



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Salud Mental y Calidad de Vida en Niños y Adolescentes:
Estudio exploratorio mediante Atención Plena Compasiva

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

TANYA MARÍA FRAGOSO LÓPEZ

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Ana Beatriz Moreno Coutiño

REVISOR DE TESIS: Dr. Oscar Alberto Clavellina López

SINODALES: Dra. María Santos Becerril Pérez

Mtro. Manuel Alfonso González Oscoy

Dr. José Alfredo Contreras-Valdez



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.

Salud Mental y Calidad de Vida en Niños y Adolescentes:
Estudio exploratorio mediante Atención Plena Compasiva

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
1 ANTECEDENTES	6
1.1 Terapia Conductual: Primera, segunda y tercera ola	6
1.2 Definición de Atención Plena	10
1.3 Tipos de técnicas utilizadas en el tratamiento basado en atención plena	11
1.3.1 Las variedades de la práctica de la plena conciencia	11
1.3.1.1 Práctica informal de la atención plena	11
1.3.1.2 Práctica formal de la atención plena	12
1.4 Componentes y Mecanismos de acción de la atención plena	13
1.5 Evidencias en atención plena	19
1.5.1 Atención plena y Neurobiología	19
1.5.2 Aplicaciones psicoterapéuticas de la atención plena	21
1.5.3 Aplicación en poblaciones no clínicas	24
2 APLICACIÓN EN POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE	25
2.1 Evidencias de atención plena aplicada a niños y adolescentes	28
2.2 Aplicación dirigida a profesores	31
3 MÉTODO	34
3.1 Planteamiento del Problema	34
3.2 Justificación del estudio	35
3.3 Objetivo General	36

3.4	Objetivos Específicos	36
3.5	Definición de las Variables a evaluar y forma de medirlas	37
3.5.1	Variable Independiente	37
3.5.2	Variable Dependiente	38
3.6	Hipótesis general	41
3.7	Tipo y diseño del estudio	41
3.8	Población y Participantes	42
3.8.1	Criterios de Inclusión	43
3.8.2	Criterios de Exclusión	43
3.8.3	Criterios de Eliminación	44
3.9	Procedimiento	44
3.9.1	Selección de los participantes	44
3.9.2	Evaluaciones de línea base	44
3.9.3	Intervención	46
3.9.4	Evaluaciones post intervención	52
3.9.5	Análisis estadístico	53
4	RESULTADOS	54
4.1	Resultados de la Sintomatología	54
4.1.1	Resultados del CBCL	54
4.1.2	Resultados del PedsQL 4.0	55
5	DISCUSIÓN	56
	Sugerencias para estudios futuros	62
	REFERENCIAS	65

RESUMEN

En la actualidad, se está presenciando una integración masiva de las prácticas meditativas orientales en la teoría y en la práctica de la psicología, de la psicoterapia y, en general, de la ciencia occidental. La meditación es utilizada como un instrumento para aliviar el sufrimiento/estrés, tan arraigado en la naturaleza humana. En este contexto, la práctica de la Atención Plena ha reportado grandes beneficios en distintos padecimientos psíquicos y físicos, ayuda a crear estados de ánimo positivos y promueve las actitudes de aproximación y afrontamiento, en lugar de la evitación, promoviendo un equilibrio emocional. Las personas que meditan con regularidad, presentan una disposición afectiva positiva, así como habilidad de afrontamiento ante los estados de ánimo negativos.

La presente es una investigación empírica de carácter cualitativo y cuantitativo, que tuvo por objetivo conocer el efecto de una intervención basada en atención plena compasiva en la salud mental de niños y adolescentes de entre 6 y 15 años; así como en su calidad de vida. Comparando para esto las evaluaciones realizadas, previa y posteriormente al taller. Se trata de un diseño pre-experimental, con evaluación previa y posterior a la intervención, con un sólo grupo. El análisis estadístico es paramétrico de comparación de dos muestras relacionadas y la asignación de los participantes se realizó de manera no aleatoria, con el grupo de alumnos inscritos en el Taller de Meditación llevado a cabo en la asociación Integritat.

