



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN ADICCIONES

DISEÑO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN A TERAPEUTAS EN
ATENCIÓN PLENA COMPASIVA DIRIGIDO A DEJAR DE FUMAR

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

PRESENTA:
DENYZETT DÍAZ AYALA

Tutor:
Dra. Ana Beatriz Moreno Coutiño
Facultad de Psicología

Miembros del Comité Tutor:
Dra. Lydia Barragán Torres
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez
Dr. Agustín Vélez Barajas
Facultad de Psicología

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., junio de 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONTENIDO

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
1. MARCO TEÓRICO.....	7
1.1. Atención plena compasiva: definición y fundamentos.....	7
1.2. Psicoterapia, atención plena y compasión.....	11
1.3. Tratamientos para dejar de fumar basados en evidencia.....	15
1.4. Formación a psicoterapeutas: el perfil de los facilitadores y psicoterapeutas en atención plena compasiva.....	25
PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN A TERAPEUTAS EN ATENCIÓN PLENA COMPASIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.....	31
Carta Descriptiva del Programa	31
MÉTODO.....	34
Planteamiento del Problema y Justificación.....	34
Objetivo General.....	36
Objetivos Específicos.....	36
Variables.....	36
Variable Independiente.....	36
Variable Dependiente.....	37
Definición de Variables.....	37
Hipótesis.....	38
Participantes.....	39
Tipo de Diseño.....	40
Instrumentos, Aparatos y Materiales.....	40
Procedimiento.....	43
Análisis Estadístico.....	45
RESULTADOS.....	46
DISCUSIÓN.....	53
REFERENCIAS.....	59
APÉNDICES.....	69

“La respiración consciente nos permite ver con claridad que el abuso, las amenazas y el dolor que tuvimos que soportar en el pasado no están sucediendo ahora y que podemos permanecer a salvo en el presente. Al respirar conscientemente, sabemos que los acontecimientos que se desarrollan en esas películas mentales no son reales, y el mero hecho de recordarlo desactiva su poder para dirigirnos”.

Thich Nhat Hanh

AGRADECIMIENTOS

A Ana por acompañarme en este camino académico, su amistad, apoyo, consejos de vida y guiarme en el entrenamiento de la mente.

A mi revisora, la Dra. Lydia Barragán, gracias por su apoyo durante la maestría, su compromiso, por compartir todo su conocimiento y brindar el espacio para llevar a cabo la capacitación.

A mis revisores el Dr Samuel Jurado, el Mtro. Miguel Ángel Medina y el Dr. Agustín Vélez. por enriquecer este trabajo y por mi formación como psicóloga.

A mi familia, Tere y Ale mis papás por su amor, apoyo y guía. A mis hermanos Liz y Dany, por estar acompañándome en todo momento, por su cariño y su nobleza. Los amo.

A Patro, gracias por la confianza de compartir tu espacio terapéutico y a tu familia, por motivarme a crecer como persona y psicóloga, por la amistad que me has brindado en estos años.

A Lili, José Luis, Sunee, Dana, Dany, Lalo, Esme, César, Tanya, Luis, Carlos, Aldo, Yaz, Mabel, Erick, Rafa, Vero y Ale, por su participación en el proyecto, su compromiso, por tener la motivación correcta y las contribuciones para mejorar el programa.

A mis amigos de generación por todas las experiencias compartidas, las risas, el apoyo y sus aportaciones como profesionales: Dana, Moni, Said, Dany, Gerry y David.

A mis queridas Dany y Kiki, gracias por su amistad, sus enseñanzas en la residencia y el apoyo para mi tesis.

A mi otra familia, Rodrigo, Faby, Pao, Jen, Sam, Chucho, Roy, Karen y Karina. Es muy valioso el apoyo que me han dado en todos estos años de amistad, es lindo compartir el camino con personas como ustedes.

Resumen

Evaluación del método de formación a psicoterapeutas en atención plena compasiva para dejar de fumar; integrado por: la enseñanza teórica de los componentes, habilidades para implementarlos y la práctica vivencial. Se encontró un incremento significativo de los conocimientos conceptuales ($t(14) = -8.017, p < 0.05$), evaluados a través de un cuestionario teórico que se aplicó al iniciar ($\bar{x} = 10.64, DE = 2.65$) y al finalizar el programa ($\bar{x} = 15.81, DE = 1.76$). La evaluación de habilidades prácticas y clínicas, a través de sesión simulada con sistema observacional, resultó en una concordancia inter-observador Aceptable (Kappa .354, 68.03% del acuerdo). Los resultados de las variables psicológicas, brindaron datos de la práctica vivencial; sugieren que las habilidades de atención plena evaluadas por el Cuestionario de cinco facetas de Mindfulness, las facetas de *actuar con consciencia* ($t(13) = -4.74, p < 0.05$), *observación* ($t(13) = -4.248, p < 0.05$) y de *reactividad* ($t(13) = -3.22, p < 0.05$), incrementaron significativamente; la faceta de *juicio* decrecimiento significativamente ($t(13) = 3.73, p < 0.05$). Por otro lado, los terapeutas incrementaron significativamente sus niveles de felicidad duradera ($t(13) = -2.339, p < 0.05$) y disminuyeron los niveles de felicidad fluctuante ($t(13) = 2.526, p < 0.05$). También se registró una disminución significativa de síntomas de depresión ($Z = -2.096, p < 0.05$), al inicio los síntomas se ubicaban en un *nivel moderado* ($Md1 = 17.87, DE = 7.65$) y al finalizar se ubicaron en el rango *sin depresión* ($Md2 = 14.00, DE = 1.94$). Coincidiendo con la disminución significativa, de los afectos negativos semanales ($t(13) = 4.249, p < 0.05$). Estos hallazgos sugieren que este método de formación y evaluación a terapeutas en este enfoque, es adecuado para capacitar a los terapeutas en los componentes teóricos y prácticos, denotando fidelidad de la implementación de la intervención y beneficio del bienestar psicológico de los terapeutas.

Palabras clave: *formación a terapeutas, atención plena, compasión.*

Abstract

Evaluation of the method of training psychotherapists in compassionate mindfulness to stop smoking; integrated by: the theoretical teaching of the components, skills to implement them and the experiential practice. There was a significant increase of the conceptual knowledge was found ($t(14) = -8.017, p < 0.05$), when evaluating them through a theoretical questionnaire that was applied at the beginning ($\bar{x} = 10.64, DE = 2.65$) and at the end of the program ($\bar{x} = 15.81, DE = 1.76$), which refers to an adequate theoretical management of the therapists. The evaluation of practical and clinical skills, through simulated session with observational system, resulted in an acceptable inter-observer agreement (Kappa .354, 68.03% of the agreement). The results of the psychological variables, provided data of the experiential practice; suggest that the mindfulness skills assessed by the Five Facets of Mindfulness Questionnaire, the facets of acting with awareness ($t(13) = -4.74, p < 0.05$), observation ($t(13) = -4.248, p < 0.05$) and reactivity ($t(13) = -3.22, p < 0.05$), increased significantly; the facet of judgment decreased significantly ($t(13) = 3.73, p < 0.05$). On the other hand, the therapists significantly increased their levels of authentic-durable happiness ($t(13) = -2.339, p < 0.05$) and decreased levels of fluctuating happiness ($t(13) = 2.526, p < 0.05$). There was also a significant decrease in symptoms of depression ($Z = -2.096, p < 0.05$), at the beginning the symptoms were at a moderate level ($Md1 = 17.87, SD = 7.65$) and at the end they were in the range without depression ($Md2 = 14.00, DE = 1.94$). Coinciding with the significant decrease of weekly negative affects ($t(13) = 4.249, p < 0.05$). These findings suggest that this method of training and evaluating therapists in this approach is adequate to train therapists in the theoretical and practical components, denoting fidelity of the implementation of the intervention and benefit of the psychological well-being of the therapists.

Key words: training therapists, mindfulness, compassion.

Introducción

La formación a psicoterapeutas en cualquier corriente psicológica es un área que requiere de mayor investigación, Haudiquet (2008) menciona que es necesario que exista coherencia entre la práctica terapéutica y el marco teórico que profesa el terapeuta, haciendo énfasis en que la psicoterapia no se reduce a la aplicación de técnicas, “sino que es un saber ser” (experiencia interna), o sea un conjunto de actitudes para que el estudiante tenga tiempo de integrarlas haciéndolas parte de su praxis, es por ello, que es necesario desarrollar nuevos paradigmas de formación y evaluación, que se complementen con la autoevaluación. El consorcio de fidelidad de los tratamientos conductuales (BBC, por sus siglas en inglés), recomienda que al publicar los resultados de una intervención, es importante brindar información sobre la formación sistematizada a psicoterapeutas en el modelo o programa a investigar, asegurándose de evaluarlos antes, durante y después de ser capacitados (Bellg et al., 2004).

En México, se han realizado algunas investigaciones que se acercan al estudio de la fidelidad de los terapeutas en la implementación de las intervenciones psicológicas, pero en todas ellas solo se reporta el buen o mal uso de las técnicas, evaluadas a partir de sistemas observacionales o llamadas también listas cotejables de la sesión (Zanatta & Yurén, 2012). Sin embargo, los nuevos paradigmas en psicología como las terapias contextuales o de tercera generación, específicamente los modelos basados en atención plena y compasión, no cuentan con datos sobre la formación a psicoterapeutas, estas corrientes proponen como parte de su capacitación el aspecto vivencial, es decir, los terapeutas requieren de la práctica de los dominios que enseñarán a los pacientes (Barraca, 2009; Cebolla & Campos, 2016).

En los últimos años, la atención plena ha sido llevada al campo de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (DSM-5, APA, 2013). Esta técnica, además de ser sencilla, breve, fácil de aprender y aplicar, puede ocuparse tanto en formato grupal como individual (Moreno-Coutiño, 2012), ha mostrado ser efectivo en el tratamiento de las adicciones (Brewer, Elwafi & Davis, 2013; Chies & Serretti, 2014; Davis, Mills, Stankevitz, Manley, Majeskie & Smith,

2013; Marlatt & Kristeller, 1999; Schuman-Olivier, Hoepfner, Evins & Brewer, 2014).

Una hipótesis, desarrollada desde las teorías conductuales, sobre el éxito de esta técnica en el tratamiento de conductas adictivas, es su similitud con los modelos del proceso adictivo, especialmente con el condicionamiento operante (reforzamiento positivo y negativo). Tomando la dependencia a la nicotina como un ejemplo, explican que, por la memoria asociativa entre los estados afectivos y el consumo, este aprendizaje puede conducir a una mayor relevancia de las señales futuras, las señales positivas y negativas se vuelven motivantes; al consumir de forma repetida, se convierte en una conducta automática o habitual, lo que lleva a un comportamiento inducido. Estos modelos psicológicos, distinguen como disparadores del consumo al cuerpo afectivo, cognitivo, volitivo y los componentes conscientes de las reacciones emocionales, además de ofrecer análisis de relaciones causales detallados entre estos procesos y su origen, lo que aporta un enfoque integral para el manejo de los disparadores y la prevención de recaídas (Brewer et al., 2013).

El National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2010) reporta que, en la actualidad, las principales opciones que existen para las personas que fuman son las terapias cognitivo-conductuales de segunda generación, las cuales pueden combinarse con tratamientos farmacológicos que van desde los tratamientos de reemplazo de nicotina hasta el uso de medicamentos adyuvantes para dejar de fumar, como el bupropión y el tartrato de vareniclina. En cuanto a la efectividad de estos tratamientos, se reporta éxito para alcanzar la abstinencia en el momento en que los participantes los reciben hasta un periodo de 6 meses posteriores, sin embargo, del 75 al 80% de las personas que intentan dejar de fumar sufren una recaída.

Se ha encontrado que la mayoría de las recaídas en la cesación del tabaco, están relacionadas a factores emocionales como el estrés, los afectos negativos y la sintomatología depresiva (Baker, Brandon & Chassin, 2004; Correa-Fernández et al., 2012; Shifman & Sayette, 2005). Por estas razones, es necesario integrar intervenciones novedosas y metodologías para su evaluación, que permitan

atender estos factores asociados a las recaídas, para brindar opciones que permitan a las personas alcanzar su meta de abstinencia, trabajar con el craving y síntomas ansiosos-depresivos.

Oikonomou, Arvanitis y Sokolove (2016), realizaron un meta-análisis mediante una revisión sistemática de la efectividad del entrenamiento en atención plena en la cesación del consumo de tabaco, retoman cuatro estudios aleatorizados con 474 participantes; los resultados demostraron que el 25.2% de los participantes permanecieron abstinentes por más de 4 meses en los grupos que recibieron intervención basada en atención plena, en comparación con el 13.6% de aquellos que recibieron un tratamiento cognitivo-conductual de segunda generación. Estos datos coinciden con lo encontrado por Davis, Manley, Golberg, Stevens & Smith en 2014, en un estudio aleatorizado comparando el entrenamiento en AP con un control de igualación y una intervención intensiva para dejar de fumar de corte cognitivo-conductual de segunda generación, brindadas a 175 consumidores de tabaco con nivel socioeconómico bajo. Las primeras evaluaciones no mostraron diferencias entre los grupos de acuerdo con sus características. Después de la intervención a partir de prueba bioquímica para obtener niveles de cotinina, se encontró que el 25% de los participantes que fueron entrenados en AP, mostraron abstinencia durante 6 meses a diferencia de los controles (17.9%), además encontraron cambios en sus impulsos, en el estrés percibido y en evitación experiencial.

Viridine et al. (2016) a través de un estudio aleatorizado que evaluó este tipo de intervención, enfatiza el potencial de la AP para prevenir recaídas y mejorar la recuperación de la abstinencia después de una caída.

Es así que, “la diseminación e investigación del uso de la atención plena en el ambiente científico y clínico ha generado una revolución, debido a varios factores, por un lado, los estudios que han mostrado que puede ser una terapia altamente eficaz, como los reportados anteriormente; por otro lado, la demanda social de espacios de calma, serenidad y autocuidado que las personas requieren por el mundo tecnológico y multitarea en el que viven. Por último, el factor pedagógico, sobre como transmitir estas enseñanzas” (Cebolla & Campos, 2016).

El estudio de este factor pedagógico, es realmente importante en la fidelidad de implementación de las intervenciones (Kazdin, 2007), los psicoterapeutas capacitados en los modelos teórico-prácticos, deben contar con habilidades específicas basadas en el modelo teórico-conceptual, las cuales pueden evaluarse para determinar la adherencia del terapeuta al modelo de intervención (Bellg et al., 2004).

En México se ha desarrollado un modelo de Atención Plena Compasiva (APC) para la Salud (Moreno-Coutiño & Sánchez-Paquini, en prensa), que es culturalmente relevante y ha mostrado buenos resultados, fue evaluado en pacientes con asma, al compararlo con un tratamiento estándar cognitivo-conductual de segunda generación, se encontró que ambos tratamientos resultaron efectivos para reducir la sintomatología ansiosa, mejorar la calidad de vida y regular ciclos de cortisol diurno, sin embargo, la terapia basada en APC, redujo los síntomas de asma, mejorando el control de la enfermedad y otros indicadores fisiológicos, además de mantener el cambio hasta los tres meses posteriores (Sánchez-Paquini, 2017). Este mismo tratamiento se aplicó en pacientes con depresión y trastorno por atracón, candidatos a cirugía bariátrica, mediante un diseño n=1 con dos réplicas, los tres participantes obtuvieron mejoras en ambos padecimientos con un tamaño del efecto de moderado-grande de acuerdo al índice NAP (Noverlap of all pairs, índice para diseños de caso único), considerándose así una intervención efectiva para dichos trastornos (Santiago, 2016).

A partir de los resultados de los estudios antes mencionados, es que se ha considerado la necesidad de adaptar esta intervención terapéutica para la cesación del tabaco, enfocada en transmitir conceptos concretos y desarrollar habilidades particulares, apoyando en el logro de la abstinencia, mejorar el bienestar psicológico y prevenir recaídas. Para lograrlo se requiere de terapeutas con características específicas que garanticen el desarrollo adecuado de la intervención. De acuerdo con Cebolla y Campos (2016), el modelo de enseñanza deberá permitir el desarrollo de habilidades y conocimientos teóricos suficientes para practicar la AP, retomar el aspecto compasivo, la felicidad interna y afectos

positivos, relacionados con la filosofía budista de raíz, por lo que en el presente estudio se evaluarán esos factores. El objetivo principal de la presente investigación es formar a profesionales de la psicología en un modelo de Atención Plena Compasiva dirigida a la cesación del tabaco, que cumple con los requerimientos de intervenciones basadas en evidencia. Los terapeutas serán capacitados en conocimientos teóricos del tema, desarrollo de habilidades para llevar a cabo la intervención, así como la práctica personal de dichas estrategias. Con la finalidad de contar con terapeutas formados en este modelo y brindar enfoques que permitan una mejor atención de dicha problemática.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Atención plena y compasión: definición y fundamentos.

La filosofía budista hace énfasis en la importancia de una mente entrenada para desarrollar una interpretación más adecuada de la realidad, asegura que una mente entrenada en la práctica de la atención plena puede lograr un estado de mayor tranquilidad sin dejarse llevar por los deseos, preocupaciones o engaños que se originan debido a una interpretación equivocada de las experiencias. Esta filosofía trata de identificar creencias que son comunes en los seres humanos y que ocasionan una percepción que refuerza el “sufrimiento”. Una de estas creencias se basa en la idea de que las cosas y seres tienen una especie de existencia independiente y cualidades de permanencia. La práctica de atención plena está dirigida a hacer evidentes las condiciones contrarias a estas creencias, a través de dos conceptos primordiales, la impermanencia y la interdependencia, exponiendo con claridad que todo cuanto existe se encuentra en un constante cambio e interacción activa, que modifica y relaciona a todos los fenómenos en un sin fin de maneras, algunas difíciles de ver por medio de los sentidos y métodos ordinarios, pero que siguen beneficiando al realizar una práctica cotidiana (Moreno-Coutiño, 2012).

