uno mismo.
<ul style="list-style-type: none"> Movimientos corporales con atención plena (mindful movements). 	<ul style="list-style-type: none"> Llevar la atención a los movimientos del cuerpo mientras realizamos estiramientos. Se suele utilizar posturas o asanas sencillos del Yoga. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la consciencia corporal. Repetir la práctica de darse cuenta, observar y regresar al cuerpo.
<ul style="list-style-type: none"> Mindfulness caminando. 	<ul style="list-style-type: none"> Llevar la atención al proceso de caminar, tomando conciencia de todos los músculos y movimientos necesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Practicar Mindfulness en movimiento.

Nota: Cebolla, García y Demarzo (2007). Mindfulness y Ciencia. De la Tradición a la Modernidad. España; Alianza Editorial.

Las técnicas mencionadas anteriormente dentro de la tabla 4.1 tienen en común el objetivo de llevar y mantener la atención en algún objeto o evento que suceda en el presente (anclaje), para poder observar sin emitir juicio, lo que suceda en el momento sin tratar de alterarlo. Se suele practicar con ejercicios llevados a cabo durante las sesiones grupales para que posteriormente, a través del apoyo de audios, los participantes lo practiquen de forma individual en sus domicilios.

4.2. Adaptación al programa de 8 sesiones de Mindfulness

La adaptación de un programa de Mindfulness de ocho semanas es el más utilizado, aunque no necesariamente se encuentra instaurado como el único posible. Tiene una extensión de ocho semanas puesto que la distribución de los temas debe permitir una experimentación de primera mano, por parte de los participantes con cada tema a través de la realización de actividades y ejercicios que permitan la asimilación de los mismos.

Independientemente del número de sesiones que se estructuren para un programa de Mindfulness dirigido a participantes que padecen alguna enfermedad mental, existen metas esenciales que deben considerarse para garantizar que el programa contribuya a un cambio exitoso y mejoramiento en la calidad de vida del participante:

- Enseñar a los participantes, habilidades que ayuden a prevenir las recaídas.
- Llevar al participante a ser más consciente de las sensaciones corporales, sentimientos y pensamientos.
- Ayudar a los participantes a desarrollar un vínculo diferente con las sensaciones, pensamientos, emociones y sentimientos, refiriéndose específicamente a la aceptación consciente y el reconocimiento de los sentimientos y pensamientos negativos, para evitar el seguimiento de rutinas que alimenten tales estados desfavorables para el participante.
- Apoyar a los participantes para que sean capaces de elegir respuestas acertadas y favorables, de forma más habilidosa ante situaciones de pensamientos, sentimientos o situaciones que experimenten. (Zindel; et. al, 2008).

La propuesta que se genera a partir de esta investigación es la siguiente:

El Programa de Entrenamiento en Habilidades Mindfulness está conformado por diez sesiones, con una duración de dos horas cada una, dos sesiones por semana, con un intervalo de por lo menos tres días entre cada una, dando un total de cinco semanas continuas con una duración de 20 horas en total.

Primera semana

Primera sesión

Presentación, aplicación de la fase de pre-test con los instrumentos de medición, posteriormente introducción al programa de Mindfulness y entrega del primer material de inducción a la temática Mindfulness para leer en casa.

Segunda sesión

Abordaje del tema Mindfulness con participación de los integrantes del grupo, de acuerdo a su comprensión de la lectura administrada en la sesión anterior, e introducción a los temas: Piloto Automático; realizando los ejercicios para su comprensión. Posteriormente, realización de cierre de sesión con opiniones y dudas de los participantes, así como la administración de nuevas lecturas y ejercicios para realizar en casa.

Segunda semana

Tercera sesión

Abordar temáticas suministradas en lecturas para realizar en casa en la sesión anterior para despejar dudas e intercambiar experiencias entre los participantes. Continuar sesión con las temáticas: Respiración y Meditación, con ejercicios para su comprensión, cierre de sesión y administración de lecturas y actividades para hacer en casa.

Cuarta sesión

Retomar temática de Lecturas de sesión anterior para despejar dudas y comenzar con los temas; Pensamientos y Emociones, con ejercicios para su comprensión, cierre de sesión, administración de lecturas y ejercicios para realizar en casa.

Tercera semana

Quinta sesión

Abordaje de temáticas de las lecturas administradas para despejar dudas y compartir experiencias, para poder continuar con la presentación de la temática: Bullet Journal (para mayor referencia, consultar el anexo C), con ejercicios para asimilar, posteriormente cierre de sesión y suministrar lecturas y actividades para realizar en casa.

Sexta sesión

Retomar lecturas y actividades para realizar en casa y compartir experiencias, despejar dudas al respecto y continuar con el tema: No Juzgar con ejercicios para su comprensión, cierre de sesión y administración de lecturas y actividades para realizar en casa.

Cuarta semana

Séptima sesión

Retomar lecturas para compartir experiencias y despejar dudas al respecto, continuar con el tema: Compasión, realizando ejercicios para su comprensión, llevar a cabo el cierre de sesión, proporcionar las lecturas y ejercicios para realizar en casa.

Octava sesión

Retomar lecturas para aclarar posibles dudas y compartir experiencias. Iniciar con el tema: Curiosidad, realizar actividades y ejercicios para su comprensión, continuar con cierre de sesión, suministrar lecturas y actividades para revisión en la siguiente sesión.

Quinta semana

Novena sesión

Retomar lecturas para despejar dudas y compartir experiencias. Sesión enfocada a conclusiones y experiencias personales de los participantes en relación a la influencia que el programa y lo aprendido en él, comienza a formar parte de su vida cotidiana, si es benéfico o no según su percepción. Propuestas de los participantes acerca de qué nuevos ejercicios y actividades pueden ellos incorporar a su propio seguimiento, y adaptación de Mindfulness en su vida cotidiana para mejorar su calidad de vida.

Décima sesión

Aplicación de Instrumentos de medición en la fase de pos-prueba para su posterior evaluación. Clausura del Programa de Entrenamiento en Habilidades Mindfulness.

4.3. Complementación del programa enfocado en la prevención

El programa se complementa a través de diferentes actividades que los participantes realizarán desde casa, consta de ejercicios sencillos que no implican un costo monetario o demasiado tiempo para su ejecución y tienen como propósito poner en práctica las enseñanzas vistas en sesión, así como experimentar situaciones cotidianas, siendo el participante guiado a través de instrucciones claras y sencillas para vivenciar tales situaciones desde una nueva perspectiva favorecedora para él en cuanto al desarrollo y reforzamiento de habilidades Mindfulness.

También se incluye un compendio de lecturas relacionadas con los temas que se administran, de acuerdo al orden de aparición de cada temática manejada en sesión. Las lecturas se administran como material reforzador de lo visto en sesiones y se entregan al participante para que pueda reflexionar y asimilar la información en su propio tiempo y de forma individual haciéndolo desde la comodidad de su propio espacio personal (Casa). La tabla 4.2. Muestra el contenido específico de las sesiones, basado en el plan de 8 semanas propuesto por Williams y Penman (2014).

A continuación se hace la presentación de las sesiones a desarrollar durante el programa de entrenamiento, especificando las actividades, habilidades a desarrollar, materiales, tiempo estimado y actividades a desarrollar en casa.

TABLA 4.2. Programa de Entrenamiento en Actitudes y Habilidades Mindfulness.

SESIÓN 1 “APERTURA”					
OBJETIVO GENERAL					
Generar un ambiente propicio para el desarrollo posterior de las actividades, la evaluación de habilidades mindfulness y ansiedad; sí como la presentación de los lineamientos generales del curso.					

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 PRESENCIA	Presentar del taller a los participantes, así como al ponente que lo impartirá.	OBSERVACIÓN	Computadora, Cañón.	05 minutos	Hoja de Bienvenida al programa y hoja de carta compromiso
2 CONTENIDOS GENERALES	Exponer los lineamientos generales bajo los cuales se desarrollará el curso, así como los contenidos temáticos básicos de Mindfulness.	EFICACIA (Adecuación a normas)	Computadora, cañón.	15 minutos	Hoja de Normas Generales dentro del grupo y horarios.
3 EVALUACIÓN	Se aplicarán los instrumentos psicométricos necesarios para la evaluación inicial.	EFICACIA/DE UNA EN UNA CON ATENCIÓN	Test psicométricos, lápiz, goma, sacapuntas.	60 minutos	ninguna
4 DINÁMICA DE INTEGRACIÓN	Generar un ambiente cálido y propicio a través de una dinámica de integración, para que los participantes se conozcan.	PARTICIPACIÓN/DESCRIPCIÓN	Molde silueta humana de papel, plumones de colores, pliego papel bond, cinta adhesiva.	20 minutos	ninguna
5 CIERRE	Repaso general para esclarecer dudas y	OBSERVACIÓN/DESCRIPCIÓN /	Sillas ordenada en círculo.	15 minutos	ninguna

	comentarios de los participantes.	PARTICIPACIÓN			
6 ENTREGA DE MATERIAL	Entrega a cada participante de un sobre que contiene lecturas así como actividades para realizar en casa.	PARTICIPACIÓN/DE UNA EN UNA CON ATENCIÓN	Sobre amarillo con lectura y hoja de actividades.	05 minutos	Sobre amarillo, lectura impresa "Mindfulness" y Actividad impresa, "Piloto Automático"

Tiempo estimado: 120 minutos

Nota: La propuesta del programa de intervención que se plantea en esta investigación, es una adaptación del libro Mindfulness. Un Plan de 8 semanas para encontrar la paz en un mundo frenético. Williams, M; y Penman D. (2014). España. Editorial Paidós.