A lo largo de las sesiones, se pudo observar cómo, gradualmente, los participantes iban integrando los conceptos y las técnicas que se les enseñaron. Encontrando, en algunos de ellos, un incremento en la empatía y compasión por sus compañeros, así como el deseo de ayudar a los otros a comprender y a continuar aprendiendo. Algunos de los participantes informaron que en sus casas compartieron lo que estaban aprendiendo en el taller, en relación al enfoque (a través de las

metáforas utilizadas), pero también a las prácticas, de modo que les enseñaban a sus padres o hermanos a meditar con el frasco de la mente o llevando su atención a la respiración. Esto les emocionaba mucho, ya que habían encontrado una alternativa a sus emociones aflitivas y a las reacciones desbordadas que estas generaban, por lo que nacía en ellos el deseo de compartir con sus seres más cercanos.

Palabras Clave: Niños, adolescentes, atención plena, compasión, meditación.

1. ANTECEDENTES

1.1 Terapia Conductual. Primera, segunda y tercera generación

Actualmente, ha surgido una nueva ola en las terapias de conducta, como respuesta a una necesidad de renovación generacional (Pérez-Álvarez, 2006). Que, en un inicio, pudieron deberse al resultado de motivaciones como la renovación tecnológica, el liderazgo científico, intereses editoriales, o de algún tipo de moda que resultara novedosa. Sin dejar de lado algunos de estos puntos, la tercera generación ha traído consigo buenas nuevas, las cuales se pueden apreciar, situándolas acorde al sentido e importancia que poseen en relación con las otras olas o generaciones anteriores (Moreno, 2012).

Pérez-Álvarez (2006) describe el desarrollo de la Terapia Conductual de la siguiente manera. La primera generación de la Terapia Conductual, situada en la década de 1950, surgió como una manifestación de rebelión ante la psicología entonces establecida, dominada fundamentalmente por el psicoanálisis. Proponiendo la instauración de una terapia psicológica sustentada en principios científicos, rescatados de la psicología del aprendizaje, que se basa en dos paradigmas, el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano, que favorece la evaluación científica mediante análisis estadísticos que permitieron hacer inferencias poblacionales. La Terapia de Conducta tenía una vocación ambientalista o contextual y a su vez ideográfica, enfocada en los casos individuales.

La segunda generación de la Terapia Conductual se situó en torno a 1970, con la Terapia Cognitivo-Conductual, que se encargó de estudiar el guion entre el estímulo y la respuesta, actualmente entendida gracias a la metáfora del procesamiento de información. En un inicio

surgieron, como dos terapias disidentes del psicoanálisis, la Terapia Racional Emotiva de A. Ellis y la Terapia Cognitiva de la Depresión de A.T. Beck, que concordaban con la Terapia Conductual en curso. Estas terapias comenzaron a ganar respeto al evaluar sus resultados. Más adelante, cuando se dio el giro cognitivo de la psicología, éstas enriquecieron a la Terapia de Conducta, legitimando el nuevo enfoque. La ciencia psicológica básica ya no sería sólo la psicología del aprendizaje, sino también el procesamiento de la información (Pérez-Álvarez, 2006).

La Terapia Cognitivo-Conductual plantea que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son las causas de todos los conflictos emocionales y conductuales, por lo que cada trastorno tiene su condición “cognitiva específica”. Su éxito se reconoce en el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces, sin duda se trata de la terapia psicológica que figura entre los tratamientos que han probado su eficacia, incluyendo a la medicación (Pérez-Álvarez, Fernández H., Fernández R. y Amigo, 2003). La psicología cognitiva se enfocó en el guion entre el estímulo y la respuesta, sin embargo, llevó a desvirtuar el sentido contextual e ideográfico que se había tenido, que hacía énfasis en la importancia de las causas ambientales o contextuales. A pesar de todos los logros, había cuestiones que no terminaban de resolverse, como la inevitable necesidad de adaptarse al modelo médico de psicoterapia, o modelo de déficit. Un modelo internalista, mecanicista y nosológico, en lugar de uno contextualista, holístico y de caso individual. Es decir, la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual se enfrentó a dos problemáticas: se encontró limitada por su tendencia a estandarizar los casos, además de que quizás su eficacia se debiera más a lo que su enfoque mantuvo de conductual. Por otra parte, el Análisis Aplicado de la Conducta siguió su camino. En gran medida, todo esto se trataba de un análisis experimental, en especial de la conducta verbal, a partir de la obra fundamental de Skinner, *Conducta verbal*, de 1957 (Hayes, 1989; Hayes y Chase, 1991; Skinner, 1957/1981). Ya que, se

trata de la conducta más frecuente presentada en terapia, el hablar y el escuchar (Pérez Álvarez, 2006).