El término de atención plena viene de la traducción de la palabra “*sati*” en idioma pali, que significa consciencia y atención. El concepto hace referencia a la práctica que permite entrenar a la mente y así, liberarse de experiencias aflictivas por medio del prestar atención al momento presente y el cultivo de experiencias positivas como el amor bondadoso, el esfuerzo gozoso y la compasión (Didonna, 2011). La modificación de estos estados anímicos se logra gracias a la adquisición de una consciencia más aguda y menos reactiva emocionalmente. El entrenamiento de atención plena tiene una aplicación sencilla, breve, fácil de aprender y se puede realizar de forma individual o grupal y ha demostrado su

eficacia en múltiples enfermedades y ámbitos de salud (Moreno-Coutiño, 2012; Noordali, Cumming & Thomson, 2015;).

Brown y Ryan (2003), proponen que al practicar la atención plena las personas “se concentren en la tarea que están realizando en ese momento, sin que la mente divague en el futuro o el pasado y sin sensación de apego o rechazo, provocando en éste energía, claridad de mente y alegría”. Esta definición se puede extender hacia la concepción de una actitud la cual predispone a una persona a relacionarse con el mundo, como lo menciona Siegel (2012) “la atención plena es una actitud correcta hacia la experiencia, o una manera de relacionarse con la vida, que ofrece una promesa de aliviar el sufrimiento, así como de convertir la vida en una realidad rica y plena de sentido”. Además, ayuda al practicante a aceptar las cosas como son, es decir, aceptar la inevitabilidad del cambio, favorece liberación de la preocupación de únicamente pensar en el “yo”, ya que el “yo” o “mi” hace que se perciba la realidad como dolorosa, así como considerar que “mi” sufrimiento es el único y el más importante.

Por consiguiente, la atención plena es una práctica o proceso de investigación activa, que involucra dimensiones cognitivas, actitudinales, emocionales, sociales y éticas. No se trata únicamente de la definición más frecuente utilizada en occidente, la cual implica un estado de alerta y orientación hacia los estímulos sensoriales, sino como lo menciona Grossman (2011), se trata de dirigir la atención deliberadamente de forma no analítica, sin dejar de lado una actitud libre de juicio, con paciencia, tolerancia y bondad; también, advierte la importancia de recurrir a la definición fundamentada en la filosofía budista, la cual ha sido desarrollada a lo largo de 2500 años bajo un enfoque fenomenológico, orientado a la comprensión de la experiencia en vivo, a diferencia de las definiciones occidentales que tienen menos de una década, y que tienden a conceptualizar el término bajo una perspectiva cuantificable, por lo que corre el riesgo de distorsionarse su sentido.

Moreno-Coutiño (2012) señala que “el entrenamiento de la atención plena no está completo si se deja de lado el cultivo de la aspiración de querer liberarse y liberar a los demás seres del sufrimiento (compasión). Si la motivación que se

tiene para practicar la atención plena es egoísta, buscando alcanzar únicamente un beneficio personal, o el de unos cuantos, se estaría actuando de forma contraria al propósito enfatizado por la filosofía budista, y aunque no se niega que los resultados sean positivos para la persona que lo practique, estos serán mucho muy limitados, pues no atenderían a los principios básicos de interdependencia e impermanencia, entre otros”.

Por otro lado, la compasión, se refiere al desarrollo gradual del entendimiento de que todos los seres sintientes están, de una u otra manera, experimentando sufrimiento, siendo este el comienzo para desarrollar la aspiración de que todos los seres estén libres de ese sufrimiento y alcancen la felicidad (Gyatso, 2003). Esta propuesta se retoma desde la tradición budista *Mahayana*, que sugiere la importancia de centrarse en el desarrollo de “la mente compasiva” la cual toma como foco de atención todo aquello que sea virtuoso (Gilbert & Tirsch, 2009). Una acción, una palabra o pensamiento virtuoso se reconocerá por su motivación, que implica el anhelo de que el sufrimiento termine y que se produzcan beneficios a otros seres. Para lograr este objetivo, como menciona Gilbert en 2013, se requieren dos procesos psicológicos: el primero es la habilidad para reconocer el sufrimiento, es decir tener la motivación para estar emocionalmente conectado con los demás, el segundo es el deseo de aliviar y prevenir el sufrimiento, así como estar predispuestos a experimentar la felicidad.

El entrenamiento en la compasión implica la adquisición de conocimientos, y habilidades o competencias dirigidas a liberar a otros del malestar o cualquier tipo de sufrimiento, este esfuerzo puede extenderse a lo largo de periodos cortos hasta meses, años o toda una vida. De acuerdo a Bornemann y Singer (2013), la práctica de la compasión requiere de motivación e intenciones claras que no se basen en la competitividad o la orientación a alcanzar un logro personal, se trata de conectarse nuevamente con los recursos que de forma innata nos hacen seres humanos, con desarrollar interés por alcanzar conocimientos que ayuden a profundizar la comprensión de uno mismo, de los demás y de la naturaleza de la realidad.

Para entender el origen y la aplicación de este enfoque, se requiere realizar una revisión de la evolución de las terapias de conducta. En el siguiente apartado se brindará una breve revisión del origen de estas terapias, sus aportaciones y limitaciones.

1.2. Psicoterapia: atención plena y compasión

Las intervenciones basadas en atención plena, se enmarcan dentro de las terapias de conducta de tercera generación, que tienen como principal objetivo resolver las limitaciones de las terapias de segunda generación (cognitivo-conductuales), replanteando el sentido contextual de la psicología clínica, es decir, romper con el enfoque médico y brindar otras explicaciones a la naturaleza de los trastornos mentales, como lo menciona Pérez-Álvarez (2006) en su artículo “La terapia de conducta de tercera generación”, las razones para tal propuesta se fundan en una discusión acerca de la naturaleza de los trastornos mentales vistos como hechos reales y ofreciendo nuevas categorías, en resumen se trata del abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida, adaptando el análisis funcional para los eventos privados; tratándose de un principio terapéutico fácil de enunciar pero difícil de llevar a cabo, de ahí la complejidad de estas terapias, las cuales requieren tener las ideas claras en varios sentidos (filosófico, conceptual y práctico).

Es importante describir las generaciones de las terapias de conducta, para identificar sus aportaciones y limitantes. Aunque desde 1958 se podría situar la primera generación, con la publicación del libro de Joseph Wolpe “inhibición recíproca”, se desarrolla una nueva forma de abordar los problemas psicológicos de tipo clínico y añadiendo los experimentos como los de Watson y el pequeño Albert en 1920, serían los estudios sobre condicionamiento operante de Skinner (1938-1971) desde los años 60, los que aportaron de manera significativa las bases para la creación de todas las técnicas aplicadas a casi todo tipo de problemas infantiles, de adultos institucionalizados, consultas clínicas habituales y programas sociales e intervenciones comunitarias. Las terapias de conducta de este periodo poseían una especial disposición ambientalista o contextual, se le ha denominado como modificación de conducta (orientación norteamericana) y

terapia de conducta (orientación inglesa) o análisis conductual aplicado (orientación del conductismo radical) (López de Uralde, 2015).

La primera generación, presenta como características comunes, la investigación sobre el aprendizaje, la aplicación de esos resultados a diversos escenarios clínicos y la sistematización de la intervención clínica (investigación) (López de Uralde, 2015). La segunda generación está situada en 1970, con la terapia cognitivo-conductual, la investigación estaba enfocada en estudiar el “guion” entre el estímulo y la respuesta, la relación entendida ahora a través de la metáfora del procesamiento de la información. Esta segunda generación, postula que las causas de los problemas emocionales y conductuales son las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones, entre otras), aunque el supuesto era mantener las técnicas centradas en el cambio conductual, desarrolladas en la primera generación, las variables de interés fueron los eventos cognitivos, sosteniendo la premisa básica de que la causa de la conducta es el pensamiento, por ello al cambiarlo se podría cambiar la conducta; sin embargo, diversas investigaciones destacaron que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados, paradójicamente producían efectos contrarios, incrementando la intensidad, frecuencia, e incluso la duración (Hayes, 2004).

Es hacia 1990, cuando surge la tercera generación o las llamadas terapias contextuales, pero es hasta 2004 cuando se dan a conocer (Moreno-Coutiño, 2012). Estos modelos trabajan bajo un paradigma muy distinto, sin intentar “limpiar” de síntomas al sujeto, sino buscando modificar su experiencia subjetiva y la consciencia que se tiene de ella (Hayes, 2004). Este movimiento, inicialmente se identifica como análisis de conducta clínica, por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional y el conductismo radical (específicamente en la conducta verbal) y posteriormente se identificó como una ciencia contextual funcional, es decir, surge de la psicología del comportamiento, pero se expande y se basa en las suposiciones contextuales sobre la centralidad de la acción situada, la naturaleza de la epistemología versus la ontología y un criterio pragmático de la verdad vinculado al objetivo específico de predecir e

influir con precisión, alcance y profundidad sobre los eventos psicológicos; manejando un programa en red de desarrollo teórico, que incluye el desarrollo de principios que describen la interacción del comportamiento y de los acontecimientos simbólicos con la genética, la epigenética y las dimensiones culturales, además del desarrollo de métodos de medición. También se han guiado esfuerzos para la investigación sobre mecanismos de mediación y moderación del cambio, por último, esta corriente abre un gran interés en la eficacia y formación de los especialistas (Hayes, Barnes-Holmes & Wilson, 2012).

Las terapias contextuales o de “tercera generación” abarcan una serie de terapias conductistas radicales las cuales poseen nombre propio como “La Terapia de Aceptación y compromiso” (Hayes, McCurry, Afari y Wilson, 1991), la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlberg y Tsai, 1991) y la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993), Terapia Conductual Integral de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996), Terapia de Activación Conductual (Jacobson et al., 2001) y las Terapias basadas en Atención Plena, las cuales se podrían categorizar en cinco terapias centrales que emplean el entrenamiento en atención plena (Cebolla y Miró, 2008), los que utilizan la meditación en su forma budista o más tradicional para enseñarla, el programa para la Prevención de Recaídas en Adicciones de Bowen, Chawla, & Marlatt (2010), el programa de Reducción del Estrés basado en Atención Plena de Kabat-Zinn (1990), la Terapia Cognitiva con base en Mindfulness (Segal, Teasdale y Williams, 2004) siendo una integración de la Terapia Cognitiva con el programa de reducción del estrés basado en Atención Plena de Kabat Zinn (1990), y las que utilizan sólo componentes de ella en los paquetes terapéuticos, teniendo en común el papel de la aceptación de la experiencia (agradable/desagradable), como una de las vías para la mejora de la salud tanto mental como física, y el uso de la estimulación y el entrenamiento de la atención plena para lograrlo.

En los últimos años el estudio de la aplicación de estas prácticas en el ámbito de la salud mental y física, se ha enfocado en brindar evidencia científica de la efectividad de este enfoque terapéutico sobre diversas enfermedades, reportando disminución de los síntomas psicológicos y físicos. En una revisión

realizada por Noordali, Cumming y Thomson en 2015, donde se examinó su efectividad sobre la reducción de síntomas psicológicos y físicos en pacientes con diabetes tipo 1 y 2. Analizaron cinco bases de datos, donde once de los estudios resultaron satisfactorios a sus criterios de inclusión, es decir con la adecuada metodología. Los principales resultados de efectividad que estos autores encontraron fueron: reducción y control del índice glucémico y la presión sanguínea; además de beneficios psicológicos, reducción de sintomatología depresiva, ansiosa y distrés.

En cuanto a las enfermedades cardíacas, se analizó una muestra de nueve estudios aleatorizados con control, mediante una revisión sistemática y meta-análisis, con una muestra de 578 pacientes que presentaban hipertensión, diabetes tipo 1 y 2, enfermedad cardíaca y antecedente de paro cardíaco reciente. Se comparó la efectividad de las terapias basadas en atención plena para la disminución del estrés y la terapia cognitiva basada en atención plena sobre la enfermedad cardio-vascular. Ambos abordajes resultaron en disminuciones significativas del estrés, depresión y ansiedad. Sin embargo, sobre los beneficios físicos solo se observan tendencias de disminución, sugiriendo que se requieren datos de seguimientos a mayor plazo para poder observar los cambios sobre los dichos parámetros y el mantenimiento de los beneficios (Abott, et al., 2014).

En México, se ha desarrollado un modelo de Atención Plena para la Salud (Moreno-Coutiño & Sánchez-Paquini, 2017 en prensa) que es culturalmente relevante a la población y ha mostrado buenos resultados; en pacientes con asma se comparó este modelo basado en atención plena contra un modelo cognitivo-conductual de segunda generación, ambos resultaron efectivos para reducir la sintomatología ansiosa, mejorar la calidad de vida y regular ciclos de cortisol diurno. La terapia mediante atención plena redujo los síntomas de asma, mejorando el control de la enfermedad y otros indicadores fisiológicos, manteniendo el cambio hasta los tres meses posteriores (Sánchez-Paquini, 2017). Esta misma intervención se aplicó en pacientes con depresión y trastorno por atracón, candidatos a cirugía bariátrica. Mediante un diseño n=1 con dos réplicas, los tres participantes obtuvieron mejoras en ambos padecimientos con un tamaño

del efecto de moderado-grande de acuerdo al índice NAP (*Nonoverlap of all pairs*), considerándose así una intervención efectiva para dichos trastornos (Santiago, 2016).

En cuanto a la depresión, ayuda a los pacientes a desligarse de procesos auto-perturbadores y rumiativos cuando se sienten tristes, ya que detrás de estos procesos existe una comparación continua entre el estado actual y el estado deseado, requerido o esperado, la esencia de esta intervención radica en “la utilización intencionada de la atención, para establecer una configuración del procesamiento de la información alternativo, el cual es incompatible con el engranaje depresivo” (Cebolla & Miró, 2008), además la capacidad de darse cuenta de la experiencia momento a momento genera un sentido de la vida más vital y rico, al observar y sin juzgar el contenido mental gradualmente aumenta la capacidad de percibir los eventos mentales ante las situaciones, generando acciones eficientes en el mundo y por lo tanto una percepción diferente de la realidad, que no se deja llevar por los eventos mentales (Grossman et al., 2004).

De acuerdo con lo revisado en diversos estudios, una de las limitaciones al evaluar la efectividad de este enfoque resulta en la metodología, ya que se recomienda utilizar una metodología mixta, debido a que para identificar los cambios producidos no sólo se deben utilizar instrumentos que indiquen diferencias significativas bajo puntuaciones o cambios sistemáticos (análisis cuantitativo), lo que genera la pérdida de datos de la experiencia de los sujetos o a la forma en la que se van construyendo los cambios que ocurren durante el proceso terapéutico (análisis cualitativo) (Onwuegbuzie & Leech, 2006), siendo una aportación de estas aproximaciones poner a trabajar dos metodologías de forma complementaria.

1.3. Tratamientos para dejar de fumar basados en evidencia

A continuación y con la intención de proponer un tratamiento basado en evidencias, se revisarán estudios dirigidos al tratamiento de la dependencia a la nicotina, con metodologías rigurosas, en los cuales se muestran los mecanismos de cambio de las intervenciones basadas en atención plena.

Es importante mencionar que en la nueva actualización del DSM-5 (APA, 2013), para los criterios diagnósticos de los trastornos relacionados a sustancias y conductas adictivas, se combinaron las categorías de abuso y dependencia en un trastorno único medido en un continuo de leve a grave, tomándose en cuenta doce síntomas, añadiéndose a la lista el “craving”, cada sustancia específica es atendida como un trastorno separado. Las intervenciones en atención plena utilizan el craving como un “mecanismo de cambio”, a continuación se describirán algunas investigaciones que evalúan estos factores de cambio.

En población mexicana se han realizado estudios para determinar los principales síntomas asociados a la abstinencia a la nicotina, en un estudio reciente que tuvo por objetivo describir la evolución de siete síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico (ansiedad, aumento del apetito y peso, enojo, irritabilidad y frustración, estado de ánimo disfórico o deprimido, dificultad de concentración, alteraciones del sueño y urgencia de consumo), medidos en cuatro momentos después de iniciada la abstinencia (24 hrs., 7, 14 y 21 días), se reportó que los síntomas aparecieron durante las primeras 24 horas, aumentado a los 7 días y comenzando a disminuir a partir de la segunda evaluación. Los síntomas de ansiedad aparecieron de forma moderada durante las primeras 24 horas y disminuyeron a partir de ese momento; en cuanto al aumento de apetito, peso y hambre, se presentó con mayor intensidad durante las dos primeras mediciones (24 horas y 7 días), comenzando a disminuir a los 14 días de abstinencia y obtuvieron el puntaje más bajo a los 21 días de abstinencia; el enojo, irritabilidad y frustración, aunque se presentó a las 24 horas después de iniciada la abstinencia, fue poco percibido por los participantes y tuvo un aumento moderado en las siguientes mediciones; en cuanto al estado disfórico o deprimido, no se reportó en las primeras 24 horas de abstinencia, su puntaje más elevado fue a los 14 días, fue el síntoma percibido con menor intensidad, es decir sus puntajes fueron más bajos comparados con los otros síntomas; la dificultad de concentración, evaluada por la percepción de los participantes, se presentó con mayor intensidad durante las primeras 24 horas; las dificultades de sueño (insomnio) se encontró un pico moderado para la primera semana; por último, la urgencia de consumo, presentó

un nivel moderado de intensidad en las primeras 24 horas, considerado uno de los síntomas más molestos para los usuarios de tabaco (Roldán-García, 2017).

En la literatura científica, los diseños de igualación al tratamiento permiten economizar tiempo y de esta forma asignar a los participantes con una variable que tenga que ver con la variable dependiente, los estudios sobre atención plena utilizan diseños que permitan evaluar a detalle los componentes de la intervención debido a que todavía son estrategias muy nuevas y requieren de rigurosidad en su estudio.

Davis, Manley, Golberg, Stevens y Smith (2014) realizaron un estudio aleatorizado comparando el entrenamiento en atención plena con un control de igualación y comparándolo con una intervención intensiva para dejar de fumar de corte cognitivo-conductual. Se recolectaron los datos en 175 fumadores con un nivel socioeconómico bajo, en el periodo de 2011 a 2012, en las primeras evaluaciones no se registraron diferencias entre los grupos de acuerdo con sus características, después de la intervención a partir de prueba bioquímica, se encontró que el 25% de los participantes que fueron entrenados en atención plena se mantuvieron en abstinencia durante 6 meses a diferencia de los controles (17.9%). Además, en el grupo que recibió la intervención en AP, se encontraron cambios en sus impulsos, en el estrés percibido y en la evitación experiencial. Si bien no se encontraron diferencias significativas en las tasas de abandono, la intervención mostró resultados positivos.