SESIÓN 2
“EL PILOTO AUTOMÁTICO”

OBJETIVO GENERAL

INTRODUCIR A LOS PARTICIPANTES EN LA EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN CONSCIENTE MEDIANTE ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de la primera sesión resuelta.	15 minutos	Ninguna
2 TEMA MINDFULNESS	Exponer puntos sobresalientes acerca de Mindfulness para su comprensión.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE	Cañón, Computadora.	20 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para la asimilación de los temas expuestos: Vida con Mindfulness	OBSERVACIÓN /PARTICIPACIÓN EFICACIA/ATENCIÓN CONSCIENTE	Molde silueta humana de papel, plumones colores, papel bond, cinta adhesiva.	20 minutos	Ninguna
4 TEMA PILOTO AUTOMÁTICO	Exponer puntos sobresalientes acerca del Piloto Automático para su comprensión.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE	Cañón, Computadora.	20 minutos	Realización de actividades sencillas y cotidianas a elección del participante que pongan en práctica el tema “Piloto automático”
5 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para la asimilación de los temas expuestos: Atención.	OBSERVACIÓN/PARTICIPACIÓN EFICACIA/ATENCIÓN CONSCIENTE	Uvas pasas.	15 minutos	Ninguna
6 CIERRE DE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	PARTICIPACIÓN/EFICACIA/ DESCRIPCIÓN	Sillas en círculo.	20 minutos	Ninguna
7 ENTREGA DE MATERIAL	Entrega a cada participante de un sobre que contiene lecturas así como actividades para realizar en casa.	PARTICIPACIÓN/ ATENCIÓN CONSCIENTE	Sobre amarillo con lectura y hoja de actividades.	10 minutos	Lecturas “Meditación” y “Respiración”, hoja de actividad “Respiración”

Tiempo estimado: 120 minutos

**SESIÓN 3
“MEDITACIÓN”**

OBJETIVO GENERAL

Que los participantes aprendan a utilizar la respiración como foco atencional para realizar los ejercicios de meditación presentados.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de la segunda sesión resuelta.	15 minutos	Ninguna
2 TEMA RESPIRACIÓN	Exponer los diferentes tipos de respiración, sus usos y beneficios.	OBSERVACIÓN/D ESCRIPCIÓN	Cañón, Computadora, Sillas en Círculo	20 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para la asimilación del tema expuesto: Identificar y utilizar los tipos de respiración consciente según el objetivo que se pretenda alcanzar.	ATENCIÓN CONSCIENTE/DE SCRIPCIÓN OBSERVACIÓN/SI N JUZGAR	No necesarios	15 minutos	Ninguna
4 TEMA MEDITACIÓN	Presentar las características principales, objetivos y beneficios de la meditación.	OBSERVACIÓN/D ESCRIPCIÓN NO JUZGAR	Cañón, Computadora, Sillas en Círculo	20 minutos	Ninguna
5 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para similar el tema expuesto: Meditación de escaneo corporal.	ATENCIÓN COSNCIENTE/PARTICIPACIÓN SIN JUZGAR/OBSERVACIÓN	Sillas distribuidas en Círculo	20 minutos	Ninguna
6 CIERRE DE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	PARTICIPACIÓN/ EFICACIA DESCRIPCIÓN	Sillas distribuidas en Círculo	20 minutos	Ninguna
7 ENTREGA DE MATERIAL	Con la finalidad de integrar lo visto en sesión a la vida cotidiana, así como dar la introducción al siguiente tema, se hace entrega a cada participante de un sobre con lecturas y actividades para realizar en casa.	ATENCIÓN CONSCIENTE/ EFICACIA PARTICIPACIÓN	Sobre amarillo con lectura y hojas de actividades.	10 minutos	Sobre amarillo con lectura “Pensamientos”, hojas de actividades “Respiración” y “Meditación”.

Tiempo estimado: 120 minutos

SESIÓN 4
“PENSAMIENTOS Y EMOCIONES”

OBJETIVO GENERAL

Exponer los tipos y características de las emociones para que los participantes pueden detectar y aprender a comprenderlas.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de la tercera sesión resuelta	15 minutos	Ninguna
2 TEMA PENSAMIENTOS	Exponer las características principales y los tipos de pensamientos así como su influencia en la persona.	OBSERVACIÓN/ ATENCIÓN CONSCIENTE	Cañón, Computadora	20 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para asimilar el tema expuesto: Identificar en sí mismos los diferentes tipos de pensamientos.	PARTICIPACIÓN/EFICACIA ATENCIÓN CONSCIENTE DESCRIBIR/NO JUZGAR	Molde siluetas de figura humana, plumones colores, papel bond, cinta adhesiva.	20 minutos	Ninguna
4 TEMA EMOCIONES	Exponer las características principales y los tipos de emociones así como su influencia en la persona.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE	No necesarios	20 minutos	Ninguna
5 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para asimilar el tema expuesto: Identificar en sí mismos los diferentes tipos de emociones.	ATENCIÓN CONSCIENTE/NO JUZGAR/DESCRIBIR/EFICACIA PARTICIPACIÓN	Molde siluetas figura humana, plumones colores, papel bond, cinta adhesiva.	20 minutos	Ninguna
6 CIERRE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	PARTICIPACIÓN/EFICACIA DESCRIPCIÓN	Sillas en Círculo	20 minutos	Ninguna
7 ENTREGA DE MATERIAL	Con la finalidad de integrar lo visto en sesión a la vida cotidiana, así como dar la introducción al siguiente tema, se hace entrega a cada participante de un sobre con lecturas y actividades para realizar en casa.	ATENCIÓN CONSCIENTE EFICACIA/PARTICIPACIÓN	Sobre amarillo con lecturas y hojas de actividades	05 minutos	Lecturas “Emociones”, “Bullet Journal” y hojas de acts. “Pensamientos”, “Emociones”.

Tiempo estimado: 120 minutos

**SESIÓN 5
“NO APEGO”**

OBJETIVO GENERAL

Exponer las características de la práctica de No Apego así como dar a conocer las especificaciones del uso de Bullet Journal y sus aplicaciones.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de sesión cuatro resuelta.	20 minutos	Ninguna
2 TEMA NO APEGO	Exponer el significado, características y beneficios del No Apego.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/NO JUZGAR EFICACIA	Computadora, Cañón	20 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para asimilar el tema expuesto: Identificación de situaciones de apego.	PARTICIPACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/	Papel bond, Plumones	15 minutos	Ninguna
4 TEMA BULLET JOURNAL	Exponer el significado, reglas básicas de uso y aplicaciones del Bullet Journal.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/NO JUZGAR EFICACIA	Cañón, Computadora	15 minutos	Ninguna
5 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para asimilar el tema expuesto: Bullet Journal, iniciación a su uso.	EFICACIA/PARTICIPACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/NO JUZGAR	Hoja de repaso de los temas vistos hasta ahora. Bullet Journal	20 minutos	Continuar trabajando con Bullet Journal.
6 CIERRE DE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	PARTICIPACIÓN/EFICACIA DESCRIPCIÓN	Sillas distribuidas en Círculo	20 minutos	Ninguna
7 ENTREGA DE MATERIAL	Con la finalidad de integrar lo visto en sesión a la vida cotidiana, así como dar la introducción al siguiente tema, se hace entrega a cada participante de un sobre con lecturas y actividades para realizar en casa.	ATENCIÓN CONSCIENTE EFICACIA/PARTICIPACIÓN	Sobre amarillo con lecturas y hojas de actividades	05 minutos	Lectura “Repaso de temas vistos hasta ahora” y “No juzgar”. Hoja de acts. “Experiencia Bullet Journal”.