La tercera generación de la Terapia Conductual se sitúa en la década de 1990, aunque no fue dada de alta hasta 2004. Este surgimiento se debió, tanto al Análisis de la Conducta y al Conductismo Radical, como a las limitaciones halladas en la Terapia Cognitivo-Conductual, a pesar de las importantes contribuciones. En esta nueva ola se pretende desarrollar el análisis funcional, que se encontraba en los inicios de la Terapia Conductual, representado por la conducta más frecuente y relevante en la situación clínica. Más adelante se le identificaría como “análisis de la conducta clínica”. Las aportaciones destacadas están relacionadas a un replanteamiento contextual de la psicología clínica (que incluye la psicopatología, la evaluación y el tratamiento). Este replanteamiento contextual es importante, ya que el modelo médico en ocasiones es adoptado de manera inadvertida y hasta cierto punto ingenua. En el “modelo de déficit” se afirma que existe una disfunción psicológica en la base de los trastornos mentales y que de tal modo será necesaria una técnica específica que arregle tal condición (Dougher, 2000).

Esto orilló a que la psicología clínica tuviese una mirada contextual. Una tarea prioritaria que fundamentaba dicho replanteamiento, fue la “desmedicación” de los problemas psicológicos. Los argumentos de tal propuesta están basados en una discusión acerca de la naturaleza de los trastornos mentales (Pérez-Álvarez, 2006), donde se expone de acuerdo con una amplia investigación que, sin dejar de ser hechos reales, lo cierto es que los trastornos mentales son hechos “reales por conveniencia”. Y muchas veces esas conveniencias son de los clínicos, de las farmacéuticas o de las mismas personas selectivamente informadas y formateadas como pacientes de una “enfermedad” supuesta (Gonzalo Pardo y Pérez-Álvarez, en prensa).

Otras aportaciones importantes de esta tercera generación, se encuentran en el tratamiento, que tiene como principio terapéutico “el abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida”. Pérez-Álvarez (2006) explica que, las terapias de la tercera ola están relacionadas directamente con procesos de aceptación psicológica, con los valores tanto del paciente, como del terapeuta; con un curso dialéctico durante la terapia, así como con asuntos relacionados con la espiritualidad y la trascendencia (Moreno, 2012).

Las principales Terapias de Tercera Generación que existen en la actualidad son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Psicoterapia Analítica Funcional, la Terapia de Conducta Dialéctica (DBT), la Terapia Conductual Integrada de Pareja, la Terapia de Activación Conductual, la Terapia de Reducción de Estrés Basada en Atención Plena (REBAP, MBSR), la Terapia Cognitiva con base en el Estar Atento (MBCT) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Moreno Coutiño, 2012). Estas terapias no hacen tanto énfasis en los síntomas del sujeto, sino que pretenden modificar su experiencia subjetiva y la consciencia de ella, de tal modo que los síntomas resulten excesivos u obsoletos.

Entre dichas terapias, sobresale la terapia de REBAP, basada en la Atención Plena/Mindfulness, técnica rescatada de la filosofía budista milenaria. Es breve, sencilla, fácil de aprender y aplicar, se puede utilizar de manera grupal o individual, reportando eficacia en múltiples enfermedades y entornos sanitarios. Ha resultado ser especialmente efectiva en atención primaria (Finucane & Mercer, 2006).

Hayes (2004) afirmó que la característica más importante de las intervenciones de la tercera ola es el énfasis que hace en las estrategias de aceptación, consciencia plena, la “de-fusión” cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y las relaciones. Incluyendo en estos tratamientos al MBCT, a la ACT y la DBT.

1.2 Definición de Atención Plena

Mindfulness es la acepción inglesa del concepto castellano de “atención plena”, “estar atento”, “presencia plena” o “consciencia plena”. Que se refiere a la acción del sujeto que se concentra en la tarea que está llevando a cabo en ese momento, sin que su mente se distraiga pensando en el futuro o en el pasado, sin sensación de apego ni de rechazo, generando en éste energía, claridad de mente y alegría (Moreno-Coutiño, 2012). Por otro lado, Kabat-Zin (1990) lo definió de la siguiente manera, se trata de atender intencionalmente a la experiencia propia, momento a momento, aceptándola y sin juzgarla; desarrollando con esto una perspectiva nueva acerca de los pensamientos y sentimientos, en donde se les reconoce como eventos mentales y no como aspectos estables del ser, o reflejos exactos de la realidad.