Como mecanismo de cambio en este tipo de intervenciones, se ha estudiado al componente de no juzgar la experiencia. La siguiente investigación ofrece información detallada de cómo se lleva el tratamiento utilizando esta intervención. Schuman-Olivier ob. cit. a través de un estudio piloto, aleatorizado y controlado, evaluaron los resultados de cuatro semanas de intervención, utilizando igualación del tratamiento. Compararon dos tratamientos uno basado en atención plena y otro tradicional de terapia cognitivo-conductual llamado "Freedom from smoking (FFS)". Para las evaluaciones, se obtuvo una línea base retrospectiva de consumo de tabaco, Test de Fagerström para la Dependencia Nicotínica, la subescala de "No Juzgar" del instrumento Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, esta

escala se basa en las cogniciones que generan las personas sobre ellas mismas, sus emociones, situaciones e ideas irracionales) y se realizaron tres seguimientos a los 6, 12 y 17 meses después de iniciado el tratamiento. Para la aleatorización utilizaron un programa que asignaba a los participantes a los grupos experimentales, según la edad, sexo, raza y número de cigarrillos consumidos al día. Todos los participantes recibieron 8 sesiones grupales, las cuales se describían en un manual; sólo un terapeuta impartía las sesiones de Atención plena, certificado y tenía 13 años de experiencia, dos terapeutas facilitaron el FFS, ambos especializados y certificados en psicoterapia. Eligieron el FFS debido a que es un tratamiento activo, con la descripción de las sesiones en un manual, con estándares para entrenamiento y certificación de terapeutas, además de que incluye componentes que se pueden igualar con el tratamiento guiado por atención plena. Ambos incluyen entrenamiento de relajación y práctica para casa, la meta para dejar de fumar se lleva a cabo al finalizar la segunda semana (sesión 4), la duración por sesión es de una y media horas, se llevaban a cabo el mismo día de la semana. Los materiales de práctica también se igualaron, utilizando grabaciones o videos de 30 minutos. Ninguno fue alentado para utilizar terapia de reemplazo de nicotina durante el tratamiento y solo unos pocos lo hicieron. El entrenamiento en atención plena, brinda técnicas que permiten escanear el propio cuerpo con el propósito de observar las sensaciones asociadas al experimentar Craving (deseo incontrolable por el consumo) sin juzgarlas. Las personas entrenadas en atención plena eran alentadas a reconocer realmente las sensaciones corporales aversivas asociadas a la inhalación del tabaco, desarrollando una ligera pero firme intención de dejar de fumar. A través de “tarjetas de craving” se apoyaban para controlar los factores desencadenantes y la experiencia de deseo de una manera que no se juzgaran. Además de enseñarles cómo ser conscientes de los contenidos mentales, se hizo hincapié en la respuesta consciente de antojo, incluyendo el uso de una lluvia nemotécnica “Reconocer-Aceptar-Investigar-Nota”, la práctica en casa fue a través de videos, se sugirió después de cada sesión y consistió en la combinación de técnicas formales, como la práctica con postura de meditación, las sensaciones

corporales, la respiración y los pensamientos; así como técnicas informales, la lluvia nemotécnica y la caminata con atención plena. Mientras tanto el FFS incluyó técnicas de modificación conductual, reducción del estrés, prevención de recaída y fue dividida en tres etapas: preparación, acción y mantenimiento. En la etapa de mantenimiento (sesiones 1 a 3), las personas examinaron sus patrones de consumo a través del automonitoreo (disparadores y emociones asociadas al consumo) y desarrollaron un plan personalizado para el día de abstinencia. En la sesión cuatro, cuando dejaban de fumar, reafirmaban su decisión identificando algunas estrategias que podrían utilizar ese día, se enfocaban en la distracción, en la demora y en reforzadores alternativos para evitar la experiencia. Durante la etapa de mantenimiento, identificaban maneras de mantenerse sin fumar y mantener un estilo de vida saludable, trabajaron en la importancia del apoyo social, el manejo del estrés y la relajación. Al igual que el otro tratamiento al final de las sesiones se sugería la tarea para casa a través de la combinación de técnicas formales (e. g. relajación) e informales (e. g. grabaciones y videos). Los autores tenían como hipótesis que los resultados en el componente de “no juzgar la experiencia” sería lo que podría predecir el éxito en el FFS y potencializar la abstinencia en el grupo de atención plena, encontrando que los fumadores que puntuaron menos en este componente y recibieron el entrenamiento en Atención plena mantenían más las reducciones en comparación con los que recibieron el otro tratamiento. El entrenamiento en atención plena potencializa los efectos terapéuticos al no juzgar la experiencia durante la abstinencia, por lo tanto, el “no juzgar la experiencia” se puede utilizar como un elemento en el perfil de los fumadores para asignarlos al tratamiento y apoyar la autoeficacia. En el grupo que recibió el FFS no existieron diferencias para lograr la abstinencia entre los que puntuaron alto o bajo en este componente.

En otra intervención se utilizó como biomarcador para evaluar la abstinencia, el cortisol en cabello, al ser este el principal indicador de estrés y por ende un buen predictor de recaídas. En este estudio se utilizaron dos tipos de intervenciones intensivas para dejar de fumar, en las cuales fueron igualados: entrenamiento en atención plena y otro grupo que recibió un tratamiento cognitivo-conductual

“Freedom from Smoking Enhanced”, ambos de siete semanas. Se trabajó con 18 participantes los cuales fueron aleatorizados a las dos intervenciones, se les tomó muestras de cabello de 3 cm, en línea base y un mes después de dejar de fumar. Evaluaron el afecto negativo con una escala de autorreporte antes y después de dejar de fumar. Encontrando que el cortisol disminuyó significativamente de la línea base al mes de dejar de fumar, al igual que el afecto negativo, obteniéndose una correlación directamente proporcional y moderada con las disminuciones en el cortisol ($r=.60$, $p.011$). Estos resultados demostraron que la disminución del cortisol estuvo asociado al entrenamiento en Atención plena y la abstinencia al tabaco, debido a que al mes de abstinencia se observó una reducción de cortisol en cabello del doble de la medida de la línea base. Mantenerse en abstinencia reduce el cortisol y que a su vez está relacionado con estrés psicológico (Goolberg, et. al., 2014).

Otros estudios que buscaban evaluar los cambios producidos por el entrenamiento en atención plena, han utilizado biomarcadores neurológicos, es el caso de un estudio donde analizaron si la “atención plena consciente” puede reducir marcadores de autoreporte y neurales del deseo “craving” en personas que solicitaban tratamiento para dejar de fumar. Un aspecto interesante de este artículo es que utilizan una técnica que se llama “señal inducida” para estudiar el craving, en este paradigma las personas observan imágenes relacionadas con la droga y reportan lo que sienten, todo esto durante la abstinencia; al observar a través de resonancias magnéticas los efectos de este estímulo que dispara el craving, se incrementa la actividad en la corteza del cíngulo anterior (ACC), en la corteza ventromedial prefrontal y en la corteza orbitofrontal, incluyendo a las áreas del control motor de los ganglios basales y el estriado ventral. Particularmente en la dependencia a la nicotina, las áreas asociadas al craving, incluyen el cíngulo anterior, el estriado ventral, la amígdala y el cruce temporo-parietal. Por otro lado, se reporta que las vías implicadas en la atención plena para reducir el craving, prácticamente son dos, en primer lugar, la atención plena puede utilizar regiones reguladoras de arriba hacia abajo y a su vez se ha encontrado un circuito neuronal subyacente a la regulación cognitiva de las emociones, situada en las regiones

prefrontales, como la corteza prefrontal dorsolateral y una regulación baja de las regiones límbicas subcorticales tales como la amígdala y el estriado ventral. Se entrenó a 47 fumadores en atención plena consciente con 7 estímulos visuales (señal inducida, imágenes control e imágenes relacionadas al consumo), que fumaban aproximadamente 17 cigarros al día en el último mes, se utilizó biomarcador bioquímico (Niveles de CO) para determinar la abstinencia, para el estudio debían mantener 12 horas de abstinencia. Los participantes tenían que mirar la imagen, mantener atención plena y revalorarla, después de entrenar un poco en la tarea, entraban al escáner. En la fase de mirar la imagen, se les daba la instrucción de relajarse y verla lo más naturalmente posible; en la fase de atención plena tenían que enfocarse en sus respuestas, pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones corporales, y mantenerse con una actitud de no juzgar estas respuestas, no tenían que detener el deseo- craving en la imagen que lo desencadenaba solo tenían que experimentar las respuestas internas y aceptarlas. Encontraron que la atención plena disminuía el craving relacionado con la reactividad neuronal, particularmente la que se genera en el cíngulo anterior y las vías descritas anteriormente, pero también se disminuían las respuestas de los participantes ante estos estímulos. Demostrando que este entrenamiento es corto y fácil de aprender, lo que economizaría los tiempos. Como limitantes además del tamaño de la muestra proponen evaluar la comorbilidad con otros trastornos y su efectividad (Westbrook, Creswell, Tibibnia, Julson, Kober & Tindle, 2013).

Estos estudios demuestran que incidir sobre el craving es un buen mecanismo de cambio psicoterapéutico, lo mismo encontraron Elwafi, et al. (2013), quienes llevaron a cabo un estudio donde utilizaron como componente explicativo el condicionamiento operante, particularmente el refuerzo negativo (e. g. fumar para aliviar los estados afectivos negativos), por lo que el entrenamiento de la mente se muestra prometedor para dejar de fumar, mediante la posibilidad de alterar la tendencia de una persona a fumar por el deseo (craving). Estos investigadores evaluaron los efectos de la práctica de atención plena en la relación entre el uso del tabaco y el deseo de fumar después de recibir cuatro semanas de

entrenamiento en un tratamiento basado en Atención plena, con manual para el terapeuta y adaptado para dejar de fumar. Acudían a dos sesiones por semana para completar un total de ocho sesiones y la fecha sugerida para iniciar la abstinencia fue en la sesión 4, durante el fin de semana. Los temas principales que se manejaron fueron la consciencia momentánea, la aceptación del craving (deseo intenso por consumir) y de los estados afectivos; se realizaba practica en casa, la cual fue sugerida durante las 8 sesiones como una combinación entre Practica de Atención plena formal e informal, la práctica formal consistió en: 1) la “exploración del cuerpo” que enseña a los individuos a prestar atención sistemáticamente a las diferentes partes de su cuerpo como una forma de reducir la forma habitual de la mente y fortalecer su capacidad de atención, 2) meditación compasiva llamada el pozo de los deseos de uno mismo y de los demás, mediante la repetición de una frase como “puedo ser feliz, puedo estar sano, puedo ser libre de cualquier daño interno y externo”, 3) la meditación de “consciencia de respiración” que se centra en la atención de la respiración, con el adicional intento de ayudar a las personas a ser más conscientes del momento presente y abstenerse de participar como habitualmente lo hacen, en preocupaciones sobre el pasado o el futuro. Las prácticas informales, que consistieron en: 1) el establecimiento de las aspiraciones diarias, 2) llevar a cabo las actividades diarias con atención plena, 3) las técnicas diseñadas para trabajar conscientemente con el craving (como la lluvia: reconocer, aceptar, investigar, tomar nota de los estados mentales, emociones y las sensaciones corporales de momento a momento). Durante el tratamiento fueron entrenados para registrar la práctica de atención plena, tanto formal (por minutos) como informal (número de veces) utilizando diarios estructurados. Después de la intervención, se encontraron fuertes correlaciones entre el craving y fumar, al inicio del estudio ($r=0.582$, $p=0.001$), los cuales disminuyeron al final del tratamiento ($r= 0.126$, $p= 0.491$), la práctica en casa de Atención plena predijo significativamente la abstinencia, en ambos tipos de práctica, práctica formal ($r= -0.44$, $p < 0.02$) e informal ($r= -0.48$, $p < 0.01$), la práctica informal resultó un moderador de cambio, entre la ruptura de la asociación entre el craving y la conducta de fumar. Estos

resultados sugieren que se debe incluir el manejo del craving y afectos negativos, para evaluarlos como mecanismo de cambio.

Otro mecanismo de cambio que se ha estudiado en este tipo de intervenciones, es la alianza terapéutica. En un estudio aleatorizado controlado de una intervención basada en atención plena de formato grupal para dejar de fumar, tenían por hipótesis que la alianza terapéutica podría predecir los cambios en el funcionamiento psicológico y en la atención plena, predecir la permanencia de los pacientes en el tratamiento con atención plena y la abstinencia. Golberg, Davis & Hoyt en 2013, encontraron que al evaluar la alianza a mitad del tratamiento no se encontraba como un predictor primario sobre los resultados; sin embargo, la alianza puede predecir las mejoras durante el post-tratamiento (fase de mantenimiento), asociándose como variables de cambio también: la práctica de atención plena en casa, mejoras en regulación emocional, disminución del afecto negativo, así como la permanencia en el tratamiento.

Debido a que la mayor parte del consumo de tabaco se encuentra en los adultos jóvenes, Davis, Mills, Stankevitz, Manley, Majeskie & Smith en 2013, realizaron una intervención para apoyar a jóvenes (18 a 29 años) a dejar de fumar pero que también tuvieran asociado el hábito al alcohol. A partir de un piloteo, se realizó un estudio aleatorizado donde se asignaron a dos condiciones de tratamiento a los participantes, una intervención novedosa para dejar de fumar basada en el “Entrenamiento en Atención plena para Fumadores (EMF)” y comparada con otra intervención intensiva llamada “Interactive Learning for Smokers (ILS)”. El EMF consistió en seis clases semanales guiadas por un instructor, sobre cómo utilizar la atención plena para manejar los precursores conocidos que los llevaban a la recaída, incluidos los disparadores de fumar, emociones fuertes, situaciones estresantes, pensamientos adictivos, deseos y síntomas de abstinencia. Cabe mencionar que este programa define a la Atención Plena, *como una habilidad cognitiva de prestar atención momento a momento, para experimentar con una postura mental de aceptación y no reactividad*. Se igualó a los grupos utilizando una caminata diaria no dirigida de meditación en atención plena. La selección de los participantes se llevó a cabo en escuelas

locales. Las medidas iniciales primarias incluyeron: fumar, confirmación bioquímica de la abstinencia y la reducción en el consumo de alcohol al final del tratamiento (2 semanas después del intento de dejar de fumar). Se tuvo una muestra de 55 personas, el 70.9% fueron hombres, la media de edad fue de 21.9 años y con un promedio de consumo de alcohol de 11.79 bebidas por semana. Las tasas para dejar de fumar fueron más altas en la intervención basada en atención plena, se correlacionó positivamente el consumo de alcohol con las recaídas en el consumo de tabaco. Por lo que, esta intervención piloto resultó prometedora para dejar de fumar y en la reducción en el consumo de alcohol, pero se requiere probarlo con una muestra mayor.

Como lo mencionan Bowen, Chawla y Marlatt (2010, p.16), el objetivo de llevar la atención plena compasiva al ámbito de las conductas adictivas, en especial a la dependencia a la nicotina, es apoyar a las personas con estas problemáticas a que vean las cosas “tal como son” en lugar de centrarse en el futuro para buscar su siguiente consumo, reconociendo, sintiendo y aceptando el malestar cuando este surja, y al mismo tiempo entender la experiencia en toda su profundidad en lugar de intentar evitarla continuamente, apoyados por la compasión para aceptar y mostrarse abiertos más que la culpabilidad, censura y vergüenza por la propia conducta. Estos autores también mencionan, que la práctica de la atención plena favorece el darse cuenta de la naturaleza cambiante de las cosas: nuestras mentes, cuerpos y entornos se encuentran en un cambio constante; incluyen un ejemplo: una persona que fuma no es capaz de imaginarse 45 minutos sin un cigarro, porque no se da cuenta de sus deseos, aparentemente incontrolables, los cuales podrían ser atenuados si llegara a ser capaz de sobrellevarlos. Es así, que la atención plena puede proporcionar, como se describió en las investigaciones anteriores, medios eficaces de enfrentarse a los impulsos y deseos, lo cual implica el observarlos sin resultar aniquilados o devorados por ellos, proporcionando un estado de consciencia metacognitiva en el que uno puede contemplar “el cuadro completo”, dando mayor sentido de libertad y capacidad de elección.

De la revisión anterior, se observa que las estrategias mundiales para la atención del abuso de sustancias, de manera general, se propone el desarrollo de tratamientos basados en evidencia, que brinden atención dirigida al desarrollo de estrategias para el cambio de la conducta de consumo, pero comúnmente dejan a un lado factores de bienestar personal. El modelo de atención plena compasiva propuesto en este estudio contempla todos estos componentes, variables y métodos de evaluación para estudiar su efectividad, haciendo énfasis en los aspectos esenciales para la enseñanza a terapeutas.

1.4. Formación a psicoterapeutas: el perfil de los facilitadores y psicoterapeutas en atención plena compasiva

La práctica de la psicología en México está mediada por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, pp. 35), donde los principios generales están regidos por un precepto fundamental “El psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas, bajo un criterio rector que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología. Por tanto, se adhiere a los siguientes principios: respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, cuidado responsable, integridad en las relaciones y responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad”.

Pero sin los elementos necesarios de capacitación, la terapia más eficaz, el análisis más certero y la técnica más poderosa, pueden resultar inútiles si el terapeuta no ha desarrollado un repertorio de actuación que le permita ser comprometido, motivar al paciente y solventar las dificultades que surjan a lo largo de la terapia; así como un cirujano que diagnóstica y debe operar sabiendo perfectamente los pasos para realizar el procedimiento (conocer la técnica quirúrgica) y al igual fracasar si no tiene la habilidad, los psicoterapeutas poseen también estas dimensiones y muchas cualidades más, porque a diferencia del cirujano, requerirá de la colaboración del paciente (Barraca, 2009).