Tiempo estimado: 115 minutos

**SESIÓN 6
“NO JUZGAR”**

OBJETIVO GENERAL

Que los participantes conozcan la importancia de emitir juicios, así como de abstenerse de hacerlo en su vida cotidiana.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de la sesión cinco resuelta	20 minutos	Ninguna
2 TEMA NO JUZGAR	Exponer las características, modo de uso y beneficios de No Juzgar.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE	Computadora, Cañón	20 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para asimilar el tema expuesto; Identificación de juicios emitidos y sus consecuencias así como No juzgar	NO JUZGAR/PARTICIPACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/EFICACIA	Plumas, colores, Bullet Journal. Hojas de repaso de emociones y pensamientos.	50 minutos	Continuar trabajando con Bullet Journal.
4 CIERRE DE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	PARTICIPACIÓN/EFICACIA DESCRIPCIÓN	Sillas en Círculo.	20 minutos	Ninguna
5 ENTREGA DE MATERIAL	Con la finalidad de integrar lo visto en sesión a la vida cotidiana, así como dar la introducción al siguiente tema, se hace entrega a cada participante de un sobre con lecturas y actividades para realizar en casa.	EFICACIA/PARTICIPACIÓN ATENCIÓN CONSCIENTE	Sobre amarillo con lecturas y hojas de actividades.	10 minutos	Lectura “Compasión” y hojas de actividades “Respiración”, “No juzgar”, “Compasión”.

Tiempo estimado: 120 minutos

**SESIÓN 7
“COMPASIÓN”**

OBJETIVO GENERAL

Que los participantes comprendan las características y los beneficios de la compasión en su vida cotidiana.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de sesión seis realizada.	20 minutos	Ninguna
2 TEMA COMPASIÓN	Exponer las características, modo de uso y beneficios de la Compasión.	OBSERVACIÓN/ ATENCIÓN CONSCIENTE	Computadora, Cañón	20 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para asimilar el tema expuesto: Compasión	PARTICIPACIÓN/ ATENCIÓN CONSCIENTE/NO JUZGAR/EFICACIA	Bullet journal, Audio seleccionado · Moldes siluetas figura humana, plumones, papel bond, cinta adhesiva.	50 minutos	Continuar Trabajando con Bullet Journal.
4 CIERRE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	ATENCIÓN CONSCIENTE DESCRIPCIÓN PARTICIPACIÓN	Sillas distribuidas en Círculo.	20 minutos	Ninguna
5 ENTREGA DE MATERIAL	Con la finalidad de integrar lo visto en sesión a la vida cotidiana, así como dar la introducción al siguiente tema, se hace entrega a cada participante de un sobre con lecturas y actividades para realizar en casa.	PARTICIPACIÓN/ ATENCIÓN CONSCIENTE/NO JUZGAR/EFICACIA	Sobre amarillo con lectura y hoja de tarea.	05 minutos	Lectura “Curiosidad”. Hoja de tarea “Curiosidad” y Actividad para Bullet Journal.

Tiempo estimado: 115 minutos

**SESIÓN 8
“CURIOSIDAD”**

OBJETIVO GENERAL

Que los participantes conozcan la importancia de la curiosidad y su aplicación en la vida cotidiana.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de la sesión siete resuelta.	20 minutos	Ninguna
2 CURIOSIDAD	Exponer las características y beneficios de la Curiosidad.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE	Computadora, Cañón.	20 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación para asimilar el tema expuesto: Curiosidad	NO JUZGAR/ATENCIÓN CONSCIENTE/PARTICIPACIÓN/EFICACIA	Sillas en círculo, Audio seleccionado Bullet Journal, plumas colores. Listado de preguntas.	55 minutos	Continuar trabajando con Bullet Journal.
4 CIERRE DE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	DESCRIPCIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE PARTICIPACIÓN	No necesarios	20 minutos	Ninguna
5 ENTREGA DE MATERIAL	Con la finalidad de integrar lo visto en sesión a la vida cotidiana, así como dar la introducción al siguiente tema, se hace entrega a cada participante de un sobre con lecturas y actividades para realizar en casa.	PARTICIPACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/EFICACIA/NO JUZGAR	Sobre amarillo con lecturas y actividades.	05 minutos	Lectura “Integración de Elementos”, Actividad para Bullet Journal y Hoja de “Diseño de actividad”.

Tiempo estimado: 120 minutos

SESIÓN 9
“INTEGRACIÓN DE ELEMENTOS”

OBJETIVO GENERAL

Que los participantes comprendan la importancia de integrar las actitudes y habilidades aprendidas en su vida cotidiana, así como los beneficios que esto les reporta en su calidad de vida.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 RETROALIMENTACIÓN	Retroalimentación y revisión de tarea con los participantes.	PARTICIPACIÓN	Hoja de tarea de la sesión ocho resuelta.	20 minutos	Ninguna
2 TEMA INTEGRACIÓN DE ELEMENTOS	Repaso general de todos los temas vistos durante el programa mostrando la relación que existe entre ellos.	OBSERVACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/NO JUZGAR	Cañón, Computadora.	25 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Ejemplificación de la aplicación de todos los temas en una situación cotidiana para su asimilación.	PARTICIPACIÓN/ATENCIÓN CONSCIENTE/EFICACIA/NO JUZGAR	Descripción de acontecimiento por participante. Sillas en círculo. Intercambio de propuestas para Bullet Journal. Bullet Journal, Plumas colores.	55 minutos	Continuar trabajando con Bullet Journal.
4 CIERRE DE SESIÓN	Comentarios finales de los participantes con respecto a la sesión.	DESCRIBIR/PARTICIPACIÓN ATENCIÓN CONSCIENTE	No necesarios	15 minutos	Ninguna
5 RECORDATORIO	Mencionar a los participantes que solo resta una sesión de aplicación de pruebas y cierre oficial del programa.	ATENCIÓN CONSCIENTE/EFICACIA	No necesarios	05 minutos	Ninguna

Tiempo estimado: 120 minutos

**SESIÓN 10
“CIERRE”**

OBJETIVO GENERAL

Aplicar los instrumentos psicométricos y llevar a cabo la retroalimentación de las temáticas vistas a lo largo del programa.

ACTIVIDADES	OBJETIVOS	HABILIDAD MINDFULNESS	MATERIALES	TIEMPO	TAREAS EN CASA
1 INSTRUCCIONES	Indicar a los participantes la forma de aplicación de los instrumentos de medición.	ATENCIÓN CONSCIENTE/ OBSERVACIÓN/ NO JUZGAR	Instrucciones	10 minutos	Ninguna
2 APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	Para recopilación de información posterior a la aplicación del programa.	ATENCIÓN CONSCIENTE/ PARTICIPACIÓN/ NO JUZGAR/ EFICACIA/OBSERVAR	Instrumentos de medición, Sillas, mesas, lápices, gomas, sacapuntas, iluminación, no interrupciones.	70 minutos	Ninguna
3 INTERACCIÓN SOCIAL	Última sesión de meditación. Intercambio de opiniones y experiencias.	DESCRIBIR/ ATENCIÓN CONSCIENTE/ NO JUZGAR/ PARTICIPACIÓN/ EFICACIA	Sillas distribuidas en círculo, Audio seleccionado. Sillas distribuidas en Círculo, Bullet Journal, Plumas	25 minutos	Continuar trabajando con Bullet Journal.
4 AGRADECIMIENTO A LOS PARTICIPANTES	Retroalimentación del ponente hacia los participantes y agradecimiento por su participación en el programa.	OBSERVACIÓN/ ATENCIÓN CONSCIENTE	No son necesarios	10 minutos	Ninguna
5 CIERRE DE PROGRAMA	Conclusiones	PARTICIPACIÓN/ ATENCIÓN CONSCIENTE/ EFICACIA/ NO JUZGAR	Entrega de sobre amarillo con hoja de conclusión de programa.	05 minutos	Continuar con Mindfulness en su vida.

Tiempo estimado: 120 minutos

IV. METODOLOGÍA

Planteamiento del problema:

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Según refiere la OMS (2017) (<http://www.who.int>), las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Así, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general, debido a problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, Cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), y al suicidio. A nivel mundial, es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. En lo referente a trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida, y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes. Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, representan un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola la depresión representa un 4.3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: se calcula que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$16.3 billones entre 2011 y 2030.

Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben

tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%. El problema se complica aún más por la escasa calidad de atención que reciben los casos tratados. El Atlas de Salud Mental 2011 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos (Plan de Acción Específico Sobre Salud Mental 2015; P. 11).