La formación a psicólogos en México, ha cursado por diferentes estrategias de enseñanza, desde la década de los setenta se ha planteado la necesidad de generar diseños curriculares y metodologías de enseñanza basados en la investigación, asegurando los preceptos del código ético (Zanatta & Yurén, 2012). Uno de los grandes problemas de la enseñanza de la Psicología Clínica en nuestro país, ha sido la desvinculación entre el conocimiento teórico y práctico, Esparza-Meza y Blum-Grynberg (2009) proponen que para optimizar la enseñanza y profesionalización de los psicólogos clínicos, se requiere de suficiente práctica clínica *in situ* bajo supervisión, con la finalidad de que los conocimientos teóricos cobren significado y de esta forma puedan aplicarlos, estas autoras investigaron un programa de formación integral, dando seguimiento a cinco generaciones de psicólogos clínicos, que se formaron de 1995 a 2000 en diferentes enfoques, abriendo espacios de práctica supervisada donde pudieran aplicar las siguientes competencias: psicodiagnóstico, intervención psicológica, evaluación, prevención, trabajo interdisciplinario e investigación, practicas adecuadas de un ejercicio profesional responsable y ético, bajo un modelo de enseñanza de actividades graduales, planeadas y organizadas. Las autoras encontraron, un índice de eficiencia terminal (conclusión del programa formativo) de 86.7% al 100%, consideraron como indicador útil evaluar la eficiencia interna del programa a partir del promedio de calificaciones, ya que representa un indicador de responsabilidad del estudiante, en esta investigación obtuvieron un promedio de 8.4 a 9.9. Por lo tanto, la adquisición de nuevas competencias son el resultado de las combinaciones entre las acciones formativas y el aprender haciendo de los alumnos, interacción con el equipo docente, otros compañeros y un proceso continuo de aprendizaje experiencial.

Haudiquet (2008) menciona que es necesario que exista coherencia entre la práctica terapéutica y el marco teórico que profesa el terapeuta, haciendo énfasis en que la psicoterapia no se reduce a la aplicación de técnicas, “sino que es un saber ser” (experiencia interna) o sea un conjunto de actitudes para que el estudiante tenga tiempo de integrarlas como haciendo parte de su praxis, es por

ello que es necesario desarrollar nuevos paradigmas de formación y evaluación, que sean complementados con la autoevaluación.

Es así que, la capacitación en cualquier tipo de modelo terapéutico requiere de una serie de elementos tanto personales como habilidades clínicas del terapeuta, que se han asociado a mejores resultados en el tratamiento. Bados y García (2011) señalan los siguientes: para tener un buen *ajuste psicológico general*, algunos programas de formación ofrecen la posibilidad o la obligación de realizar terapia personal, específicamente se sugieren módulos de desarrollo personal que aumenten el auto-conocimiento, mejora de cualidades personales, habilidades sociales y manejo del estrés; la *experiencia vital* ya sea directa o vicaria, facilita la comprensión de sentimientos y vivencias de los pacientes, recomendando no atender a pacientes con problemáticas similares a las que ellos cursan; *conocimientos de contextos socioculturales diversos*, conocer estas normas y valores de los pacientes para que no se obstaculice el proceso terapéutico; así como el recibir una buena *formación teórica y práctica*.

Debido a que el presente trabajo está enfocado a la formación a de psicoterapeutas en un modelo de tercera generación de terapia conductual basado en atención plena compasiva, para apoyar a personas a dejar de fumar, resulta prioritario ahondar en las habilidades clínicas para aplicar estas nuevas prácticas psicoterapéuticas.

Barraca (2009) describe que las habilidades terapéuticas tradicionales para la práctica de la terapia cognitivo-conductual se dividen en *habilidades* básicas (vinculadas a la relación terapéutica) como la empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad, etc., *habilidades de escucha* (clarificación, paráfrasis, reflejo, síntesis), *habilidades de acción verbal* (preguntas, confrontación, interpretación, análisis de información), *conocimientos generales del modelo* (bases del modelo, aplicación práctica, variantes, etc.), *Competencias en técnicas conductuales y cognitivas concretas* (entrenamiento en habilidades sociales, relajación, reestructuración cognitiva, etc.) y otras habilidades generales (fluidez, flexibilidad, seguridad, etc.).

En cuanto a las habilidades psicoterapéuticas requeridas en la tercera generación, se debe recordar que el trabajo clínico tiene un planteamiento

contextual, enfatizando la funcionalidad de la conducta y la flexibilidad como criterio de adaptación ante los problemas (sin centrarse en la desaparición del síntoma) (Hayes, 2004), Barraca en 2009 (pp. 112-113), señala habilidades particulares para algunos tipos de terapia de tercera generación vinculando con sus fundamentos teóricos, que se mencionan a continuación:

Habilidades particulares de la Terapia de Aceptación y Compromiso:

- Capacidad para ofrecer explicaciones, recordar metáforas, crearlas y hablar con lenguaje metafórico, soltura en los ejercicios experienciales, utilizar paradojas, manejo de otras técnicas como: modelamiento y ensayo conductual.

Habilidades particulares de la Terapia Conductual Dialéctica

- Capacidad para ofrecer explicaciones (jerarquizar la intervención, psicoeducación sobre los padecimientos, etc), conocimiento y soltura de técnicas de meditación y atención plena (para lograr aceptación de sentimientos, emociones, tolerancia al malestar, etc, y la validación personal), trabajo en grupo de co-terapia, manejo de otras técnicas como: exposiciones, control de contingencias, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas, asertividad, etc.

Habilidades particulares de la Psicoterapia Analítico Funcional:

- Capacidad para ofrecer explicaciones (psicoeducación, conceptos, etc.), diferenciar entre varias funciones de respuesta (Conductas Clínicamente Relevantes “CCR”, que en este modelo son tres: CCR1: las manifestaciones del problema en consulta, que son en un inicio por las que se solicita el apoyo; CCR2: las manifestaciones de mejoría en consulta- conductas alternativas “positivas” y CCR3: las interpretaciones que el cliente hace de sus propias conductas, en particular cuando adquieren una forma similar del análisis funcional). Asignar, explicar y gestionar registros como técnica de tratamiento y no solo como forma de evaluación, manejar otras técnicas como habilidades sociales y terapia cognitiva.

- Destreza en las Cinco reglas terapéuticas
 - Atender las CCR's, Evocar las CCR1, Reforzar las CCR2, Observar los efectos reforzantes de la conducta del terapeuta sobre las CCR's del paciente y Ofrecer interpretaciones funcionales sobre las variables que afectan a la conducta.

Las destrezas de un terapeuta de tercera generación por el tipo de estrategias terapéuticas que implementará pueden ser: habilidades de discriminación de respuesta, habilidades de fluidez, repertorio y competencia verbal para facilitar la persuasión y motivación, debido al uso extensivo de metáforas y paradojas; así como habilidades de ejecución motora, no basta con ser un buen modelo en el entrenamiento de habilidades sociales, sino que hay un saber actuar de forma extraordinariamente flexible; habilidades para demostrar empatía, como elemento facilitador del cambio y uno de los ingredientes esenciales de terapia. Apoyando la alianza terapéutica, debido a que de esta forma se puede acompañar y comprender al paciente, ponerse a su nivel y estar alerta para no caer en la fusión o literalidad que se trata de trabajar en el paciente (Barraca, 2009).

El modelo de atención plena compasiva propuesto en este estudio, plantea que el terapeuta a la par de aprender los fundamentos teóricos-filosóficos, practique el modelo y lo aplique a su vida. Los fundamentos teóricos básicos que deberá manejar son: definición de la atención plena y efectos de la desregulación emocional sobre la salud, origen del sufrimiento, definición de compasión, eventos mentales, causalidad, impermanencia y entendimiento del vacío. Las habilidades de enseñanza que tendrá que mostrar al brindar las sesiones y apoyar a los pacientes a comprender estos componentes serán: destrezas verbales por el uso de metáforas y paradojas, práctica de las habilidades de ejecución motora para modelar la postura de meditación, realizar cuestionamientos, utilizar creatividad y humor, escuchar a los pacientes, resumir y señalar puntos clave de cada uno de los componentes. Del proceso terapéutico que son aquellas habilidades que favorecen la alianza y adherencia, se destacan la planeación de la sesión, la organización de los tiempos, la actitud tranquila, brindar bienvenida a las sesiones,

encuadrar, sonreír, apoyar y manejar la resistencia para favorecer la práctica de los componentes.

En México, no se cuenta con investigaciones sobre los programas de capacitación en los modelos basados en atención plena compasiva, debido a que son modelos nuevos. De acuerdo con la información revisada hasta este punto, se propone que los programas de formación en este modelo integren la enseñanza teórica y práctica de los fundamentos filosóficos y conceptuales, capacitación en la aplicación de los contenidos prácticos, habilidades terapéuticas del manejo individual y grupal, evaluación teórica y supervisión en sesiones ficticias (para asegurar la comprensión conceptual y práctica antes de la aplicación en escenarios reales). De igual manera evaluar la práctica personal del entrenamiento en atención plena compasiva. Este último elemento se incluye, debido a que en estas corrientes se propone que los terapeutas deben ser practicantes del modelo para desarrollar el entendimiento de los conceptos, favorecer un estado de salud mental óptimo y mejorar la alianza terapéutica (mecanismo de cambio en la adherencia del tratamiento para dejar de fumar).

Siegel (2012) menciona que los terapeutas formados en este enfoque, estarán más presentes en su trabajo como profesionales de la salud y a medida que establezcan una conexión completa con las personas que atiendan, lograrán uno de los factores más importantes para favorecer su recuperación, desarrollando de manera simultánea una respuesta positiva hacia su labor terapéutica. Los estudios revelan que, en profesionales de la salud, la práctica de la atención plena incrementa su desarrollo profesional, mejora la sensación de bienestar, promueve una actitud positiva hacia los pacientes, previene el estrés profesional y refuerza la entereza para cuidar a otras personas (Krasner, et. al., 2009).

La evidencia de estos tratamientos, sobre los resultados de efectividad, los componentes utilizados, las técnicas de evaluación y la información que incluyen sobre la formación de los terapeutas, abren la puerta para el desarrollo de esta intervención adaptada a la cesación del tabaco y la creación del programa formativo a terapeutas, el cual será descrito en la siguiente sección.

PROGRAMA PARA LA FORMACIÓN A TERAPEUTAS EN ATENCIÓN PLENA COMPASIVA PARA EL TRATAMIENTO DIRIGIDO A LA CESACIÓN DEL TABACO

2.1. Carta Descriptiva del Programa

Programa de formación en atención plena compasiva para la cesación del tabaco

Descripción General

Consta de 5 módulos, los primeros 3 serán dirigidos a los contenidos teóricos, la enseñanza de las herramientas y técnicas que se enseñan a las personas. Los módulos 4 y 5 son teórico prácticos, a través de la enseñanza de habilidades clínicas para el manejo grupal y el cómo enseñar a las personas las herramientas, siendo evaluadas a través de la supervisión de dos vídeos con situaciones simuladas. Con una duración total de 26 horas (24 horas presenciales y 2 horas de supervisión).

Objetivo

Desarrollar en los terapeutas conocimientos teóricos y habilidades clínicas, para implementar la atención plena compasiva dirigida al tratamiento del consumo problemático del tabaco, a través de un método de enseñanza basado en contenidos teórico-prácticos y vivenciales.

Descripción de los Módulos

Módulo 1: introducción a la atención plena y compasión

Duración: 3 sesiones (9 hrs.)

Objetivo:

SESIÓN 1	<p>Evaluación e Introducción al programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de instrumentos para evaluación teórica basal e instrumentos de autoinforme • Actividad de integración grupal • Entrega de materiales y cronograma de actividades <p>Introducción a la atención plena y compasión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de atención plena y de la compasión • Efectos de la práctica de atención plena y de la compasión en la salud • Efectos de la atención plena en las adicciones: tratamiento para la cesación del tabaco. • Definición de la atención plena compasiva • Breve sección de psicoeducación ¿Cómo el estrés afecta la salud? En el cerebro, sistema endócrino e inmunológico y cambios neurológicos debidos a la práctica.
SESIÓN 2	<p>Bases de la Atención plena y compasión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones aflitivas y sus soluciones • Naturaleza de las emociones, pensamientos y sensaciones • Percepción e interpretación de la realidad • Juicios internos y flexibilidad psicológica <p>Introducción y consideraciones básicas para la práctica de la</p>

	meditación.
SESIÓN 3	<p>Las verdades sobre el sufrimiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Historia de la atención plena y las verdades sobre el sufrimiento• La verdad del sufrimiento• La verdad del origen de las emociones aflitivas• Acciones para terminar con las emociones aflitivas <p>Conceptos básicos de la atención plena</p> <ul style="list-style-type: none">• Ley de causa y efecto• Todos los fenómenos son compuestos (interdependencia)• Todos los fenómenos son impermanentes• Todas las emociones producen sufrimiento• Todos los fenómenos son vacíos en sí mismos
<hr/> Módulo 2: Atención Plena y Compasión en la Vida Cotidiana Duración: 2 sesiones (6 hrs.) <hr/>	
SESIÓN 1	<p>Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana</p> <ul style="list-style-type: none">• Piloto automático y parloteo mental• Tipos de meditación<ul style="list-style-type: none">○ Meditación Samatha○ Meditación Vipassana• Práctica formal e informal <p>Comunicación atenta y compasiva</p> <ul style="list-style-type: none">• Amor bondadoso• Compasión• Compasión vs Empatía• Ecuanimidad• Relaciones compasivas con uno mismo y con los demás
SESIÓN 2	<p>Acciones que favorecen el bienestar</p> <ul style="list-style-type: none">• Paciencia• Generosidad• Ética• Esfuerzo gozoso• Concentración• Sabiduría
<hr/> Módulo 3: Mantenimiento de la Práctica Duración: 1 sesión (3 hrs.) <hr/>	
SESIÓN 1	<p>Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana con la interpretación correcta de la realidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Contemplar<ul style="list-style-type: none">○ La mente en la experiencia presente○ Ley de causa y efecto○ Fenómenos compuestos (interdependencia)○ Impermanencia○ Todas las emociones producen sufrimiento• Acción<ul style="list-style-type: none">○ Actitud compasiva

- Acciones que favorecen el bienestar
- Implementación de la nueva perspectiva:
escribir una situación actual y como planear las acciones

Viviendo con atención plena y compasión

- Observar los cambios que he tenido en la interpretación de la realidad y mis acciones
- Qué cambios quiero mantener y cuáles seguir trabajando
- Importancia de la práctica constante
- Identificando y superando barreras
- Dinámica de cierre

Módulo 4: Herramientas Clínicas

Duración: 1 sesión (3 hrs.)

SESIÓN 1	Manejo de grupo Manejo de resistencias al cambio
-----------------	---

Módulo 5: supervisión clínica

Duración: 1 sesión presencial (3 hrs.)

Supervisión por vídeos de grupos ficticio (2 hrs.)

SESIÓN 1	Implementación de la intervención (sesiones simuladas) Evaluación observacional por supervisores.
-----------------	--

SESIÓN 2	Implementación de la intervención (sesiones simuladas) Evaluación observacional por supervisores.
-----------------	--

SESIÓN 3	Evaluación del programa
-----------------	-------------------------

Tabla 1. Muestra la carta descriptiva del programa de formación a terapeutas.

MÉTODO

Planteamiento del Problema y Justificación

Debido al grave problema de salud pública que representa el tabaquismo, se requiere de contar con estrategias terapéuticas basadas en evidencia, que permitan mejorar los índices de abstinencia y disminuir recaídas, a partir de intervenir sobre el malestar involucrado en el proceso de abandono y mejorar la calidad de vida de esta población, brindando estrategias que permitan trabajar con los principales disparadores del consumo y el malestar emocional que produce el proceso de cesación, como lo son el craving, sintomatología ansiosa y depresiva, reportados a nivel internacional (Oikonomou, Arvanitis & Sokolove, 2016; Viridine et. al. 2016, Elwafi, et. al. 2013). Los estudios de intervenciones de tercera generación basadas en atención plena han revelado alta efectividad en el tratamiento para dejar de fumar bajo metodologías rigurosas, incidiendo en la abstinencia y la mejora del malestar emocional (Davis, et. al. 2014; Goolberg, et. al., 2014; Westbrook, Creswell, Tibibnia, Julson, Kober & Tindle, 2013).

Como lo mencionan Cebolla y Campos (2016), “la atención plena proviene del budismo y aunque está presente en todas las prácticas espirituales, es el budismo el que ha sabido generar un método y un fundamento (metodología y teoría) que ha atraído a los científicos occidentales”. La enseñanza de la atención plena se puede brindar en tres contextos: el espiritual individual, tradicionalmente el único contexto de enseñanza y con pedagogías basadas en las diferentes tradiciones que se han ido pasando de generación en generación, en algunos casos palabra por palabra. Y actualmente se añaden otros dos, el contexto clínico (capacitación a terapeutas y atención a pacientes con este enfoque) y el psicoeducativo (entorno escolar, organizacional, etc.). Cada uno de estos contextos requiere de profesionales con formación diferente, además de ir acompañado de distintas estructuras formativas y objetivos diferentes, desde mejorar el bienestar hasta reducir sintomatología o el desarrollo espiritual.

Al investigar estos enfoques, enmarcados dentro de la tercera generación de las terapias de conducta (Pérez, 2006), se debe tomar en cuenta que, al

adaptarlos al contexto clínico, corren un riesgo de atomización; por lo tanto, es importante cuidar que no se desvincule de sus orígenes y se distorsione su sentido, como lo han destacado otros autores (Grossman, 2015). Se recomienda recurrir a las definiciones fundamentadas en la filosofía budista, las cuales se han desarrollado a lo largo de 2500 años bajo un enfoque fenomenológico, orientado a la comprensión de la experiencia en vivo, a diferencia de las definiciones occidentales que tienen menos de una década, y que tienden a conceptualizar los términos bajo una perspectiva cuantificable, por lo que se corre el riesgo de distorsionarse su sentido (Grossman, 2011).

Para evitar este riesgo, se propone que la atención plena incorpore prácticas contemplativas como la compasión (Dahl, Lutz & Davidson, 2015), que supone un planteamiento diferente a la sola enseñanza de la atención plena, definida en occidente como, atender intencionalmente la experiencia propia, momento a momento, aceptándola y sin juzgarla (Kabat-Zin, 1990). De esta forma, la práctica de la atención plena no está completa si se deja de lado el cultivo de la aspiración de querer liberarse y liberar a los demás seres del sufrimiento (compasión). La tradición budista *Mahayana* sugiere que es importante centrarse de manera específica en el desarrollo de “la mente compasiva” la cual toma como foco de atención todo aquello que sea virtuoso (Gilbert y Tirch, 2009). Para lograr este objetivo, se requieren dos procesos psicológicos: el primero es la habilidad para reconocer el sufrimiento, es decir tener la motivación para estar emocionalmente conectado con los demás y el segundo es el deseo de aliviar y prevenir el sufrimiento, así como estar predispuestos a experimentar la felicidad (Gilbert, 2013).

En México, la Dra. Ana Moreno Coutiño y su equipo, desarrollaron un modelo de intervención basado en atención plena compasiva para la salud, el cual se ha implementado en el tratamiento de pacientes con obesidad (Santiago, 2016) y asma (Sánchez, 2016), con alta efectividad y adherencia al tratamiento. Bajo estos resultados, es apremiante adaptar el modelo al tratamiento para el abandono del tabaco, lo que requerirá la formación a terapeutas en este modelo y la evaluación de la efectividad en estudios posteriores.

Por tal motivo, el objetivo del presente estudio es investigar la efectividad del método de formación a psicoterapeutas en el programa de atención plena compasiva para el tabaquismo, enfocado en la enseñanza teórica de los componentes, habilidades prácticas para implementarlos y los resultados de la práctica vivencial.

Objetivo General

Evaluar la efectividad de un método de formación a psicólogos en el programa de atención plena compasiva para la cesación del tabaco.

Objetivos Específicos

- Diseño del modelo de formación de terapeutas a partir de los componentes teóricos de la atención plena compasiva y su aplicación en el tratamiento para la cesación del tabaco.
- Diseño de estrategias para terapeutas que permitan el desarrollo progresivo de habilidades prácticas para implementar los componentes de la atención plena compasiva en el tratamiento para dejar de fumar.
- Diseño de estrategias clínicas que permitan la alianza terapéutica.
- Evaluación a los terapeutas, antes y después de recibir el programa de:
 - Conocimientos teóricos y prácticos sobre la atención plena compasiva.
 - Habilidades de procedimientos psicológicos terapéuticos generales.
 - Las habilidades de atención plena compasiva.
 - Afectos positivos y negativos.
 - Felicidad.
 - Sintomatología Depresiva.
- Desarrollo del perfil de terapeutas para la adecuada implementación del programa de atención plena compasiva.

Variables

Variable Independiente

Programa de formación a terapeutas en atención plena compasiva para el tratamiento del tabaquismo.

Variables Dependientes

- Conocimientos teóricos de la atención plena compasiva encaminados al tratamiento para dejar de fumar.
- Habilidades de procesos terapéuticos para implementar los componentes de la atención plena compasiva.
- Habilidades clínicas para favorecer la alianza y adherencia terapéutica.
- Habilidades de atención plena compasiva.

Definición de variables

Definición conceptual

- Conocimientos teóricos de la atención plena compasiva para el tratamiento de conductas adictivas: se refiere a la revisión teórica desde la filosofía budista, de los conceptos fundamentales de la atención plena, la compasión y la meditación. Así como, la implementación de los programas en atención plena y su efectividad para el tratamiento para la cesación del tabaco.
- *Habilidades de procedimientos terapéuticos*: métodos de aplicación de los componentes del programa y la transmisión de los conocimientos.
- *Habilidades clínicas*: herramientas terapéuticas que favorecen la alianza terapéutica y la adherencia terapéutica.

Definición Operacional

Conocimientos conceptuales: el terapeuta identifica y logra definir los fundamentos teóricos del programa y de las estrategias de intervención, como son: las bases de la atención plena y compasión, eventos mentales, origen del sufrimiento, causalidad, interdependencia, impermanencia, entendimiento correcto de la realidad y acciones que favorecen el bienestar. Evaluados a partir del examen de conocimientos conceptuales.

Habilidades de procedimientos terapéuticos: brinda información apropiada de la sesión, de las herramientas e instrucciones claras de las actividades, modela las herramientas, corrige y estimula, retoma comentarios anteriores de los participantes, emplea apropiadamente el humor, realiza cuestionamientos y reflexiona, aplica metáforas, escucha participaciones, resume y señala puntos clave de las herramientas, mantiene el contacto con los participantes, provee a los participantes los materiales de la sesión y los guía al uso de los mismos, maneja interrupciones, cierra la sesión de forma apropiada y brinda las actividades de práctica diaria. Evaluadas a partir de videos de situaciones simuladas y listas de cotejo.

Habilidades clínicas. El terapeuta identifica y lleva a cabo: la planeación de la sesión, organiza el tiempo, mantiene una actitud tranquila, brinda bienvenida a la sesión, encuadra, sonríe y apoya. Evaluadas a partir de los videos de situaciones simuladas y el Formato de Supervisión Clínica del Modelo de Atención Plena Compasiva.

Hipótesis general

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas al iniciar y al finalizar el programa de formación a terapeutas en atención plena compasiva para dejar de fumar, en los conocimientos conceptuales, habilidades clínicas y habilidades de procedimientos terapéuticos en los terapeutas que recibieron el programa.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas al iniciar y al finalizar el programa de formación a terapeutas en atención plena compasiva para dejar de fumar, en los conocimientos conceptuales, habilidades clínicas y habilidades de procedimientos terapéuticos en los terapeutas que recibieron el programa.

Hipótesis Específicas

- Diseño y evaluación del método de formación a partir de los componentes teóricos de la atención plena compasiva y su aplicación en el tratamiento para la cesación del tabaco.

- Diseño y evaluación de estrategias que permitan el desarrollo progresivo de habilidades y procedimientos terapéuticos para implementar los componentes de la atención plena para el tratamiento para la cesación del tabaco.
- Diseño y evaluación de estrategias clínicas que permitan la adherencia a los componentes de la atención plena para el tratamiento para la cesación del tabaco.
- Evaluación a los terapeutas en las características para el modelo antes y después del programa de formación: habilidades de atención plena, afectos positivos-negativos y felicidad.

Participantes

Criterios de Inclusión

- Psicólogos clínicos titulados
- Contar con cédula profesional
- Manifestar interés en aprender este programa de tratamiento dirigido al consumo del tabaco

Criterios de Exclusión

- No contar con la evaluación inicial
- Clínicamente sano
- No estar en tratamiento médico-psiquiátrico
- No fumar

Criterios de Eliminación

- Faltar dos veces a las sesiones de la capacitación
- Expresar deseo de abandonar la capacitación
- No asistir a la sesión de supervisión y grabación del video en el tiempo establecido
- No realizar la evaluación final

Tipo de Diseño

- Diseño pre-experimental con pre y post evaluación (Campbell & Stanley, 2005).

Instrumentos, Aparatos y Materiales

Instrumentos

- Evaluación Curricular y Criterios de Inclusión
- Evaluación Teórica del Programa de Formación en Atención Plena Compasiva para la cesación del tabaco.
- Sistema Observacional “Formato de Supervisión Clínica del Modelo de Atención Plena Compasiva” para evaluar de forma práctica, la aplicación de los conceptos teóricos, habilidades clínicas y procedimientos terapéuticos del programa en cada terapeuta.
- Batería psicométrica:
 - *Cuestionario de cinco facetas de conciencia plena* (Five Facets Mindfulness Questionnaire, FFMQ; Baer et al., 2006) traducido y adaptado por Cebolla et al., 2012). La escala cuenta con 39 reactivos que evalúan cinco dimensiones de la atención plena: Observación (ocho reactivos), Descripción de la experiencia (ocho reactivos), Actuar consciente (ocho reactivos), No juicio (ocho reactivos) y No reaccionar (siete reactivos). Se responde con una escala tipo Likert 1 (nunca) hasta 5 (siempre). El cuestionario en español mostró buenos índices de consistencia interna (alfa de Cronbach .80) para todas las escalas, cuenta con validez factorial, convergente y divergente (Cebolla et al., 2012).
 - *Escala de Felicidad Fluctuante* (Subjective Fluctuating Happiness Scale, SFHS; Dambrun, Ricard, Després, Drelon, Gibelin, Loubeyre et al., 2012). Versión adaptada y validada en población mexicana por Barrera-Gutiérrez, Díaz-Ayala, Sánchez-Sosa y Moreno-Coutiño (en proceso de publicación), cuenta con un índice de confiabilidad compuesta de .93 y explica el 34% de la varianza y consta de 8

reactivos, esta dimensión se caracteriza por evaluar la felicidad asociada a las circunstancias externas, de tal forma que está más asociada a una afectividad negativa, con una alternancia entre las fases de satisfacción e insatisfacción.

- Escala de Felicidad Duradera (Subjective Authentic Happiness Scale, SA-DHS; Dambrun, Ricard, Després, Drelon, Gibelin, Loubeyre et al., 2012). Cuenta con índice de confiabilidad compuesta de .91 y explica el 32% de la varianza y se compone de 8 reactivos. Versión adaptada y validada en población mexicana por Barrera-Gutiérrez, Díaz-Ayala, Sánchez-Sosa y Moreno-Coutiño (en proceso de publicación). Este concepto de felicidad está más relacionado con valores intrínsecos y pro-sociales, conductas altruistas enfocadas a la auto-trascendencia, donde se destacan valores universales y la benevolencia.
- Escala de afecto positivo y negativo (PANAS, Watson, Clark, Tellengen; traducción y validación mexicana Robles & Páez, 2003). La versión corta de este es un instrumento autoaplicable, consta de dos apartados de veinte reactivos cada uno, diez de los cuales miden el afecto positivo y diez el afecto negativo. En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos en las últimas semanas (afecto como estado), y en el segundo se les evalúa generalmente (afecto como rasgo), los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos, y se contestan indicando un número en un rango del 1 al 5, donde 1 significa “muy poco o nada” y 5 “extremadamente”. Se trabajó con la versión resultante de la validación mexicana, que presenta adecuadas propiedades psicométricas, cuenta con puntuaciones promedio para el *afecto positivo* (AP) de 33.5 + 7.4 y para *afecto negativo* (AN) 20.1+ 7.1, la consistencia interna de las escalas de AP es de .85 a .90 y para las de AN .81 a .85. En cuanto a la estabilidad temporal, presenta una correlación intra-clase para las escalas de

AP de .34 - .32 y para las escalas de AN de 31. -- .42. En este mismo estudio correlacionaron la prueba con los Inventarios de Beck de Depresión y Ansiedad, encontraron un índice de correlación de -.37 entre el AP y el IA, y coeficientes de correlación entre .32 y .55 para las escalas de AN y los AP.

- *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D*, por sus siglas en inglés) (Radolff, 1977), se utilizó la versión traducida y adaptada por Bojorquez-Chapela y Salgado de Snyder en 2009, presentó un Alpha de Cronbach de .84, con cuatro factores que explicaron el 50.6% de la varianza. Otro estudio realizado universitarios, por Terrones-González, et al. en 2012, reportó buenos índices de consistencia interna, Alpha de Cronbach de .89. Es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología, con formato autoaplicable, con 20 reactivos para registrar síntomas depresivos y sus diferentes manifestaciones en los últimos siete días. Las opciones de respuesta varían en función a los días (0, 1 a 2, 3 a 4 y 5 a 7), con valores de 0 a 3 respectivamente, el puntaje total se obtiene sumando todas las respuestas, valores mayores a 22 puntos indican un nivel de Posible Depresión Mayor, mientras que de 15 a 21 se ubican media o moderada y los puntajes entre 0 y 14 se califican sin depresión.

Aparatos

- Vídeo tomado con Laptop (HP)

Materiales

- Manual del Terapeuta en Atención Plena Compasiva en Salud.

Procedimiento

Se enviaron invitaciones para participar en el Programa de Formación a Terapeutas en Atención Plena Compasiva a psicólogos que cumplieran con los criterios de inclusión. Se seleccionaron a 16 terapeutas de forma intencional, para participar en la capacitación. Los terapeutas seleccionados acudieron a la primera sesión del módulo 1, que consiste en la evaluación e introducción al programa, en la que se les explicó el alcance del estudio y el cronograma de actividades. Aquellos que aceptaron firmaron el consentimiento informado y el compromiso de participación. Una vez que se firmaron estos documentos se inició con la primera sesión del módulo 1, conformada por la evaluación e introducción al programa, dónde se aplicó el instrumento de evaluación teórica y la batería psicométrica, se realizó una actividad de integración grupal y la entrega del cronograma de actividades, al finalizar esta actividad se brindó un descanso de 20 minutos a los terapeutas. En la segunda parte de esta sesión, se revisó la introducción a la atención plena y la compasión, a partir de ahondar en las definiciones de dichos conceptos, la evidencia científica de los efectos de la práctica de esta intervención en la salud y particularmente sobre el tratamiento del uso problemático del tabaco, cerrando con una breve sección de psicoeducación sobre el efecto del estrés en la salud, cerebro, sistema endócrino e inmunológico, así como los cambios neurológicos debidos a la práctica. En la sesión 2 del módulo 1, el objetivo consistió en revisar las bases de la atención plena y la compasión, revisando las emociones aflictivas y sus soluciones, la naturaleza de las emociones, pensamientos y sensaciones (eventos mentales), percepción e interpretación de la realidad y los juicios internos y flexibilidad psicológica. Después de un descanso de 20 minutos, en la última parte de esta sesión, se introdujo a los participantes en las consideraciones básicas para la práctica de la meditación, iniciando con descripción de la postura de meditación y la meditación unipuntual (consciencia corporal), los participantes realizan la práctica, esta actividad se deja como práctica diaria, 5 minutos, por las mañanas o antes de dormir. Una semana después en la sesión 3 del mismo módulo, se revisaron las teorías del origen del sufrimiento, brindando información sobre la historia de la atención plena, en la

segunda parte de esta sesión se revisaron los conceptos básicos de la atención plena: causalidad, interdependencia, impermanencia y percepción de la vacuidad. Se solicitó a los terapeutas realizar las actividades de meditación diariamente.

En la siguiente semana, se comenzó con el módulo 2, en el cuál se brindó el tema de práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana, reflexionando sobre los conceptos de piloto automático y parloteo mental, tipos de meditación, diferencia entre la práctica formal e informal, guiándolos en los ejercicios que se enseñan a los pacientes, los cuales a su vez deberán practicar durante la semana. Para el cierre de esta sesión se enseña a los participantes la comunicación atenta y compasiva, brindando información teórica, modelamiento de las estrategias y ensayo. En la siguiente semana, se llevó a cabo la segunda sesión de este módulo, dirigida al entendimiento de las acciones que favorecen el bienestar, como la paciencia, la generosidad, la ética, el esfuerzo gozoso, la concentración y la sabiduría, para cada uno de ellos se muestra la forma de enseñar estos conceptos a los pacientes y llevarlos a la práctica. Al igual que en las otras sesiones se solicitó a los participantes que practicaran los aprendizajes adquiridos hasta el momento.

El módulo 3, constituido por una sesión, se enfoca en el mantenimiento de la práctica, se enseña a los terapeutas como llevar la atención plena compasiva a la vida cotidiana favoreciendo la interpretación correcta de la realidad, a partir de la contemplación (mente en la experiencia presente, causalidad, interdependencia, impermanencia, emociones como causantes de sufrimiento) y la acción (actitud compasiva y planeación de acciones ante situaciones actuales). Esta sesión se cierra, con una reflexión sobre los cambios que identifican los terapeutas en la interpretación de la realidad y sus acciones, así como los cambios que desean mantener y los que desean seguir trabajando, identificación de barreras y la forma de superarlas, haciendo énfasis en la práctica constante. Se guía una dinámica de cierre.

El módulo 4, se integró de la enseñanza de las herramientas clínicas, estrategias del manejo grupal y manejo de las resistencias, a partir de viñetas de situaciones específicas, llevar las reflexiones retomando los conceptos y

favoreciendo la participación de los terapeutas sobre las dudas. Cada estrategia se modela y se ensaya en grupos pequeños.

El módulo 5, consistió en la supervisión clínica, cada terapeuta fue evaluado por dos supervisoras ante un grupo ficticio (el grupo de capacitación) explicando un concepto y dirigiendo una práctica correspondiente al concepto explicado, las supervisoras evaluaron con un sistema de observación y brindaron retroalimentación al terapeuta en cada una de las habilidades terapéuticas, estas sesiones fueron grabadas. Para estas actividades se llevaron dos semanas, un vídeo y retroalimentación por parte de las supervisoras. En la última semana los terapeutas completaron en la sesión, los cuestionarios de evaluación: instrumento de evaluación teórica y batería psicométrica, para obtener sus puntajes. La última sesión del módulo 5, consistió en el cierre del programa, llevando a cabo una actividad de convivencia del grupo.

Análisis Estadístico

- Para valorar el programa de capacitación en la parte teórica y conceptual, para los puntajes de felicidad fluctuante y duradera, se realizó una comparación de medias a partir de la T de Student para muestras relacionadas de los puntajes obtenidos en la Evaluación Teórica del Programa de Formación en Atención Plena Compasiva, que se aplicó antes de iniciar el programa y al finalizarlo.
- La evaluación del aprendizaje práctico y las habilidades clínicas, se obtuvo del puntaje obtenido por el sistema observacional, de cada supervisor para cada terapeuta, para calcular el índice de concordancia inter-observador por el coeficiente de concordancia de Kappa de Cohen. Que es una prueba no paramétrica para muestras relacionadas y con nivel ordinal (Landis y Koch, 1977; Fleiss, 1986; AIAG, 2010).
- La diferencia de la sintomatología depresiva, fue calculada por la prueba de Rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas, debido a que es una variable con un nivel ordinal.

RESULTADOS

Datos Descriptivos

Se invitó a 20 terapeutas (laborar en área clínica y maestría en adicciones o medicina conductual) que cumplieran con los criterios de inclusión, de ellos sólo 16 se inscribieron en la capacitación, por cuestiones de salud una terapeuta abandonó el programa a partir de la tercera sesión, debido a esta situación la muestra estuvo conformada por 15 terapeutas que concluyeron el programa. En la Tabla 2 se muestran las características de los terapeutas participantes.

Datos Descriptivos de los Terapeutas	
SEXO	
Mujeres	8
Hombres	7
ESCOLARIDAD	
Licenciatura	68%
Maestría	31.3%
ESTADO CIVIL	
Solteros	75%
Casados/Unión Libre	25%
Edad	29.56 (D.E. 4.60)
N= 15	

Tabla 2. Muestra los datos descriptivos de los participantes.