En respuesta a esta situación se propone el desarrollo e implementación de cursos de entrenamiento en habilidades Mindfulness a nivel grupal, dentro y fuera de las instituciones de salud mental, con la finalidad de brindar las herramientas necesarias para minimizar el impacto negativo de padecer enfermedades mentales, evitar padecerlas o recaer en caso de haber recibido internamiento institucional. La adquisición de estas habilidades ha tenido buenos resultados en otros países y su uso se diversifica a otros campos de aplicación. Así que es momento de generar estrategias que permitan a la población, gozar de un mayor bienestar psicológico, emocional y físico.

Justificación:

La práctica de Mindfulness (Atención Plena) ha generado un creciente interés en los últimos años, sobre todo en el ámbito de la salud en general, muy particularmente en la psicología clínica; debido principalmente a su eficacia para incrementar el bienestar psicológico y la disminución de síntomas asociados al estrés y ansiedad, entre otros (Eberth & Sedlemeier, 2012). De entre las diversas aplicaciones del Mindfulness y estudios realizados alrededor del mundo, destaca el enfoque denominado “Reducción de estrés basado en la atención plena” (MNSR), creado en 1979 en la Universidad de Massachusetts por el Dr. Jon Kabat-Zinn en 1990. Este estudio de Kabat-Zinn es la base para el desarrollo de diversas aplicaciones derivadas del mismo; de los cuales se ha realizado un análisis previamente en el marco teórico, en el que se aprecian los enfoques basados en Mindfulness.

Así mismo el desarrollo de las habilidades Mindfulness conlleva un cambio en la actitud, así como un mayor involucramiento en cuanto a los cuidados personales y de salud, mismos que impactan positivamente en las personas que han generado cambios atencionales en su vida diaria. Teniendo como resultado una percepción de bienestar psicológico y de salud, que no solo es exclusivo de personas libres de padecer una enfermedad mental, sino de personas con un mayor grado de funcionalidad en cuanto a salud física y mental. Descubriéndose así, que el desarrollo de habilidades Mindfulness también genera un cambio benéfico en cuanto a prevención de recaídas para quienes padecen deficiencias en su salud mental.

Según Bishop (2004) las habilidades Mindfulness vinculadas a Mindfulness han sido adaptadas por la psicología contemporánea como una aproximación terapéutica para incrementar la conciencia y la capacidad de responder hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y a la conducta desadaptativa. El entrenamiento en estas habilidades supone un adiestramiento de la mente con el objetivo de reducir la vulnerabilidad cognitiva asociada al malestar emocional y al incremento del estrés, promoviéndose de esta manera el bienestar emocional y la salud mental. En palabras de Deci y Ryan (1980); una conciencia abierta puede ser especialmente valiosa en facilitar la elección de comportamientos que sean consistentes con las propias necesidades, valores e intereses, pudiendo Mindfulness promover el bienestar del individuo a través de la autorregulación de su actividad.

Dadas las limitantes en cuanto a espacios y recursos, respecto a la atención sanitaria en salud mental; el desarrollo de habilidades Mindfulness mediante un programa de entrenamiento, representa una respuesta para hacer frente a los índices de reincidencia o recaídas de pacientes en instituciones psiquiátricas de la Ciudad de México. Motivo por el cual se pretende implementar un programa de entrenamiento que tenga a bien evitar las recaídas en pacientes psiquiátricos que han sido dados de alta, para que con esta medida, cuenten con los recursos suficientes para afrontar la particularidad de sus problemáticas en cuanto a salud mental, sin que por ello eviten abandonar sus tratamientos. Muy por el contrario, se esperaría una mayor adherencia terapéutica.

Objetivo general:

Evaluar los efectos de la práctica de Mindfulness (atención plena), a través de la participación en un programa de entrenamiento dentro del “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz”, en una población de pacientes ambulatorios en rehabilitación.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el estado de los participantes, previo a la implementación del programa de entrenamiento en habilidades Mindfulness, dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría.
2. Implementar el programa de 8 semanas de entrenamiento en habilidades Mindfulness en una población de pacientes ambulatorios en rehabilitación, en una población del Instituto Nacional de Psiquiatría.
3. Evaluar los efectos del programa de 8 semanas de entrenamiento en habilidades Mindfulness en una población de pacientes ambulatorios en rehabilitación del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Preguntas de investigación:

1. ¿Las habilidades y actitudes Mindfulness se desarrollarán como consecuencia del programa de entrenamiento?
2. ¿El desarrollo de la conciencia plena permite al paciente un papel más participativo en su problemática?
3. ¿El paciente desarrolla una mayor adherencia terapéutica?
4. ¿El paciente percibe un mayor control interno de sus impulsos?
5. ¿El paciente percibe un mayor control interno de sus emociones?
6. ¿El paciente refiere un mayor bienestar en su salud general?

Hipótesis:

- H1. Las habilidades y actitudes Mindfulness se incrementan como resultado del programa de entrenamiento.
- H2. La conciencia plena facilita una participación más activa del paciente con respecto a su problemática de salud.

H3. El paciente desarrolló una mayor adherencia terapéutica como consecuencia de su entrenamiento en Mindfulness.

H4. El paciente percibe que tiene un mejor control de sus impulsos.

H5. El paciente percibe que tiene un mayor control de sus emociones.

H6. El paciente refiere un incremento en el bienestar de su salud general.

VARIABLES

a) Definición conceptual:

Variable atributiva; Mindfulness

Mindfulness se define como: “Prestar atención de un modo particular, con un fin en el momento presente y sin juzgar”; (Martorell, 2014. p. 109).

Variable continua; Recaída

Recaída se define como: “El hecho de volver a tener conductas, emociones o tendencias problemáticas que estaban presentes antes de comenzar la terapia, y que en algún momento habían empezado a disminuir o incluso aparentemente habían desaparecido”; (Segal, Williams y Teasdale; 2008. P. 57).

b) Definición operacional:

Mindfulness, se mide a través de 2 instrumentos psicométricos, validados en el año 2012 y utilizados en el ámbito clínico e investigación. Tomados del libro: Mindfulness en la práctica clínica. Así mismo han sido validados en México.

- Five Facets of Mindfulness Questionnaire (Cuestionario de las cinco facetas Mindfulness; traducido).
- Mindfulness Attention Awareness Scale (Escala Mindfulness, darse cuenta; traducción).

Recaída, se mide a partir de los formatos de autoregistro, la historia clínica y los referentes discursivos del participante a lo largo del programa.

Muestreo:

No probabilístico del tipo por conveniencia o accidental. Este tipo de muestreo se basa en los casos disponibles a los cuales se tiene acceso o están a la mano de manera pre establecida (Kerlinger, 2015, p. 160).

Población:

Los criterios de inclusión son los siguientes:

1. Que el participante reciba atención médica por parte del “Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz”.
2. Que el participante sea mayor de edad y haya firmado el consentimiento informado de participación, en el “Programa de entrenamiento en habilidades Mindfulness”
3. Que el participante no presente criterios diagnósticos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Tipo de Enfoque:

Mixto de tipo exploratorio secuencial comparativo

Este tipo de diseño implica una fase inicial de recolección y análisis de datos cualitativos seguida de otra donde se recaban y analizan datos cuantitativos (Hernández, Fernández y Baptista; 2016. P. 545).

Diseño de investigación:

Preexperimental. Consiste en que a un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo; puede ser aplicada la misma prueba, antes y después del tratamiento. En éste caso se aplica antes y después del entrenamiento Mindfulness. (Hernández, Fernández y Baptista; 2016. P. 136).

Alcance de la investigación:

Descriptivo; ya que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población (Hernández, Fernández y Baptista; 2016. P. 80.).

Tratamiento estadístico:

La medición estadística se llevará a cabo empleando la prueba “t” de Student para muestras relacionadas, ya que se refiere a la aplicación de un plan experimental mediante el cual se espera un cambio, que obligadamente exige un punto de no cambio, para esta condición el mismo grupo sirve como grupo testigo en el momento previo al tratamiento (Carrasco y Hernández, 1993). Se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.19

Instrumentos:

- **Five Facets of Mindfulness Questionnaire** (Cuestionario de las cinco facetas Mindfulness, FFMQ; traducido). La particularidad del uso de este instrumento de medición para este estudio, radica en principalmente en su validación castellana para población psiquiátrica y no psiquiátrica; así mismo, el hecho de que facilita tener una visión multifactorial acerca de Mindfulness, ya que su estructura es la complementación de otros instrumentos que le precedieron.
- **Mindfulness Attention Awareness Scale** (Escala Mindfulness, darse cuenta; MAAS, traducción). Validado tanto para población psiquiátrica como no psiquiátrica. Diseñada a partir de una visión unificadora del constructo Mindfulness; se utiliza con independencia de que los participantes hayan o no recibido entrenamiento previo en Mindfulness. Se autoadministra y es el instrumento más utilizado en investigación.
- **Cuestionarios de autorregistro.** Instrumentos diseñados para proporcionar una visión gráfica de los avances que vayan registrando los participantes.

- **Expedientes clínicos de los participantes.** Informes sobre los datos personales y de tratamientos de los participantes para conocer datos sociodemográficos y de salud.

Procedimientos:

- **Etapa 0:** En esta etapa se solicita el acceso a los expedientes o informes para conocer datos sociodemográficos y de salud de cada uno de los participantes que formarán parte del programa de entrenamiento en habilidades Mindfulness.
- **Etapa 1:** Se aplicarán los instrumentos psicométricos antes del inicio del programa de entrenamiento en habilidades Mindfulness.
- **Etapa 2:** Aplicación del programa de entrenamiento en lapsos de tiempo de 2 horas, durante ocho sesiones.
- **Etapa 3:** Aplicación de los instrumentos psicométricos; re-test posterior al programa de entrenamiento en habilidades Mindfulness.
- **Etapa 4:** Evaluación y análisis estadístico de los resultados arrojados por los instrumentos psicométricos, así como de los datos sociodemográficos.

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las aplicaciones del Mindfulness en el ámbito de la psicología clínica se han basado en la reducción del estrés, en el tratamiento del dolor crónico, así como en el tratamiento de la depresión, que en conjunto con la terapia cognitiva conductual y adecuando sus principios a las necesidades concretas de una población en particular, han reportado una mejoría en las habilidades interpersonales y el desarrollo de actividades vitales positivas. Entre otras cosas, ayuda a las personas a reconocer sus respuestas emocionales y cognitivas, contribuyendo al desarrollo de la conciencia y la aceptación de los pensamientos, sentimientos y sensaciones; mismas que facilitan la observación de las experiencias desagradables y placenteras. Uno de los elementos fundamentales del Mindfulness se centra en la identificación de las situaciones individuales de alto riesgo de recaídas, principalmente en pacientes psiquiátricos, que es uno de los motivos que inspiraron el desarrollo de la propuesta de investigación aquí expuesta.

Mindfulness como una práctica que se adopta y acepta con compromiso, apertura y reciprocidad, facilita el desarrollo de la atención deliberada del momento presente y sin crítica; permitiendo el acceso al camino para la plena consciencia, elemento que propicia la autorregulación del individuo, misma que solo es posible gracias a los cambios cognitivos que se experimentan durante la práctica constante y comprometida de Mindfulness; así como de las diversas actividades que componen dicha práctica. Desde sus raíces Budistas menciona la importancia del desarrollo de la atención para una vida plena, a través del reconocimiento de las nobles verdades y la influencia que éstas tienen dentro de la vida de las personas; es como se puede equilibrar tanto el mundo interno como externo del sujeto. En diversas circunstancias típicas del día a día, una persona se encuentra frente a experiencias que brindan la oportunidad de un nuevo aprendizaje, que mejore su calidad de vida; tales retos de ser identificados apropiadamente pueden ser conquistados. Cuando una persona es capaz de reconocer el deseo, el anhelo, el dolor y el sufrimiento, ha logrado la mitad del trabajo para posteriormente poder elegir libremente el camino del pensamiento correcto, la intención correcta, la conducta correcta, el esfuerzo correcto con una atención correcta

en su actuar, esto conlleva a que las personas que practican mindfulness, adquieren una nueva manera de procesar los indicios situacionales y de controlar las reacciones a las contingencias del entorno.

Mindfulness ha demostrado que puede ofrecer múltiples y diversos efectos a la vida de una persona que acepta la práctica cotidiana, experimentando abiertamente los beneficios que esto conlleva; por mencionar algunos, se encuentra que permite vivir en paz con respecto al inevitable cambio de las cosas, así como centrar la atención en lo que verdaderamente importa, incrementa la capacidad inmunológica e incluso desarrolla habilidades para confrontar situaciones desfavorables, logrando la disminución de dolores crónicos; por lo que se puede concluir que en personas que padecen una enfermedad mental y que la cotidianeidad de su vida se ve afectada por los múltiples malestares propios de su padecimiento, mindfulness les brinda la oportunidad de desarrollar y potenciar habilidades como la autorregulación de emociones y pensamientos, bajo una actitud de aceptación, paciencia, compasión, curiosidad y no apego; elementos que mindfulness ofrece, en favor de una mejor calidad de vida.

Cabe destacar la importancia que tiene esta práctica dentro de los servicios de salud mental, en personas que cuentan con un diagnóstico psiquiátrico y que se encuentran bajo tratamiento farmacológico, el cual puede ocasionar dependencia a los fármacos. Las instancias de salud mental deben tener como prioridad el bienestar y mejora de la calidad de vida de los usuarios de dichos servicios, al administrar programas que contengan la práctica que permita involucrar a los usuarios dentro de un programa que contribuya a la disminución del sufrimiento y malestar, promoviendo la salud y generando hábitos saludables. La práctica de mindfulness ayuda al paciente a dirigir su atención en la regulación de los estados afectivos y físicos, hasta alcanzar la autorregulación; razón por la cual se considera a esta práctica como un antidepresivo natural (Goldstein, 2016; p. 98).

Si bien la evidencia empírica, así como la evidencia científica reportan que el Mindfulness es uno de los elementos que aportan un mayor beneficio en la salud mental de quienes lo llevan a la práctica, se han obtenido resultados positivos generales en pacientes que padecen dolor crónico, fibromialgia, esclerosis múltiple, ataques de pánico, psoriasis y ciertos tipos de cáncer. Así mismo, produce neuroplasticidad en zonas del córtex que están asociadas con la conciencia de uno mismo y la autorregulación de las emociones, algo que promueve la transferencia de ecuanimidad a situaciones cotidianas y nos permite experimentar sensaciones físicas más sutiles y detectar señales tempranas de malestar (André, 2012; p. 205)

Éste conjunto de habilidades y actitudes. De reciente inserción en el ámbito de la psicología clínica y aplicada a diferentes problemáticas, ha demostrado ser una herramienta muy importante en diversos padecimientos. Sus alcances resultan ser cada vez mayores; de ahí la intención de verificar su impacto a nivel institucional con pacientes ambulatorios; sin pretender sustituir los tratamientos farmacológicos o los planes de tratamiento terapéuticos. La propuesta del programa aquí presentado está diseñado para desarrollar precisamente esas actitudes y habilidades que permitan a los usuarios de los servicios hospitalarios, generar una mayor adherencia terapéutica, así como brindarles cambios comportamentales benéficos para lidiar con sus problemáticas personales, evitando las recaídas de manera satisfactoria.

VI. REFERENCIAS

- American Psychological Association, (2010). *Manual de Estilo de Publicaciones*. Tercera Edición. México: Editorial manual Moderno
- Anderson, E. y Lambert, M. (1995). *Short-term Dynamically Oriented Psychotherapy: A Review and Meta-Analysis*. *Clinical Psychology Review*, 15(1), 503-514.
- André C. (2012). *Meditar día a día. 25 lecciones para vivir con Mindfulness*. España, editorial Kairós.
- Baer, R. (2003). *Mindfulness Training as a Clinical Intervention*. *Psychological Science*. First published: 11 May 2006. doi.org/10.1093
- Baer, R; Fischer, S. y Huss, D. (2005). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy Applied to Binge Eating: A Case Study*. *Cognitive and Behavioral Practice*. Vol. 12 ISUUE 3. doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80057-4
- Baer, R; Smith, G; y Allen, K. (2004). *Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*. *Assessment*, 11(3). 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. (1993). *Cognitive therapy: past, present, and future*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198. doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194
- Beck, A.T. *The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates*. *American Journal of Psychiatry*. 2008; 165: 969-977. doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic books