Conocimientos Conceptuales

Para evaluar los elementos teóricos del programa, se aplicó a los terapeutas un cuestionario teórico (antes y después de la capacitación) de 19 preguntas con un valor de 1 punto cada una. Estas preguntas se enfocaron en los conocimientos de los terapeutas sobre: las bases de la atención plena y compasión, eventos mentales, origen del sufrimiento, causalidad, interdependencia, impermanencia, entendimiento correcto de la realidad y acciones que favorecen el bienestar. En cuanto a la efectividad de la capacitación para mejorar los conocimientos de los componentes teóricos, hubo un incremento significativo en la calificación final de los terapeutas ($t(14) = -8.017, p < 0.05$), entre las medias de la calificación inicial ($\bar{x} = 10.64, DE = 2.65$) y la calificación final ($\bar{x} = 15.81, DE = 1.76$).

Habilidades clínicas y de procedimientos terapéuticos

En cuanto al aprendizaje práctico de los fundamentos teóricos, las estrategias de aprendizaje y las habilidades clínicas de los terapeutas, se obtuvo el índice de concordancia inter-observador, por el coeficiente de concordancia de Kappa de Cohen, para evaluar el puntaje obtenido por cada supervisor con relación al Formato de Supervisión Clínica del Modelo de Atención Plena Compasiva. El coeficiente de Kappa fue de 0.354 (68.03% del acuerdo), lo que indica que la fuerza de la concordancia entre los supervisores es Aceptable según la escala de Landis y Koch (1977) (véase tabla 3), en la escala de Fleiss (1986) sería un Acuerdo Justo (0.21-0.40). Por lo tanto, considerando lo anterior, en atención al juicio de los supervisores y el coeficiente Kappa, los resultados obtenidos del sistema observacional, indican que los terapeutas tuvieron un buen desempeño en la evaluación práctica de los conocimientos teóricos, estrategias de aprendizaje y habilidades terapéuticas, al brindar, a través de viñetas, un componente del modelo frente a grupo ficticio. Sin embargo, se tendrá que revisar y aplicar en otras poblaciones, este sistema de observación, para verificar su utilidad y confiabilidad, así como perfeccionar los rasgos que evalúa. También se propone, capacitar con más horas de observación a los supervisores, al evaluar videos de terapeutas.

Valoración del Coeficiente de Kappa (Landis y Koch, 1977)	
Coeficiente de Kappa	Fuerza de la Concordancia
0.00	Pobre
0.01 - 0.20	Leve
0.21 – 0.40	Aceptable
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Considerable
0.81 – 1.00	Casi perfecta

Tabla 3. Muestra la fuerza de la concordancia de la Kappa de Cohen.

Características del Modelo de Atención Plena: aspecto del impacto individual del programa en el terapeuta.

A continuación se muestra la efectividad del programa de capacitación para modificar las variables de las características del modelo evaluadas en los terapeutas, como son: las habilidades de atención plena, los afectos positivos y negativos, reactividad emocional, la conducta prosocial, felicidad fluctuante y duradera y sintomatología depresiva, resultados de los puntajes obtenidos a partir de pruebas psicométricas, antes y después de recibir la capacitación.

Cinco Facetas de Atención Plena (FFM-Q, por sus siglas en inglés)

Utilizando la escala validada para población mexicana que incluye un modelo de 4 factores de primer orden (Ausencia de reacción, Ausencia de juicio, Actuación consciente y Descripción), agrupados en un factor de segundo orden, denominado “Consciencia Plena” (Meda-Lara, Herero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez y Palomera-Chávez, 2015). Utilizando la estructura con las adaptaciones culturales y sumando los reactivos de la faceta de observación, para poder evaluar si ante la capacitación en los componentes vivenciales y teóricos, modificaban estas dimensiones en los terapeutas, debido a que en el estudio de la adaptación cultural, se encontró como limitante el que los participantes no tuvieran entrenamiento en la atención plena, sin embargo, en esta población se brindó el entrenamiento. Se encontraron diferencias significativas en el total de la prueba ($t(13)=-471, p < 0.05$), con un puntaje inicial ($\bar{x}= 133.21, DE= 414.58$) y un puntaje

final (\bar{x} = 150.28, DE= 8.4). En cuanto a la dimensión de *Observación* ($t(13) = -4.248$, $p < 0.05$), se encontraron diferencias significativas incrementándose esta cualidad, obtuvieron un puntaje inicial (\bar{x} = 27.50, DE= 4.9) y un puntaje final (\bar{x} = 33.14, DE=3.67). En la escala de *Descripción* al comparar el puntaje inicial (\bar{x} = 32.00 DE= 4.9) y la calificación final (\bar{x} = 32.50, DE=4.09), esta diferencia no fue significativa, la práctica no incrementó en los terapeutas esta faceta de la atención plena ($t(13) = 0.79$, $p < 0.05$). En cuanto a la faceta de *Actuar con Consciencia*, al comparar el puntaje inicial (\bar{x} = 24.71, DE= 3.0) y final (\bar{x} = 26.71, DE=1.68), los resultados indicaron un cambio no significativo ($t(13) = -1.97$, $p < 0.05$). En la dimensión de *Reactividad* hubo un incremento significativo ($t(13) = -3.22$, $p < 0.05$), con una media del puntaje inicial de 23.92 (DE=4.1) y una media del puntaje final de 28.64 (DE=3.15). En la faceta de *Juicio*, se encontraron diferencias significativas ($t(13) = 3.73$, $p < 0.05$) entre el puntaje inicial (\bar{x} = 18.50, DE= 4.10) y el puntaje en la evaluación posterior a la capacitación (\bar{x} = 13.42, DE= 2.59), lo cual era un efecto esperado.

Afectos Positivos y Negativos

El programa de capacitación disminuyó de forma significativa los afectos negativos semanales ($t(13) = 4.249$, $p < 0.05$) en los terapeutas, de acuerdo con la media de la puntuación obtenida al inicio (\bar{x} = 18.05, DE=4.56) y al final (\bar{x} =13.14, DE= 2.87) de la capacitación. En cuanto a los afectos positivos semanales, se observa una tendencia de incremento. En los afectos positivos generales se encontró un ligero incremento y un decremento en los afectos negativos generales, pero no es significativo el cambio (véase figura 1).

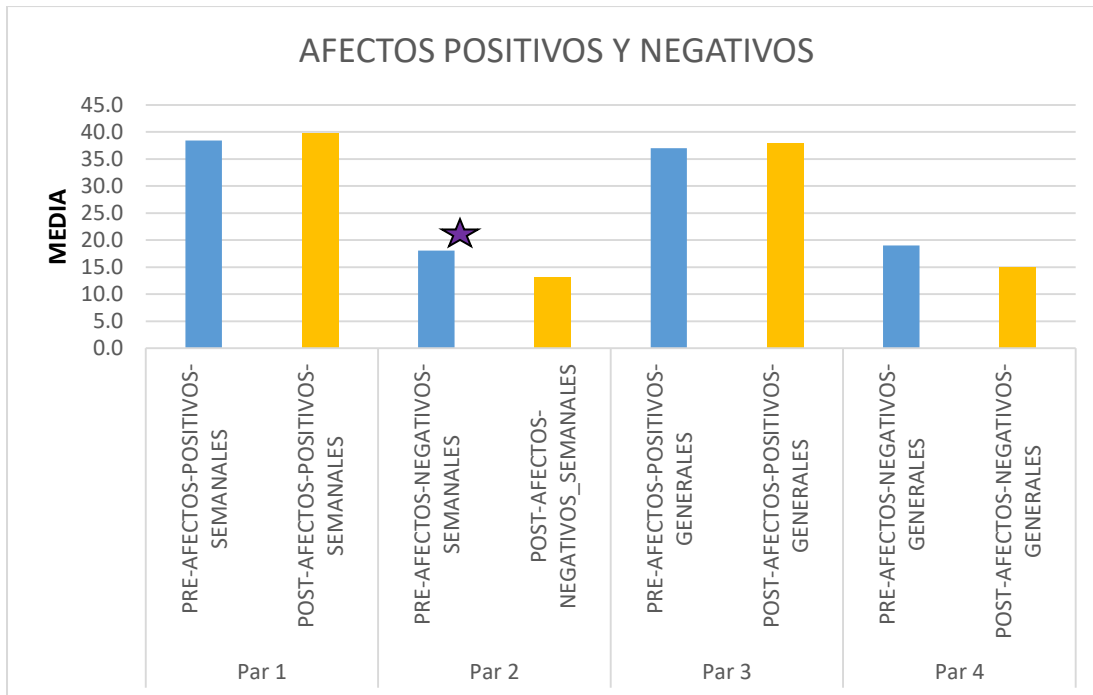


Figura 1. Comparación de los puntajes de los afectos positivos y negativos, semanales y generales, antes y después de la capacitación. Cambio significativo en los afectos negativos semanales* ($t(13) = 4.249, p < 0.05$).

4.3.4 Felicidad Fluctuante y Duradera

El programa resultó efectivo para modificar los puntajes de felicidad fluctuante en el grupo de terapeutas, lo cual se observó en un decremento significativo de los puntajes de esta variable ($t(13) = 2.526, p < 0.05$), entre las medias de la calificación inicial ($\bar{x} = 29.64, DE = 8.61$) y la calificación final ($\bar{x} = 25.50, DE = 2.14$), entre las mediciones realizadas antes y después de asistir a la capacitación (véase figura 2). Los terapeutas también mostraron un incremento significativo en sus puntajes de felicidad duradera ($t(13) = -2.339, p < 0.05$), al comparar las medias de la calificación inicial ($\bar{x} = 69.85, DE = 9.13$) y la calificación final ($\bar{x} = 80.28, DE = 17.38$), entre las mediciones realizadas antes y después de participar en la capacitación (véase figura 2).

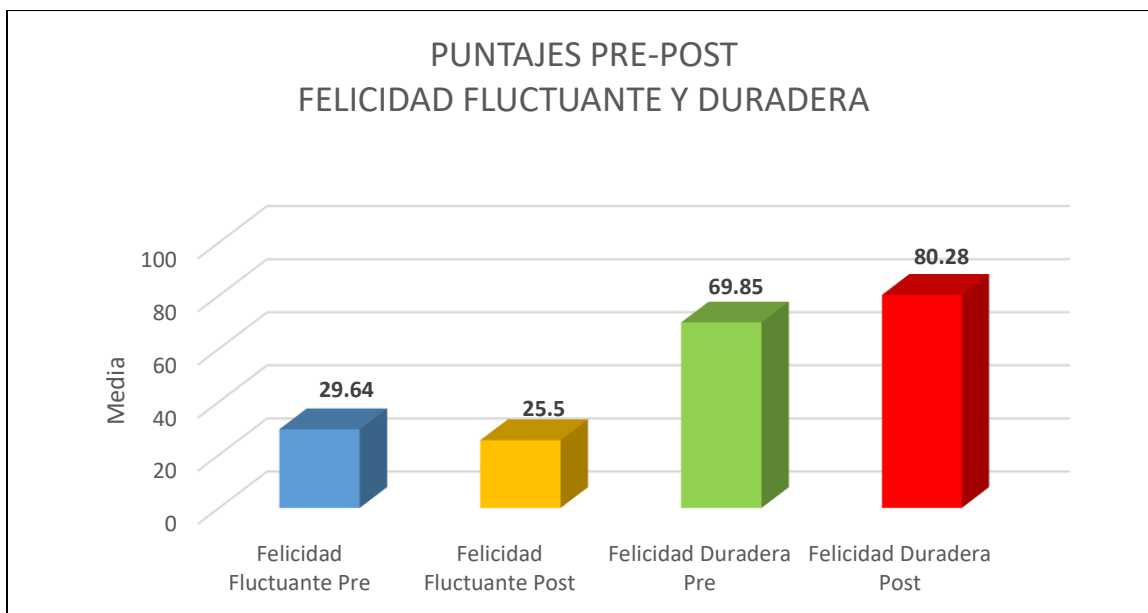


Figura 2. Comparación de los puntajes de felicidad fluctuante ($t(13) = 2.526, p < 0.05$) y duradera ($t(13) = -2.339, p < 0.05$), antes y después de recibir la capacitación.

4.3.5 Sintomatología Depresiva

La sintomatología depresiva fue valorada por la escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), los resultados de los puntajes obtenidos demuestran que la efectividad de la capacitación para modificar el nivel de sintomatología depresiva de los terapeutas, hubo un decremento significativo en los síntomas depresivos ($Z = -2.096, p < 0.05$), utilizando la prueba no paramétrica de Rangos de Wilcoxon por ser una variable con nivel ordinal (véase figura 3).

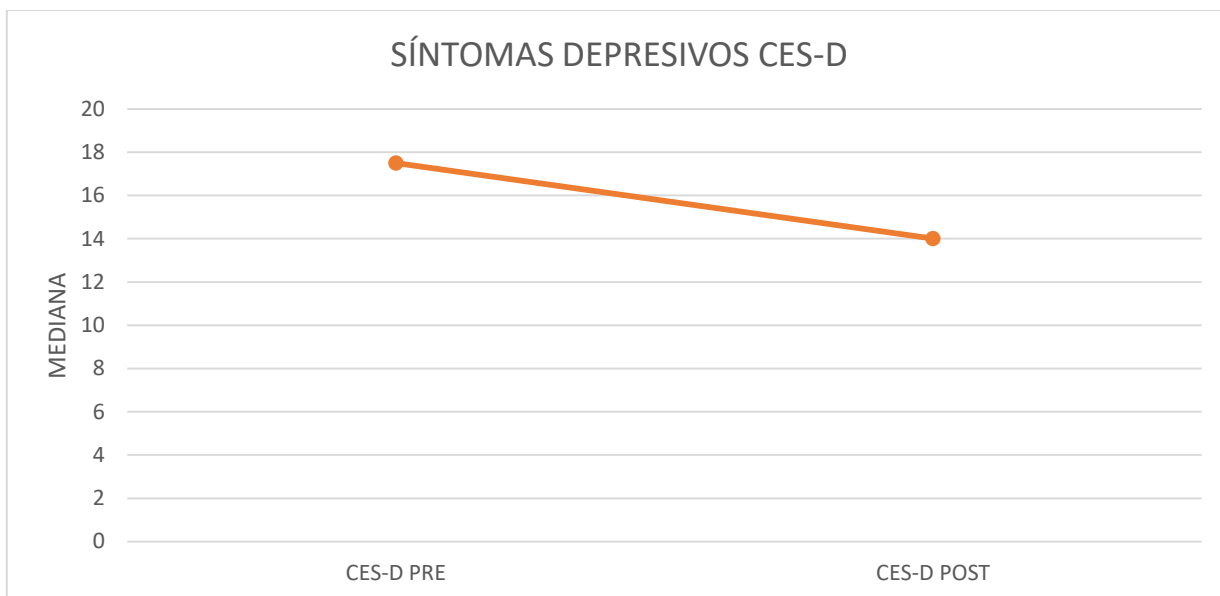


Figura 3. Comparación del nivel de síntomas de depresión entre las mediciones antes y después de asistir a la capacitación ($Z = -2.096$, $p < 0.05$).

El nivel de depresión inicial de los terapeutas puntuaba en Depresión Media-Moderada ($Md1 = 17.87$, $DE = 7.65$) y al finalizar el nivel de síntomas disminuyó hasta situarse en el rango Sin Depresión ($Md2 = 14.00$, $DE = 1.94$) de acuerdo con el CES-D.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue el diseño y evaluación de un método de enseñanza a terapeutas en el modelo de atención plena compasiva adaptado para la cesación del consumo de tabaco. En particular, se pretendía conocer si el incorporar aspectos teóricos, prácticos y vivenciales, permitía el aprendizaje del modelo y de manera secundaria mejorar el bienestar psicológico de los terapeutas, en las variables evaluadas, debido a lo propuesto en los estudios de capacitación en estos modelos de atención plena anteriormente (Barraca, 2009; Haudiquet, 2008) y lo propuesto por Cebolla y Campos (2016), sobre la incorporación del aspecto vivencial para favorecer el aprendizaje y el bienestar psicológico.

Los resultados sugieren que los terapeutas lograron adquirir los conocimientos teóricos de los componentes del modelo (por ejemplo, la definición de la atención plena, el origen del sufrimiento, la compasión, los eventos mentales, causalidad, interdependencia, impermanencia y el concepto de vacío) y las habilidades prácticas, debido a que el formato del programa se enfocó en proporcionar la información teórica de cada componente, sino que además, se organizaron los temas de acuerdo al orden en el que se enseñan a los pacientes y las facilitadoras del programa fungieron como modelos de cada una de las habilidades clínicas. Por otro lado, el que los terapeutas vivenciaran y practicaran las estrategias tal como lo llevaría a cabo un paciente, desde la postura de meditación hasta las meditaciones informales, así como el entendimiento de la realidad para trabajar con la hiperreflexión y la dualidad de la mente, permitió que los mismos terapeutas al practicar las estrategias, se beneficiaran, disminuyendo sus síntomas depresivos, aumentando su felicidad duradera y al disminuir sus afectos negativos semanales.

A lo largo de este trabajo, se ha hecho referencia al constructo de bienestar psicológico, afecto positivo o felicidad (Kahneman, Diedner & Scwartz, 1992), ya que estas teorías de tercera generación retoman aspectos de la psicología hedonista o psicología positiva, centradas en el estudio del desarrollo de capacidades humanas y crecimiento o actualización personal, los elementos que conforman a este constructo como lo refieren Ryff y Keyes (1995) son: auto-

aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal, la psicología positiva también se basa en el constructo de bienestar subjetivo (Dieder et al., 1999) (constructo central), un estado en que existe una predominancia de estados psicológicos positivos, una relativa ausencia de estados negativos y la coexistencia de una sensación de satisfacción vital (metas, objetivos, sentido de vida). Elementos en los que se enfoca esta intervención y la formación a los terapeutas, los cuales fungirán como modelos de salud o bienestar (en Quintana-Santana, 2016).