- Bergomi, C; Tschacher, W. & Kupper, Z. (2013). *Measuring mind-fulness: first steps towards the development of a comprehensive mindfulness scale*, *Mindfulness*, 4(1), 18-32. doi 10.1007/s12671-012-0102-9
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación; administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. México, Tercera edición, 2010.
- Bernstein, D. & Nietzel, M. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Bishop, S. (2002). *What do we really know about mindfulness-based stress reduction?* *Psychosomatic medicine*, 64:71–84 (2002). Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11818588>
- Bishop, S; Lau, M; Shapiro, S; Carlson, L; Anderson, N; Carmody, J; Segal, V; Abbey, S; Speca, M; Velting, D, & Devins, G. (2004). *Mindfulness: A proposed operational definition*. *Clinical Psychology: Science and Practice*. V 11, N 3. American Psychological Association. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Bodhi, B. (2003). *What does mindfulness really mean?* En Williams, J. y Kabat-Zinn, J. (Eds.), *Mindfulness: diverse perspectives on its meaning origins and applications*. Nueva York: Routledge.
- Bouton. M. Mineka, S. & Barlow, D. (2001). *A modern learning theory perspective on the Etiology of Panic Disorder*. *Psychological Review*, 108. 4-32 PMID: 11212632
- Brantley, J. (2010). *Calmar la Ansiedad*. Madrid, España: Libros Oniro
- Brown, K. & Ryan, R. (2003). *The Benefits of Being Present: Mindfulness and its role in psychological well being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.
- Buchheld, N; Grossman, P. & Walach, H. (2001). *Measuring Mindfulness in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy; the development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)*. *Journal for Meditation and Research*, 40 (2006) 1543–1555. doi:10.1016/j.paid.2005.11.025

- Cardaciotto, L. Herbert, J. Forman, E. Moitra, E. & Farrow, V. (2008). *The assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance*. The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-223 doi: 10.1177/1073191107311467
- Carrascoso, L. (2000). *Acceptance and commitment therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia. A case study*. Vol 4. Núm 1. 2000. *Psychology in Spain*.
- Cayoun, B. (2014). *Terapia Cognitivo Conductual con Mindfulness Integrado. Principios y Práctica*. España: Editorial Desclé de Brouwe
- Cebolla, A. (2007). *Eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión*. Tesis doctoral. España: Universidad de Valencia.
- Chadwick, P; Hember, M; Mead, S; Lilley, B. & Dagnan, D. (2005). *Responding mindfully to unpleasent thoughts and images: Reliability and validity of the mindfulness Questionnaire*. Unpublished manuscript. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/15677>
- Collard, P. (2015). *La Biblia del Mindfulness. Una guía completa para reducir el Estrés en tu vida*. Madrid: Gaia Ediciones
- Cooper, M; Todd, G. & Wells, A. (2008). *Treating Bulimia Nervosa and Binge Eating: An Integrated Metacognitive and Cognitive Therapy manual* (1st ed.). Routledge. doi 9781135444662
- Craigie, M.A.; Rees, C.S; Marsh, A. & Nathan, P. (2008). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. doi.org/10.1017/S135246580800458X
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. The CBT Distinctive Features Series, Routledge. Nueva York. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/2008-07837-000>
- Crane, R; Kuyken, W; Hasting, R. et al. (2010). *Training teachers to deliver Mindfulness-based interventions: Learning from the UK experience*. *Mainfulness*, 1 74-86. Springer. doi 10.1007/s12671-010-0010-9

- Creswell, J.D; Way, B.M; Eisenberg, N.I. & Lieberman, M.D. (2007). *Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling*. Psychosomatic Medicine. Doi: 10.1097/PSY.0b013e3180f6171f
- Christophe, A. (2012). *Meditar día a día. 25 Lecciones para vivir con Mindfulness*. Barcelona: Editorial Kairós
- Datta, J. & Petticrew, M. (2013). *Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers*. BMC Public Health, 13. p. 568. ISSN 1471-2458. DOI: 10.1186/1471-2458-13-568
- Davis, J; Fleming, M; Bonus, K. & Baker, T. (2007). *A pilot study on mindfulness based stress reduction for smoker, BMC Complementary and Alternative medicine*. The official journal of the International Society for Complementary Medicine Research (ISCMR). doi.org/10.1186/1472-6882-7-2
- Davis, M; Montgomery, I. & Wison, G. (2002). *Worry and heart rate variables: Autonomic rigidity unter challenge*. Journal of anxiety Disorders. PMID: 12405523
- Davis, R. & Valentiner, D. (2000). *Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety?* Personality and individual Differences. doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00211-1
- De Bruien, E; Topper, M; Muskens, J; Bögels, S. & Kamphuis, J. (2012). *Psychometric Properties of the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample*. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Jun;19 (2):187-97. doi: 10.1177/1073191112446654
- De Maeseneer, J; Roberts, R.G; Demarzo, M; heath, I; Sewankambo, N; Kidd, M.R; Willems, S. (2012): *Tacling NCDS: a different approach is needed, Lancet*. 379(9829), 1860-1. Doi:10.1016/S0140-6736(11)61135-5
- De Vibe, M; Bjørndal, A; Tipton, E; Hammerstrøm, K. & Kowalski, K. (2012). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis*. The Campbell Collaboration. DOI 10.4073/csr.2012.3

- Deci, E. & Ryan, R. (1980). *Self-determination theory: When mind mediates behavior*. The Journal of Mind and Behavior. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/record/1982-22334-001>
- Diddona, F. (2009). *Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience*. En: Didonna, F. (Ed): Clinical Handbook of Mindfulness. Nueva York, Springer (pp. 189-219) 2009.
- Dimeff, L. & Linehan, M. (2008). *Dialectical Behavior therapy for substance abusers*. Addiction Science & Clinical Practice, 4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/18497717>
- Eberth, J. (2012). *The Effects of Mindfulness Meditation: A Meta-Analysis*. Review Paper. Abstract Mindfulness. doi.org/10.1177/1359105315569095
- Feldman, G; Hayes, A; Kumar, S. & Greeson, J. (2004). *Development, factor structure, and initial validation of the cognitive and Affective Mindfulness Scale*. Journal of Psychopathology and Behavioral 2007. Doi: 10.1007/s10862-006-9035-8
- Feldman, G; Hayes, A; Kumar, S; Greeson, J. & Laurenceau, J. (2007). *Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Sacale-revised (CAMS-R)*. J Psychopathol Behave Assess. Doi: 10.1007/s10862-006-9035-8
- Fernandez, R; Secades, R; Terrados, N; García, E. y Garcia, J. (2004). *Efecto de la hipnosis y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora de las fuerza física en piragüistas*. International Journal of Clinical and Health Psychology. ISSN: 1697-2600. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740302.pdf>
- Fresco, D. *Emotion Regulation Therapy*. In book: Handbook of Emotion Regulation Editors: James J. Gross, pp.469-487 Publisher: Guilford Publishers. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/256419569>
- Frey, A. & Totton, A. (2016). *Yo, aquí ahora. Mindfulness para tu día a día. The Mindfulness Project*. México: Editorial Paidós

- Frewen, P; Elspeth, M; Evans, A; Mara J; Dozois, A. & Partridge, K. (2007). *Letting Go: Mindfulness and Negative Automatic Thinking*. Springer Science and Business Media. doi: 10.1007/s10608-007-9142-1
- Garland, E; Gaylord, S. & Frederickson, B. (2011). *Positive Reappraisal mediates the Stress-reductive Effects of Mindfulness: An Upward Spiral process*, *Mindfulness*, 2(1), 59-67. doi:10.1007/s12671-011-0043-8
- Germer, C. (2011). *El poder del Mindfulness: libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Germer, C; Siegel, R; & Fulton, P. *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press; 2005
- Goldstein, E. (2016). *Descubre la Felicidad con Mindfulness*. México: Paidós
- Gross, J. (1998). *The emerging field of emotion regulation: An integrative review*. *Review of General Psychology* 1998; 2: 271-299. doi 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Hayes, S. (2004). *Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies*. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press. Recuperado de: <https://www.reachcambridge.com/wp-content/uploads/providing-a-rationale-on-different-treatments>.
- Hayes, S; Strosahl, K. & Houts, A. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Hayes, S; Strosahi, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. Nueva York: Gildford.
- Heaversedge, J. & Halliwell, E. (2010). *Mindfulness. Cómo hacer menos y ser más conscientes puede ayudarnos a vivir mejor en este mundo estresado*. México: Editorial Sirio
- Hick, S. & Bien, T. (2014). *Mindfulness y Psicoterapia*. México: Editorial kairós

- Höfling, V; Oosbrugger, H; Schermelleh-Engel, K. & Heidenreich, T. (2011): *Mindfulness or mindlessness?* European Journal of Psychological Assessment, 27(1). doi.org/10.1027/1015-5759/a000045
- Horacio (2016). ¿Qué demonios son las Terapias de la Tercera Ola? Revista de Ciencias conductuales-contextuales. N° 2 – Enero. Argentina
- Hernández, R; Fernández, C. & Baptista; M. (2016). *Metodología de la investigación*. MC Graw Hill, México, sexta edición.
- Jiménez, S; Niles, B. y Park, C. (2010). *A Mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms, personality and Individual differences*, 49(6), 645-650. doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.041
- Judd, LL. (1997). *The Clinical course of unipolar major depressive disorders*. Archives of General psychiatry. 54-989-991. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830230015002
- Kendall, P. & Norton-Ford, J. (1988). *Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Kendler, K; Thornton, L. & Gardner, C. (2000). *Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women. An evaluation of the “kindling” hypothesis*. American Journal of Psychiatry. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10910786>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion
- Kabat-Zinn, J; (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell publishing
- Kabat-Zinn, J; Massion, A; Kristeller, J. et al. (1992). *Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders*. American Journal of psychiatry