La atención plena se ha descrito como un estado y como rasgo (Brown & Ryan, 2003) pero también como una habilidad que se puede desarrollar con la práctica. En cuanto a las facetas de la atención plena, en el total de la prueba los terapeutas incrementaron sus puntajes de las variables que evaluaban un cambio de forma significativa, esta capacitación favoreció que los participantes bajo las estrategias enseñadas aprendieran y fortalecieran esta habilidad. En la faceta de *observación*, recordando que dicha faceta se decidió incorporar en el cuestionario, debido a que los terapeutas serían entrenados en estas habilidades, la escala validada en población mexicana eliminó esta faceta, sin embargo, discutieron la importancia de continuar evaluando la escala en otras poblaciones, sobre todo en aquellas donde las personas fueran entrenadas en atención plena (Meda-Lara, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez & Palomera-Chávez, 2015). Baer, et. al., en 2006, sugirieron que la faceta de observación, es sensible a los cambios en la experiencia meditativa, se centra en la cualidad de notar o atender a la experiencia, que es básico en el entrenamiento de la atención plena, lo que brinda información de mejoras en esta habilidad después de la práctica en el presente estudio.

En las otras facetas evaluadas, el *actuar con consciencia*, que se refiere a prestar atención a las propias actividades que desarrolla la persona momento a momento y puede ser contrastado con comportarse mecánicamente mientras la atención se centra en otro lugar (piloto automático) (Baer et al., 2008), los terapeutas aprendieron practicas formales e informales para percatarse del piloto automático, centrarse en la actividad presente y entrenar a su mente a no divagar.

Estas habilidades se vieron incrementadas significativamente. Por otro lado, la faceta de *reactividad* incrementó, en la cual se observa la tendencia de permitir que los pensamientos y sentimientos fluyan, sin quedar atrapados en ellos o dejarse llevar por ellos (Baer et al., 2008), este no es un resultado esperado de la intervención, lo que requiere de una revaloración de los métodos de evaluación y continuar investigando el constructo de atención plena y sus elementos.

La faceta de *juicio*, decremento significativamente, el no hacer juicio de la experiencia interna, se refiere a adoptar una postura no evaluativa de los pensamientos y sentimientos (Baer, et al., 2008), faceta que se favoreció por el entrenamiento cotidiano en meditaciones formales e informales. Este resultado coincide con los estudios que reportan al No Juzgar la experiencia como un mecanismo de cambio importante en este tipo de intervenciones, y que resulta de mucha utilidad en las intervenciones dirigidas al abandono del tabaco (Schuman-Olivier et al., 2014).

Algunos estudios han demostrado que la práctica de la atención plena se asocia con la reducción del afecto negativo y con la receptividad de los sentimientos, el interés por los estímulos ambientales y con la coherente apertura a la experiencia (Baer et al., 2008). Esto coincide con lo encontrado en este estudio, los terapeutas pudieron disminuir de forma significativa sus afectos negativos, disminuir la sintomatología depresiva y aumentar su felicidad duradera.

Con respecto a la variable de felicidad, la escala empleada parte de un modelo teórico de Felicidad Egocéntrico/Altruista (SSHM, por sus siglas en inglés) propuesto por Dambrun et al, en 2012, quienes proponen que el logro de la felicidad está vinculado a la estructura del yo, un funcionamiento egocéntrico, induce fases de placer y displacer que se alternan repetidamente dando como resultado una *felicidad fluctuante* y contrariamente, un funcionamiento psicológico altruista postula un estado de *felicidad duradera*, que es menos dependiente de las circunstancias y está relacionada con los recursos internos de una persona. La escala que se empleó fue adaptada a la población mexicana (Barrera-Gutiérrez, Díaz-Ayala, Sánchez-Sosa & Moreno-Coutiño, en prensa).

El entrenamiento en atención plena compasiva, brinda los elementos precisos para favorecer la felicidad duradera, la cual incrementó significativamente en los terapeutas, disminuyendo sus puntajes sobre la felicidad fluctuante. El contar con terapeutas con habilidades como estas, asociadas a la atención plena compasiva, puede apoyar a que se encuentren más comprometidos con su práctica, debido a que la existencia de una felicidad auténtica-duradera se caracteriza por valores intrínsecos y pro-sociales (Ryan & Deci, 2001), se entiende como una manera óptima de ser, un estado de satisfacción duradero y paz interior, que es una cualidad de la consciencia que impregna cada experiencia, emoción, comportamiento y permite aceptar tanto las alegrías como el dolor (Dambrun & Ricard, 2011).

Dentro de las sugerencias establecidas por los diversos estudios presentados en este trabajo, se proponía cambiar los paradigmas de formación a terapeutas (Barraca, 2009; Cebolla & Campos, 2016), la propuesta de que los terapeutas practicasen los dominios que enseñarán, permitió verificar la adherencia (fidelidad) al modelo de tratamiento y evidenciar los efectos positivos del programa sobre sus síntomas de depresión y afectos negativos semanales, que en personas que se encuentran en abstinencia a la nicotina son disparadores de recaídas, coincidiendo con lo propuesto por Bados y García (2011), además de esta forma los terapeutas, podrían mostrarse empáticos y comprensivos ante la resistencia de los pacientes con problemáticas para el abandono del tabaco y apoyarles con la creación de estrategias para implementar los componentes. Sin embargo, por los objetivos de este trabajo y la metodología empleada (estudio pre-experimental) se tendrán que tomar estos resultados como un punto de referencia para generar metodologías más rigurosas.

Este trabajo constituye una aproximación para favorecer la fidelidad de la implementación de intervenciones con evidencia científica, que incluye la capacitación en el marco conceptual y práctico (modelamiento, practica vivencial y evaluación observacional ante grupo ficticio) para dirigir la intervención (Bellg et. al., 2004). Sin embargo, se requieren de mayores evaluaciones posteriores a través de supervisión clínica, en escenarios reales y con la población meta, que en

este caso serían personas que deseen dejar de fumar (Borrelli et al., 2005). Por otro lado, es importante la revisión del formato de supervisión clínica desarrollado en este trabajo, el cual mostró sensibilidad a la valoración de las habilidades del programa, no se estableció un rango de calificación, por lo que es necesaria mayor investigación para determinar por cada categoría evaluada los rangos de los puntajes. Otra limitante de este estudio consistió en que no se tomó en cuenta la formación clínica previa de los terapeutas, es decir, se esperaba que los terapeutas contaran con bases teóricas y prácticas del modelo cognitivo-conductual, conocimientos en materia de adicciones, sin embargo, esta variable no se verificó en la valoración inicial. Se propone que para posteriores estudios se incluya en el programa de formación, módulos relacionados con la historia de la teoría conductual, técnicas terapéuticas sobre todo el análisis funcional, debido a que las terapias “contextuales”, donde su base es teórica es el conductismo radical lo retoman y es fundamental en el abordaje terapéutico de las conductas adictivas.

Aunque el modelo de supervisión empleado cumplió con lo propuesto por Fernández-Álvarez (2005), que explica que la supervisión consiste en una forma de intercambio entre dos o más terapeutas y que cumple con tres funciones principales: la formación a terapeutas y entrenamiento, la orientación personal o ayuda terapéutica y el asesoramiento institucional. En el presente estudio, las supervisoras no recibieron entrenamiento previo, utilizando el sistema de observación con vídeos de terapeutas para establecer un índice de concordancia alto, se sugiere que en posteriores estudios se realice este procedimiento.

Debido a los objetivos de la investigación y a los tiempos para llevarlo a cabo, es que se limitó solo a la creación del programa de capacitación y las evaluaciones a los terapeutas sobre la adquisición de los conceptos teórico y las habilidades terapéuticas, para valorar la validez interna del programa, por otro lado, que los terapeutas llevaran la práctica de los componentes a su vida fue una estrategia que ayudó a evaluar la validez externa, debido a que los componentes favorecieron de forma indirecta su bienestar psicológico. Este método podría

asegurar que terapeutas entrenados en el modelo, favorezcan que los cambios puedan ser explicados por la intervención (Borrelli et al., 2005).

De igual manera, se requieren investigaciones longitudinales sobre la supervisión de los terapeutas en escenarios reales, donde se brinde retroalimentación por parte de supervisores clínicos certificados en el modelo, siendo este un proceso activo para seguir construyendo conocimiento, y que también permitan la evaluación de la efectividad del modelo para favorecer la abstinencia a la nicotina y prevenir recaídas.

6. REFERENCIAS

- Abott, R. A., et al. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(5), 341-351. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.012.
- Bados, A., & García, E. (2011). *Habilidades Terapéuticas*. Universidad de Barcelona: España. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>
- Barraca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual de Tercera Generación. *Ciencia y Salud*, 20(2), 109-117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613879001.pdf>
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Baker, T. B., Brandon, T. H. & Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of psychology*, 55, 463-491. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.142054
- Bellg, A. J., Resnick, B., Sharp, D., Ogedegbe, G., Ernst, D., Borrelli, B., Hecht, J., Ory, M., Orwing, D., & Czajkowski, S. (2004). Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies practices and recommendations from the NIH behavior change consortium. *Health Psychology*, 23 (5), 443-451. doi: 10.1037/0278-6133.23.5.443
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Camody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Veltig, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: a

proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Bojorquez, I., & Salgado de Snyder, N. (2009). Características psicométricas de la Escala de Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Revista de Salud Mental*, 4, 299-307. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212276005.pdf>

Bornemann, B., & Singer, T. (2013). A Cognitive Neuroscience Perspective The ReSource Model. En T. Singer, & M. Bolz, *Compassion. Bridging Practice and Science*. Alemania: Max Planck Society.

Bornemann, B., & Singer, T. (2013). What do we (not) mean by training. En T. Singer, & M. Bolz, *Compassion. Bridging Practice and Science*. Alemania: Max Planck Society.

Borrelli, B., Spenwall, D., Bellg, A., Breger, R., DeFrancesco, C., Ernst, D., et al. (2005). A new tool to assess treatment fidelity and evaluation of treatment fidelity across 10 years of health behavior research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 852-860. doi:10.1037/0022-006X.73.5.852

Bowen, S., Chawla N., Marlatt, G.A. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide. Guilford Press, Nueva York: E.U.

Brewer, J. A., Elwafi, H. M., & Davis, J. H. (2013). Craving to quit: psychological models and neurobiological mechanism of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 366-379. Disponible en: <https://elischolar.library.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1712&context=ymtdl>

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, 822-848. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12703651>

- Dambrun, M., & Ricard, M. (2011). Self-centeredness and selflessness: a theory of self-based psychological functioning and its consequences for happiness. *Review General of Psychology*, 15, 138–157. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/buy/2011-09728-001>
- Dambrun, M., Ricard, M., Després, G., Drelon, E., Gibelin, E., Gibelin, M., & Bray, E. (2012). Measuring happiness: from fluctuating happiness to authentic–durable happiness. *Frontiers in Psychology*, 3. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00016
- Cebolla, A., & Miró, M. A. (2008). Efectos de la terapia cognitiva basada en la Atención Plena: una aproximación cualitativa. *Apunte de Psicología* 26(2), 257-268. Disponible en: http://copao.cop.es/files/contenidos/vol_26_2_8.pdf
- Cebolla, A. & Campos, D. (2016). Enseñar mindfulness: contextos de instrucción y pedagogía. *Revista de Psicoterapia*, 27, 103-118. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Daniel_Campos39/publication/299338158_Ensenar_Mindfulness_Contextos_de_Instruccion_y_Pedagogia/links/5705102508aef745f7172f87/Ensenar-Mindfulness-Contextos-de-Instruccion-y-Pedagogia.pdf?origin=publication_detail
- Chies, A. & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. doi: 10.3109/10826084.2013.770027
- Correa-Fernández, V. Lingyun, J., Castro, Y., Heppner, W. L., Viridine, Y. I., Costello, T. J., Mullen, P. D., Cofta-Woerpel, L., Velasquez M. M., Greisinger, A., Cinciripini, P. M. & Wetter, D. W. (2012). Mediators of the asociation of major depressive síndrome and anxiety syndroe with postpartum smoking relapse. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 80(4), 636-648. doi: 10.1037/a0027532
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Science*, 19(9), 515-523. doi: 10.1016/j.tics.2015.07.001

- Davis, J. M., Mills, D.M., Stankevitz, K. A., Manley, A. R., Majeskie, M. R. & Smith, S. S. (2013). Pilot randomized trial on mindfulness training for smokers in Young adult binge drinkers. *The Official Journal of the International Society for Complementary Medicine Research*, 13, 1-10. doi: 10.1186/1472-6882-13-215
- Didonna, F. (2011). *Manual Clínico de Mindfulness*. España: Desclée de Brouwer.
- Davis, J. M., Manley, A. R., Golberg, S. B., Smith, S. S. (2014). Randomized trial comparing mindfulness training for smokers to a matched control. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(3), 213-221. doi: 10.1016/j.jsat.2014.04.005
- Esparza-Meza, E. M., & Blum-Grynberg, B. (2009). Evaluación del programa para optimizar la formación del psicólogo clínico. *Revista de la Educación Superior*, 38(4), 97-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602009000400006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0185-2760
- Elwafi, H. M., Witkiewitz, K., Miallik, S., Thornhill IV, T. A., & Brewer, J. A. (2013). Mindfulness training for smoking cessation: moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 222-229. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.11.015
- Fernández-Álvarez, H. (2005). Herramientas de Psicología Positiva en la Clínica. 30° Congreso Interamericano de Psicología, "Hacia una psicología sin fronteras". Buenos Aires: Argentina. Consultado el 26 de julio de 2016. Disponible en: https://www.apra.org.ar/pdf/Fernandez_Alvarez_1.pdf
- Fleiss, J. L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. Nueva York: Wiley.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettinger, C. A., & Howard, M. O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized

- controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42, 177-192. doi: 10.1080/02791072.2010.10400690
- Gilbert, P., & Tirch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 99–110). New York: Springer. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_7
- Gilbert, P. (2013). The Flow of Life. En. T. Singer, & M. Bolz, *Compassion. Bridging Practice and Science*. Alemania: Max Planck Society. Disponible en: <http://www.compassion-training.org/en/online/files/assets/basic-html/index.html#2>
- Golberg, S., Davis, J. M., Hoyt, W. T. (2013). The role of therapeutic Alliance in mindfulness interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 1-19. doi: 10.1002/jclp.21973
- Golberg, S. B., et al. (2014). Hair cortisol as a biomarker of stress in mindfulness training for smokers. *Journal of alternative and complementary medicine*, 28(8), 630-634. doi: 10.1089/acm.2014.0080
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-análisis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Grossman, P. (2011). Defining Mindfulness by How Poorly I Think I Pay Attention During Everyday Awareness and Other Intractable Problems for Psychology's (Re) Invention of Mindfulness: Comment. En Brown et. al. (2011). *Psychological Assessment*, 23(4), 1034-1040. doi: 10.1037/a0022713.
- Grossman, P. (2015). Mindfulness: Awareness informed by an embodied ethic. *Mindfulness*, 6 (1), 12-22. doi: 10.1007/s12671-014-0372-5

- Gyatso, T. (S.S. el XIV Dalai Lama). (2003). *Las cuatro nobles verdades. Los fundamentos de las enseñanzas budistas y de su correcta práctica*. México: Debolsillo.
- Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton & Co.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270. doi: 10.1093/clipsy.8.3.255
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Dell Publishing: New York.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kohleberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- Kraser, M. S., et. al. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293. doi: 10.1001/jama.2009.1384
- Haudiquet, X. (2008). La formación de los futuros psicoterapeutas para más coherencia. Revisado el 10 de abril de 2017. Disponible en: www.centrodesarrollohumano.com
- Hendershot, C.S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 6(17), 1-17.

- Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. & Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT)*. Manual for the treatment of emotional avoidance. Reno, VN: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. doi: 10.1016/j.jcbs.2012.09004
- Landis, J. & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 37-46. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2529310>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- López de Uralde, (2015). Estudio experimental de la defusión verbal en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Tesis doctorado, Universidad de Málaga: España.
- Marlatt, G. A. & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. En Miller W. R. (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practioners* (pp. 67-84). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist Philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-50. doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80039-6](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80039-6)
- Meda-Lara, R. M., Herero, M., Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, B., & Palomera-Chávez, A. (2015). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Cinco Facetas de la Consciencia Plena” (Five Facet Mindfulness

Questionnaire, FFMQ-M) en México. *Psicología Conductual*, 23(3), 467-487.
doi: <https://www.researchgate.net/publication/289772178>

Moreno-Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66>

Moreno-Coutiño, A. & Sánchez-Paquini, E. (en prensa). Atención Plena Compasiva en Salud.

National Institute on Drug Abuse. (2010). Recuperado el 2 de julio de 2016, en: <https://www.drugabuse.gov/publications/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-treatments-tobacco-dependence>

Noordali, F., Cumming, J., & Thomson, J. L. (2015). Effectiveness of Mindfulness-based interventions on physiological and psychological complications in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 965-983. doi: 10.1177/1359105315620293

Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2006). Linking Research Questions to Mixed Methods Data Analysis Procedures 1. *The Qualitative Report*, 11(3), 474-498. Disponible en: <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1663&context=tqr/>

Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>

Quintana-Santana, B. M. (2016). Evaluación del mindfulness: aplicación del cuestionario de mindfulness de cinco facetas (FFMQ) en población española. Tesis Doctoral. Universidad Complutense: España. Disponible en: <http://eprints.sim.ucm.es/37535/1/T37175.pdf>

- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Journal of Applied Psychol*, 1, 385-401. Disponible en: <https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/98561/v01n3p385.pdf>
- Roldán-García, D. (2017). Evolución de los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina en estudiantes universitarios. Tesis Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Sánchez-Paquini, E. M. (2016). Evaluación del efecto de Atención y Terapia Cognitivo Conductual en la sintomatología asmática, ansiosa, calidad de vida y nivel de cortisol de pacientes con asma del Hospital General de México. Tesis Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Santiago, J.M. (2016). Intervención basada en atención plena compasiva sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Tesis maestría. Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Schuman-Olivier, Z., Hoepner, B. B., Evins, A. E. & Brewer, J. A. (2014). Finding the right match: mindfulness training may potentiate the therapeutic effect of nonjudgment of inner experience on smoking cessation. *Substance Use Misuse*, 49(5), 586-594. doi: 10.3109/10826084.2014.850254
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M. Follet y M. M. Linehan (Eds.).
- Siegel, D. (2012). Mindfulness y Psicoterapia. Técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas. Paidós.

Shiffman, S., y Sayette, M.A. (2005). Validation of the Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS): A criterion-group design contrasting chippers and regular smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 45-52. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.12.009

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.

Skinner, B. F. (1957/1981). *Verbal behavior*. México: Trillas.