- Kabat-Zinn, J; Lipworth, L; Burney, R. & Sellers, W. (1986). *Four year follow-up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance*. Clinical Journal of Pain. doi.org/10.1002/cpp.653
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con Plenitud las Crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Segunda Edición. Barcelona: Editorial Kairós.
- Kabat-Zinn; J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. España: Editorial Kairós
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Kerlinger; F. & Howard B. (2015). *Investigación del comportamiento*. Cuarta Edición México: Editorial Mc Graw Hill.
- Kurtz, A. (2014). *Esto no es (solo) un diario (échale creatividad a tu vida... página a página)*. México: Litográfica Ingramex
- Lau, M; Bishop, S; Segal, Z; Buis, T; Anderson, N; Carlson, L. et al. (2006). *The Toronto Mindfulness Scale: Development and Validation*. Journal of Clinical Psychology. Doi: 10.1002/jclp.20326
- Lewinsohn, P; Allen, N; Seeley, J. & Gotlib, I. (1999). *First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk*. Journal of Abnormal Psychology, 108(3). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10466272>
- Lewinsohn, P; Antonuccio, D; Steinmetz, J. & Ter, L. (1984). *The Coping with Depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OP: Castalia Press
- Lilja, J; Frodi-Lundgren, A; Hansen, J; Josefsson, T; Lundh, L; Sköld, C. & Broberg, A. (2011). *Five facets mindfulness questionnaire-reliability and factor structure: a Swedish version*, *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(4), 291-303. Doi: 10.1080/16506073.2011.580367

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavior Treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Ma, S; & Teasdale, J. (2004). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effect*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31
- Marlatt, G; & Donovan, D. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive behaviors*. New York: Guilford Press
- Marlatt G. (1993). *La Prevención de recaídas en las conductas adictivas. Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En: Casas M; Gossop, M. (coord.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Martorell, J. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Segunda edición. México: Ediciones pirámide.
- Mc Cabe, K. & R. Mackenzie, E. (2009). *The Role of Mindfulness in Healthcare*. Vol. 5, No. 6 313. Guest Editorial. Recuperado de: http://www.uphs.upenn.edu/pastoral/events/mackenzie_mccabe_explore_2009.pdf
- Mehling, W; Hemel, K; Acree, M; Byl, N. y Hecht, F. (2005). *Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain, Alternative therapies in health and medicine*, 11(4), 44-52. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16053121>
- Miller, J; Fletcher, K. & Kabat-Zinn, J. (1995). *Three year follow up and clinical implications of a Mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders*. General Hospital psychiatry. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7649463>
- Miller, A; Rathus, J. (2007). *Dialectical Behavior Therapy: Adaptations and new applications*. Cogn Behav Pract; 7: 420-425. doi: 10.1097/chi.0b013e31805c1613

- Mirams, L; Poliakoff, E; Brown, R. & Lloyd, D. (2013). *Brief body-scan meditation practice improves somatosensory perceptual decision making, Consciousness and Cognition*. 22(1), 348-359. Doi: 10.1016/j.concog.2012.07.009
- Miro; M. & Simón; V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. España: Editorial Desclée de Brouwer
- Miro, M. (2006). *La Atención Plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia*. Revista de Psicoterapia. Vol. 17, Número 66-67. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/167570>
- Miro, M. (1994). *Epistemología Evolutiva y Psicología, implicaciones para la psicoterapia*. Vol. 31, núm. 4 37-50. Valencia: promolibro
- Nhat Hanh, T. (1974). *El milagro de Mindfulness*. España: Editorial Oniro
- Nhat Hanh, T. (1990). *Transformación y Sanación, el Sutra de los cuatro fundamentos de la conciencia*. Barcelona: Paidós.
- Nhat Hanh, T. (1991). *La paz está en tu interior. Prácticas diarias de Mindfulness*. España: Editorial Oniro
- Naranjo, C. (1999). *Entre meditación y psicoterapia*. Vitoria: Ediciones la llave
- Park, R. (2013). *Is there a place for mindfulness in the treatment of anorexia nervosa?* Theory Research and Practice. Vol 2. Doi: 10.1080/21662630.2013.795755
- Paul, A; Frewen; Evans, E; Maraj, N. Dozois, D; Partridge, K. (2018). *Letting Go: Mindfulness and Negative Automatic Thinking*. Department of Psychology, University of Western Ontario, London, ON, Canada N6A 5C. Doi: 10.1007/s10608-007-9142-1
- Pérez, M. & Botella, L. (2007). *Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas*. Revista de Psicoterapia. Vol. XVII, núm. 66. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/257921110

- Post, R. (1992). *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder*. American Journal of Psychiatry 1992. 149: 999-1010 DOI: 10.1176/ajp.149.8.999
- Puddicombe, A. (2012). *Mindfulness; atención plena, haz espacio en tu mente*. España: Editorial Edaf.
- Raes, F; Dewulf, D; Van Heeringen, C. & Williams, J. (2009). *Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study*. Behaviour Research and therapy. 2009, 47: 623-627. Doi: 10.1016/j.brat.2009.03.007
- Reynoso, L; & Selingson, N. (2008). *Psicología Clínica y de la Salud: Un Enfoque Conductual*. México. Manual Moderno
- Rodríguez, A. (1997). *Revista de Salud Mental*. En: www.saludment.info
- Ruiz, A; Díaz, M; y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España, Desclée De Brouwer, S. A.
- Ryan, R. & Deci, E. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. American Psychologist; 2000; 55: 68-79. Vol. 55, No. 1, 68-78 DOI: 10.1037/110003-066X.55.1.68
- Safran, J. & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books
- Shafran, R. & Mansell, W. *Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment*. Clinical Psychology Review, 2001, 21 (6), 879-906. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11497211>
- Salmón, P; Santorelli, S; & Kabat-Zinn, J. (1998). *Intervention Elements promoting adherence to mindfulness-based stress reduction program in the clinical behavioral medicine setting*. En S. Shumaker, E. Schron, J. Ockene y W. Bee (Eds.). *Handbook of Health Behavior Change* (pp. 239-268). New York: Springer.

- Shapiro, S; Schwartz, G; & Santerre, C. (2005). *Meditation and positive psychology*. En: Snyder, C. & Lopez, S. (Eds.). *Hadbook of positive psychology* (653-645). New York: oxford University Press.
- Sauer, S; Walach, H; Schmidt, S; Hinterberger, T; Lynch, S; Büssing, A. y Kohls, N. (2013): *Assessment of mindfulness: a review on the state of the art*, *Mindfulness*. 4(1), 3-17. doi.org/10.1007/s12671-012-0122-5
- Sauer-Zavala, S; Walsh, E; Eisenlohr-Moul, T. & Lykins, E. (2013). *Comparing Mindfulness-Based Intervention Strategies: Differential Effects of Sitting Meditation, Body Scan, and Mindful Yoga- Mindfulness*, 1-6. Doi: 10.1007/s12671-012-0139-9
- Schneider y Shiffrin. (2005). *Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. Volume 23, Issue 4, pp 337–355. Recuperado de: <https://link.springer.com/journal/10942>
- Segal, Z. & Ingram, R. (1994). *Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression*. *Clinical Psychology Review*. doi.org/10.1016/0272-7358(94)90003-5
- Segal, Z; Williams, J; Teasdale, J. & Gemar. M. (1996). *A cognitive science perspectiva on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder*. *Psychological medicine*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8685293>
- Segal, Z; Williams, M; & Teasdale, J. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. España: Editorial Desclée de Brouwer
- Segal, Z; Williams, M; y Teasdale, J. (2015). *Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness para la Depresión*. España, Editorial Kairós.
- Shapiro, S; Schwartz, G; & Santerre, C. (2005). *Meditation and positive psychology*. En Snyder, C. y López, S. (Eds.). *Hadbook of positive psychology* (653-645). New York: oxford University Press.

- Siegel, R. (2011). *La solución Mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. España. Editorial Desclée de Brouwer
- Siegel, D. (2007). *The Mindfulness Brain*. Norton & Company. New York. London
- Siegel, D; Germer, C. & Olendski, A. (2009). *Mindfulness: What is it? Where Did It Come From?* En: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). New York. Ed: Springer
- Simón, V. (2012). *Formación en Mindfulness para Psicoterapeutas*. En Miró, M. & Simón, V. (Eds.). *Mindfulness en la Práctica Clínica*, Bilbao, DDB.
- Simón, V. (2006). *Mindfulness y neurobiología*. *Revista de Psicoterapia*, Epoca II, Volumen XVII – 2º/3er trimestre 2006 (66/67): 5-30. ISSN: 1130- 5142. Recuperado de: <http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2014/02/mindfulness-neurobiologia-2006.pdf>
- Simon, V. (2010). *Mindfulness y psicología: presente y futuro*. *Información psicológica*: 100: 162-170. Recuperado de: http://www.vicentesimon.com/pdf/presente_y_futuro.pdf
- Soler, J; Pascual, J; Tiana, T; Cebria, A; Barrachina, J; Campins, M. et al. (2012). *Dialectical Behaviour Therapy Skills Training Compared to Standard group Therapy in Borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial*. *Behav res Ther* 2009; 47: 353-358. Doi: 10.1016/j.brat.2009.01.013
- Steven, F; Hick, F; y Bien, T. (2014). *Mindfulness y psicoterapia*. España, Editorial Kairós.
- Strosahl y Wilson. (2012). *El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuye el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud*. Original publicado en Inglés, 2010, *Spanish Journal of Psychology*, 13(2); 895-903. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1710/171017587012.pdf>
- Sumedho, A. (2015). *Las cuatro nobles verdades*. Traducción de Pablo Catalán y Hugo Vega. Inglaterra. Amaravati Publications,

- Teasdale, J. (1983). *Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship*. *Advances in behavior Research and therapy*; 5:3-25
- Teasdale, J. (1988). *Cognitive vulnerability to persistent depression*. *Cognition and emotion*; 2: 247-274. doi.org/10.1080/02699938808410927
- Teasdale, J. & Barnard, P. (1993). *Affect, Cognition And change*. Hove, UK: Erlbaum
- Teasdale, J. (1999). *Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E
- Tejedor, R; Feliu-Soler, A; Pascual, J; Cebolla, A; Portella, M; Trujols, J; Soriano, J. & Soler, J. (2013). *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS); datos no publicados*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22344492>
- Thomas William Rhys Davis. (2011). *ForbesAdam BurkeEditorsHandbookof MindfulnessCulture, Context, and SocialEngagement*. Article in *Contemporary Buddhism* 12(1):263-279. DOI: 10.1080/14639947.2011.564843
- Tortella-Feliu, M. (2002). *La nueva prevención: programas específicos para los trastornos de ansiedad y depresión*. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 465-490). Madrid: Pirámide
- Tran, U; Glück, T. & Nader, I. (2013). *Investigating the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ): Construction of a Short Form and Evidence of a Two Factor Higher Order Structure of Mindfulness*, *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 951-965. DOI: [10.1002/jclp.21996](https://doi.org/10.1002/jclp.21996)
- Turabián (1993). *Handbook of Mindfulness: Culture, Context*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/311680750_Handbook_of_Mindfulness_Culture_Context_and_Social_Engagement_Preface_and_TOC_only [accessed Jul 20 2018].

- Vangkilde, Frokjaer & Hasselbalch. (2012). - Mindfulness training affects attention-- or is it attentional effort? NCBI PubMed. Feb; 141(1):106-23. doi: 10.1037/a0024931.
- Wegner, D. (1994). *Ironic processes of mental control of mood and mood-related thought*. Journal of personality and social psychology Psychological review 1994. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-16256-001>
- Wells, K; Sturm, R; Sherbourne, C. y Meredith, L. (1996). *Caring for depression*. Boston: Harvard University Press
- Wells, A. & Carter, K. (2001). *Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry iin GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients*. Behavior therapy <http://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2>
- Wells, A; Fisher, P. Blackwell, W. (2016). Metacognitive Therapy for Depression In book: Treating Depression: MCT, CBT and Third Wave Therapies. doi: 10.1002/9781119114482.ch12
- Wells, A. & Matthews, G. (2015). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Hove, UK: Erlbaum: Ed. Classic. doi.org/10.1002/cpp.5640020208
- Wells, A. & Sembi, S. (2004). *Metacognitive Therapy for PTSD: A core treatment manual*. Cognitive and behavioral Practice. doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80053-1
- Wells, A. (2007). *Cognition about Cognition: Metacognitive Therapy and Change in generalized Anxiety Disorder and Social Phobia*. Cognitive and Behavioral Practice.
- Williams, J. (1992). *The psychological treatment of depression*. Londres: Routledge
- Williams, M. (2010). *Mindfulness and psychological processes*. American Psychological Association. Emotion 2010, Vol. 10, No. 1, 1–7. Doi: 10.1037/a0018360

Williams, M. & Penman, D. *Mindfulness. Un plan de 8 semanas para encontrar la paz en un mundo frenético*. México: Paidós

Wilson, K. & Luciano, M. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un Tratamiento Conductual Orientado a Los Valores*. Madrid: Pirámide

Wilson, K. & Murrell, A. (2004). *Values work in acceptance and commitment therapy: setting a course for behavioral treatment*. In Hayes, S; Follette, V. & Linehan, M. (Eds.); *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford

Yates, A. (1970). *Behavior therapy*. New York: Wiley. doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80082-X

Zindel, V; Segal, J; Mark, G; Williams. & Teasdale, J. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión basada en la Consciencia Plena. Un abordaje para la prevención de Recaídas*. España: Editorial Desclée De Brouwer

Zindel, V; Segal, J; Mark, G; Williams. & Teasdale, J. (2013). *Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness para la Depresión*. Nueva Edición revisada. México: Editorial Kairós

Modelo Hidalgo en Salud mental. [www. CONSAME.salud.gob.mx](http://www.CONSAME.salud.gob.mx)

Organización Mundial de la Salud (OMS). www.who.int

VII. ANEXOS

APÉNDICE A

FIVE FACETS OF MINDFULNESS QUESTIONNAIRE

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me critico a mí mismo(a) por tener emociones irracionales o inapropiadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Me digo a mí mismo(a) que no debería sentir lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Noto como los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Me distraigo fácilmente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Me es difícil permanecer centrado(a) en lo que esta sucediendo en el presente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Conduzco en "piloto automático", sin prestar atención a lo que hago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Me digo a mí mismo(a) que no debería pensar como pienso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Percibo el olor y el aroma de las cosas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

27. Incluso cuando estoy muy enfadado(a), encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento (a) a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar.					
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta.	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprende haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

Corrección:

Observar 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36.

Describir: 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37.

Actuar dándose cuenta: 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R.

No juzga la experiencia interna: 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R.

No reactividad sobre la experiencia interna: 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33.

Cuestionario original: Baer, R. et al, 2006. Validación española: Cebolla et al; 2012.

Tomado de: Miro, M y Simón, V (2012) MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

APÉNDICE B

MINDFUL ATTENTION AWARENESS SCALE

A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1-6, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Muy frecuente	Bastante a menudo	Algo poco frecuente	Muy poco frecuente	Casi nunca

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

Corrección: sumatoria de todos los ítems

Cuestionario original: Brown & Ryan, 2003; Validación española: Soler et al, 2012.

Tomado de: Miro, M y Simón, V (2012) MINDFULNESS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

APÉNDICE C

FICHA DE DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	
Edad:	Sexo:
Escolaridad:	Estado civil:
Trabaja: si () no ()	Ingreso mensual aproximado:
Fecha de nacimiento:	
Diagnóstico actual:	Enfermedad médica:
En remisión: Parcial () Total ()	
Tiempo estimado de internamiento:	
Vive con:	
Cuenta con seguro institucional:	

COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN

Yo _____ deseo participar en el curso-taller de:
(Nombre y apellidos)

“Entrenamiento en Habilidades Mindfulness para la prevención de recaídas” y luego de conocer sus lineamientos generales, hago el compromiso de:

1. Asistir a todos los encuentros de dos horas cada sesión, que han sido programados.
2. Realizar todas las asignaciones que me indiquen cada semana.
3. Participar en la retroalimentación del grupo.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

**CUESTIONARIO PARA MONITOREAR ASIGNACIONES SEMANALES DE
MINDFULNESS**

**HOJA DE REGISTRO DEL CURSO-TALLER: “Entrenamiento en Habilidades
Mindfulness para la prevención de recaídas”.**

FECHA: _____ **N° Sesión:** _____

	NOMBRE DEL PARTICIPANTE
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	