Terrones-González, A., Estrada-Martínez, S., Lechuga-Quiñones, A., Salvador-Moysén, J., Martínez-López, Y., & La-Llave-León, O. (2012). Propiedades Psicométricas de la CES-D/IS en población universitaria de la Ciudad de Durango, México. *Revista de Salud Mental*, 35(4), 305-313. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2012-26831-005>

Westbrook, C., Creswell, J. D., Tabibnia, G., Julson, E., Kober, H., & Tindle, H. A. (2013). Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1), 73-84. doi: 0.1093/scan/nsr076

Zanatta, E. & Yuren, T. Y. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 151-170. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29223246010.pdf>

APÉNDICES

BATERÍA PSICOMÉTRICA					
DATOS PERSONALES					
Nombre:					
Edad:		Sexo:	F	M	Estado Civil:
Escolaridad:	Licenciatura		Maestría		Doctorado
Ocupación:					
Campo de trabajo:					
NO. EXP. TERAPEUTA					

Consentimiento de Participación

Les damos la cordial bienvenida al programa de Formación a Terapeutas en Atención Plena Compasiva, donde el objetivo es desarrollar conocimientos teóricos y habilidades clínicas, para implementar la atención plena compasiva dirigida al tratamiento del tabaquismo y a otras áreas de la salud, a través de un método de enseñanza basado en contenidos teórico-prácticos y vivenciales.

Este documento nos permitirá obtener su consentimiento para participar en cada una de las actividades que se han comentado en la introducción y se describen más adelante, completa junto con el capacitador la información que se te pide:

Por medio de la presente Yo _____ acepto participar en el Programa de Formación en Atención Plena Compasiva para el Tratamiento del Tabaquismo.

Las actividades en las que tendrás que participar son las siguientes:

- Asistencia a 9 sesiones presenciales una vez por semana, sábados de 10:00 a 13:00 hrs. Iniciando el _____ y concluyendo el _____ de 20____ .
- Evaluación psicométrica y de conocimientos teóricos de la atención plena compasiva.
- Grabación de 2 vídeos de sesiones ficticias y evaluación observacional.
- Práctica diaria del entrenamiento en atención plena compasiva.
- Llenado semanal del registro de Estados y Acciones positivos.

Que beneficios obtengo de participar en el programa:

- Capacitación en el modelo de atención plena compasiva
- Resultados de las evaluaciones pre y post.
- Resultados de las supervisiones.

Debido a que este proyecto pertenece a una investigación, los datos que nos proporcionen son confidenciales, tendrás una clave de terapeuta con la cual se trabajará toda la información en la base de datos.

Recuerda que en cualquier momento puedes abandonar la capacitación, pero sólo si completas todas las actividades puedes acceder a la constancia.

¿Deseas participar en el proyecto? Sí ____ No ____

¿Brindas tu autorización para ser video-grabada (o) para las supervisiones? Sí ____ No ____

Nombre del Terapeuta Participante

Firma del Terapeuta Participante

Nombre del Capacitador

Firma del Capacitador

Nombre del testigo

Firma Testigo

Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ) (Baer et al., 2006; traducción y adaptación Cebolla et al., 2012, validación México Meda-Lara, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez & Palomera-Chavéz, 2015)					
Instrucciones: califica cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta, marcando con una X en el número que indique que tan frecuente te ocurre a ti.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.	1	2	3	4	5
2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo que no debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
11. Me doy cuenta de cómo algunos alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar las palabras para escribir lo que estoy pensando.	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 de tal manera.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas.	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5

Instrucciones: califica cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta, marcando con una X en el número que indique que tan frecuente te ocurre a ti.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuándo experimento pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, me “detengo” y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos.	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla, pues no puedo encontrar las palabras indicadas.	1	2	3	4	5
23. Parece que actúo en “piloto automático”, sin mayor consciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, recobro la calma poco después.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando.	1	2	3	4	5
26. Percibo los olores y aromas de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras.	1	2	3	4	5
28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales perturbadoras, soy capaz de observarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentir las.	1	2	3	4	5
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5

Instrucciones: califica cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta, marcando con una X en el número que indique que tan frecuente te ocurre a ti.	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.	1	2	3	4	5
34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin ser consciente de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamiento.	1	2	3	4	5
37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.	1	2	3	4	5
38. Me doy cuenta cuando hago cosas sin prestarles atención.	1	2	3	4	5
39. Me desapruuebo cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

PANAS¹

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas:

1= muy poco o nada

2= algo

3= moderadamente

4= bastante

5= extremadamente

Ejemplo: si se presenta la palabra *triste*, y en la ULTIMA SEMANA usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: *Triste: 5*

Motivado	_____	Irritable	_____
Molesto (a disgusto)	_____	Alerta	_____
Emocionado	_____	Avergonzado	_____
De malas	_____	Inspirado	_____
Firme	_____	Nervioso	_____
Culpable	_____	Decidido	_____
Temeroso	_____	Estar atento	_____
Agresivo	_____	Inquieto	_____
Entusiasmado	_____	Activo	_____
Estar orgulloso	_____	Inseguro	_____

Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se siente **GENERALMENTE**, esto es, cómo se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1=Muy poco o nada

2= Algo

3= Moderadamente

4= Bastante

5=Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en GENERAL O REGULARMENTE usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5.

Motivado	_____	Irritable	_____
Molesto (a disgusto)	_____	Alerta	_____
Emocionado	_____	Avergonzado	_____
De malas	_____	Inspirado	_____
Firme	_____	Nervioso	_____
Culpable	_____	Decidido	_____
Temeroso	_____	Estar atento	_____
Agresivo	_____	Inquieto	_____
Entusiasmado	_____	Activo	_____
Estar orgulloso	_____	Inseguro	_____

¹Robles & Páez, 2003.

Escala De Felicidad Subjetiva-Fluctuante (SFHS) Versión en español¹

Fecha: _____ Folio: _____ Nombre: _____

Edad: _____ Género: M F. Escolaridad: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo investigar situaciones relacionadas con la búsqueda de placeres vinculados a condiciones externas.

A continuación se presentan una serie de situaciones que posiblemente experimentes en tu vida cotidiana. Para contestarlo, considera que entre más grande sea el cuadro mayor es el nivel de acuerdo con la descripción de la situación y entre más pequeño sea el cuadro menor será el nivel de acuerdo.

Ejemplo:

Dependo del dinero para ser feliz

Completamente de Acuerdo

Completamente en desacuerdo

A horizontal scale of seven boxes of decreasing size from left to right. The fifth box from the left is shaded black and contains a white 'X', indicating the respondent's level of agreement.

En el ejemplo se observan siete cuadros después de la oración; marca con una X el cuadro que represente mejor tu nivel de acuerdo. Lee cada frase cuidadosamente y contesta dependiendo tu caso, mediante una sola respuesta a cada renglón y sin omitir ninguno.

Las respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerda responder con sinceridad.

GRACIAS

¹ Barrera-Gutiérrez, J.L., Díaz-Ayala, D., y Moreno-Coutiño, A. (En elaboración)

En mi vida.....	Completamente de Acuerdo	Completamente en desacuerdo
1. He tenido satisfacciones y decepciones grandes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Mis periodos de placer son seguidos por periodos de desagrado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. Mi nivel de tranquilidad es cambiante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Tengo periodos de euforia que son seguidos por periodos de menos alegría	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. Puedo pasar de la euforia a la tristeza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6. Mis periodos de bienestar van seguidos por periodos de malestar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. Mi nivel de bienestar es inestable, a veces me siento muy bien y a veces muy mal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. Suelo ir de un nivel alto de placer a un nivel bajo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. Puedo sentirme totalmente pleno y después sentirme muy poco satisfecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. Puedo sentirme muy feliz y después muy triste, todo el mismo día	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Escala De Felicidad Subjetiva-Duradera (SA-DHS) Versión en español.²

Fecha: _____ Folio: _____ Nombre: _____

Edad: _____ Género: M F. Escolaridad: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo investigar que situaciones se relacionan con la felicidad que no está vinculada a algo externo sino que refleja un estado de bienestar y plenitud interior.

A continuación se presentan una serie de estados emocionales, que posiblemente experimentes en tu vida cotidiana. Para contestarlo, considera que entre más grande sea el cuadro mayor es el nivel de acuerdo con la descripción de la emoción y entre más pequeño sea el cuadro menor será el nivel de acuerdo.

Ejemplo:

Muy alto Muy bajo

Infelicidad

					X		
--	--	--	--	--	---	--	--


En el ejemplo se observan siete cuadros después de la oración; marca con una X el cuadro que represente mejor tu nivel de acuerdo. Lee cada frase cuidadosamente y contesta dependiendo tu caso, mediante una sola respuesta a cada renglón y sin omitir ninguno.

Las respuestas son totalmente anónimas y confidenciales, recuerda responder con sinceridad.

GRACIAS

²Barrera-Gutiérrez, J.L., Díaz-Ayala, D., Sánchez-Sosa, J. J., y Moreno-Coutiño, A. (en prensa).

¿En su vida, cuál es su nivel habitual de...?	Muy Alto	Muy bajo
1. Bienestar general		
2. Felicidad		
3. Placer		
4. Dicha Completa		
5. Quietud (tranquilidad de espíritu)		
6. Satisfacción		
7. Serenidad		
8. Bendición		
9. Paz interior		
10. Realización		
11. Alegría		
12. Tranquilidad		

13. Plenitud	
--------------	--

CES-D³

Instrucciones: A continuación leerá unas frases que pudieran describir cómo se ha sentido alguna vez. Por favor, especifique cuántos días durante la pasada semana, o sea desde el _____ hasta el día de hoy, se ha sentido de las siguientes manera en que se describe que mencionaré.

	Ninguna vez, o menos de un día	Pocas veces, o de uno a dos días	Una cantidad moderada de veces, o de tres a cuatro días	Todo el tiempo, o de cinco a siete días
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0	1	2	3
2. No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de familiares y amigos.	0	1	2	3
4. Sentía que era tan bueno(a) como cualquier otra persona.	0	1	2	3
5. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
6. Me sentía deprimido(a).	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
8. Me sentía optimista sobre el futuro.	0	1	2	3
9. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
10. Me sentí con miedo.	0	1	2	3
11. Mi sueño era inquieto.	0	1	2	3
12. Estaba contento(a).	0	1	2	3
13. Hablé menos de lo usual.	0	1	2	3
14. Me sentí solo(a).	0	1	2	3
15. Sentí que la gente no era amigable.	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
17. Pasé ratos llorando.	0	1	2	3
18. Me sentí triste.	0	1	2	3
19. Sentí que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3

³ Radolff, 1997; Traducida por: Bojorquez-Chapela, & Salgado de Snyder, 2009.
0-14= SD/ 15-21= DMM/ 22--= PDM

EVALUACIÓN TEÓRICA-CONCEPTUAL

Fecha:	
Puntaje:	

Nombre:	
---------	--

Instrucciones: lee con atención a las siguientes preguntas y responde de acuerdo a lo que se te pide.

1.	<p>La atención plena es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La consciencia que surge de estar atentos intencionalmente en el momento presente y sin juzgar las experiencias que surgen a cada momento. b) La práctica de entrenamiento de la mente, para liberarse de experiencias aflictivas por medio del prestar atención al momento presente, sin juzgarlo, entendiendo los eventos mentales como transitorios y el cultivo de experiencias positivas. c) Consiste en prestar atención, momento a momento, a pensamientos, emociones, sensaciones corporales y al ambiente circundante, aceptándolos.
2.	<p>La compasión se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sentimiento de tristeza que produce el ver padecer a alguien y que impulsa a aliviar su dolor o sufrimiento, a remediarlo o a evitarlo. b) Es la aspiración de liberarse y desear la liberación de los demás seres del sufrimiento. c) Es la habilidad para reconocer el sufrimiento, es decir tener la motivación para estar emocionalmente conectado con los demás.
3.	<p>¿Cuál división del sistema nervioso periférico activa al cuerpo ante estímulos estresantes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El sistema nervioso simpático b) El sistema nervioso parasimpático
4.	<p>Hormonas que se liberan al activarse el Eje Hipotalámico Pituitario Adrenal (HPA)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Norepinefrina y epinefrina. b) Adrenalina, oxitocina y serotonina. c) Corticotropina, adrenocorticotropina y cortisol. d) a y c
5.	<p>La otra vía de activación de la respuesta del estrés es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El sistema inmunológico b) <u>El sistema límbico</u> c) El sistema nervioso
6.	<p>La atención plena compasiva se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La atención plena compasiva se define como la conciencia que surge a través de prestar atención propositivamente al momento presente, sin juzgar la experiencia y generando acciones motivadas en la aspiración de liberarnos a nosotros mismos y a los demás del sufrimiento. b) El desarrollo de una actitud atenta al momento presente, sin juzgar la experiencia como agradable o desagradable. c) El anhelo de que el sufrimiento termine y que se produzcan beneficios a otros seres.
7.	<p>Menciona tres beneficios de la práctica de atención plena compasiva en la salud:</p>
8.	<p>Son parte de los componentes del modelo de atención plena compasiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Entendimiento de los conceptos, meditaciones formales e informales. b) Psicoeducación, origen del sufrimiento, entendimiento sobre la naturaleza de la mente, entrenamiento en causalidad, interdependencia, impermanencia y vacuidad. c) Entrenamiento de la mente a través de la meditación, entendimiento de las acciones que favorecen el bienestar, mantenimiento de la práctica.

9.	Son los tres tipos de sufrimiento: a) El dolor, el apego y la evitación. b) Sufrimiento ordinario, sufrimiento al cambio y el sufrimiento que lo impregna todo. c) Ignorancia, al apego y a las emociones aflitivas.		
10.	La filosofía budista le llama emociones aflitivas a: a) Aquellas que nos hacen sentir sufrimiento o dolor. b) Las acciones mentales que se basan en juzgar, como el apego o la aversión. c) A los estados cambiantes que nos llevan a no disfrutar de las cosas.		
11.	Son dos nobles verdades del sufrimiento (marca dos opciones): a) Existencia del sufrimiento. b) Las emociones aflitivas se pueden vencer. c) El camino para cesar el sufrimiento. d) Existen antídotos para vencer el sufrimiento.		
12.	¿Qué es la flexibilidad psicológica?		
13.	Relaciona las siguientes columnas:		
A	Se trata de la interacción que tienen todas las cosas entre sí, las causas y condiciones que permiten sea posible un fenómeno, objeto, sujeto, entre otros.		Eventos mentales
B	Se refiere al cambio permanente de las cosas, por ejemplo: el cuerpo envejece, nuevos seres nacen y mueren a cada instante.		Causalidad
C	Nos permite ver como las cosas carecen de características por sí mismas, es decir, que las sensaciones, emociones y pensamientos, así como las situaciones o cualidades se deben a nuestras percepciones derivadas de nuestros sentidos, adicionalmente, nuestra historia previa nos predispone a pensar de determinada manera y por tanto interpretar nuestra realidad.		Interdependencia
D	Se refiere a los pensamientos, emociones y sensaciones.		Impermanencia
E	A cada acción (ya sea pensamiento, palabra y conducta) le corresponderá una reacción,		Vacío
14.	Escribe las 6 acciones que favorecen el bienestar:		

Formato de Supervisión Clínica: Modelo de Atención Plena Compasiva

Instrucciones: Este formato permitirá registrar las acciones realizadas por los terapeutas al brindar los componentes de la sesión, marque con una "X" la casilla que corresponda, si se presentó la conducta marque 1 y si no se presentó la conducta marque 2. Si en la sesión no se presentaron las situaciones para aplicar alguna estrategia o no corresponde el reactivo con la actividad seleccione NA, no aplica.

1. Fundamentos teóricos del modelo de APC			
	SI	NO	NA
Aplica los principios de la APC	1	2	NA
Describe los conceptos de la sesión	1	2	NA
Conoce las actividades vivenciales de los conceptos	1	2	NA
Responde apropiadamente las dudas utilizando los conceptos	1	2	NA
2. Enseñanza-Aprendizaje			
	SI	NO	NA
Cuenta con todos los materiales de la sesión	1	2	NA
Brinda apropiadamente las instrucciones de cada actividad	1	2	NA
Proporciona información adecuada de cada componente de la sesión	1	2	NA
Señala los puntos importantes de los conceptos	1	2	NA
Guía apropiadamente la actividad	1	2	NA
Genera/respeto las reglas del grupo	1	2	NA
Motiva a la participación del grupo	1	2	NA
Realiza lluvia de ideas	1	2	NA
Favorece el uso de los materiales	1	2	NA
Mantiene el liderazgo de la sesión	1	2	NA
Utiliza un tono de voz apropiado	1	2	NA
Puntualiza el tema	1	2	NA
Ajusta las estrategias a cada participante	1	2	NA
Favorece la asistencia del grupo	1	2	NA
Guía las prácticas de meditación de la sesión	1	2	NA
Promueve la práctica en casa	1	2	NA
Explica la practica en casa	1	2	NA
Describe el registro en casa y su importancia	1	2	NA
3. Habilidades terapéuticas			
	SI	NO	NA
Brinda la bienvenida	1	2	NA
Genera reflexiones con los participantes	1	2	NA
Resume	1	2	NA
Maneja las resistencias regresando a las causas de sufrimiento	1	2	NA
Maneja las resistencias reflexionando ante una acción compasiva del participante	1	2	NA
Maneja la resistencia reflexionando sobre una situación dónde el participante se sintió juzgado en algún momento de su vida	1	2	NA
Retoma ejemplos de los participantes	1	2	NA
Parfrasea	1	2	NA
Apoya las interrupciones	1	2	NA
Utiliza las metáforas de la sesión	1	2	NA
Hace uso del humor	1	2	NA
Se observa una relación cercana entre el terapeuta y los participantes	1	2	NA
Llama a los participantes por su nombre	1	2	NA
Se adapta al contexto, situaciones o necesidades del grupo	1	2	NA
Favorece que los participantes apliquen las estrategias	1	2	NA
Es sensible a los participantes	1	2	NA
Escucha las participaciones del grupo	1	2	NA
Mantiene su atención en cada momento de la sesión	1	2	NA
Sonríe	1	2	NA
Respeto los tiempos de las actividades	1	2	NA
Lleva un ritmo de la sesión adecuado	1	2	NA
Utiliza paradojas	1	2	NA