La práctica repetida de la atención plena, ayuda a desarrollar la habilidad de apartarse calmadamente de pensamientos y sentimientos en situaciones de estrés, en lugar de engancharse en preocupaciones ansiosas o en algunos otros patrones de pensamiento negativos (Bishop, 2002), se trata de brindar un entrenamiento para lograr estar presentes durante las prácticas meditativas, para luego poder aplicarlo a nuestra vida cotidiana. Mediante la práctica de la atención plena, uno se volverá gradualmente capaz de reconocer y observar tal y cómo son sus pensamientos, en lugar de percibirlos como hechos indiscutibles, dejando de identificarse con los correspondientes contenidos mentales y las emociones aflitivas asociadas. Permitiéndole a la persona responder de manera creativa y efectiva, en vez de reaccionar de manera automática, desde sus patrones habituales (Segal et al., 2002).

1.3 Tipos de técnicas utilizadas en el tratamiento basado en atención plena

1.3.1 Las variedades de la práctica de la atención plena

Existen distintas formas de cultivar la consciencia de la experiencia presente con aceptación. Igual que con otras habilidades, todas estas formas suponen una práctica repetida (Siegel, 2010). Al pensar en la atención plena de la misma manera que se piensa en cultivar el cuerpo físico. Así como se cultiva la condición física haciendo ejercicio con regularidad, también se puede lograr ser plenamente conscientes iniciando prácticas deliberadas de atención plena. Por ejemplo, si se desea mejorar la salud cardiovascular, es recomendable integrar ejercicios informales a la rutina cotidiana; como puede ser, subir las escaleras en vez de ir por el ascensor, o desplazarnos al trabajo en bicicleta en vez de en coche. Si se desea estar cada vez más en forma, se recomienda reservar cierto tiempo para realizar ejercicio formal, tal vez en un gimnasio o centro de salud. Para acelerar el proceso, se pueden incluso hacer excursiones a pie o en bicicleta, o acudir a un spa. Opciones similares están también disponibles para el cultivo de la atención plena en las distintas formas de práctica, como pueden llegar a ser la práctica informal y la práctica formal (Siegel, 2010).

1.3.1.1 Práctica informal de la consciencia plena

Practicar de manera informal la atención plena, consiste en acordarse lo largo del día de llevar la atención a todo lo que ocurra cada momento. Practicar la atención plena de esta manera, significa reparar en la sensación de andar cuando uno está andando, en el sabor de la comida cuando se come algo y en las nubes y los árboles cuando se va caminando. Thich Nhat Hahn, profesor de zen vietnamita, sugiere algunas técnicas informales para desarrollar la atención plena, todas dirigidas a contrarrestar la tendencia a la multitarea o a llevar a cabo acciones de manera automática,

mientras uno está sumido en algún pensamiento. Por ejemplo, cuando el teléfono suena, tratar de escuchar las primeras notas atendiendo al detalle del sonido, apreciándolo como si se tratara de un instrumento musical. O cuando se va en un automóvil y las luces traseras de otro vehículo obligan a disminuir la velocidad, tratar de observar su color y textura al igual que cuando se aprecia una magnífica puesta de sol. Cuando uno lava los trastes sucios, tratar de atender la sensación del agua jabonosa en las manos, el color y textura de los restos de comida, el brillo de los platos una vez limpios. Las oportunidades para la práctica informal de la atención plena son infinitas. Se trata de que, en cada instante en que no se necesite estar planificando o pensando, simplemente llevemos nuestra atención a lo que está ocurriendo en la conciencia sensorial (Siegel, 2007).

1.3.1.2 Práctica formal de la atención plena

La práctica formal de la atención plena supone el dedicar una porción de nuestro tiempo en visitar el “gimnasio mental”, dejar un poco de tiempo cada día para sentarnos a meditar tranquilamente. Este tipo de práctica ha sido estudiada científicamente. A diferencia de la práctica informal, durante la cual llevamos a cabo otra tarea como, por ejemplo, ir en coche, limpiar los platos o caminar, en la práctica formal se trata de reservar un período de tiempo para cultivar enteramente nuestra atención plena. Se pueden utilizar muchos tipos de meditación. La mayoría consisten en escoger un objeto de atención, por ejemplo, la respiración u otra sensación, y volver nuestra atención hacia ese objeto cada vez que la mente intente divagar. (Siegel, 2010).

Esto desarrolla en nosotros un nivel de concentración que nos facilita el centrar la mente en un objeto concreto. Una vez que logramos cierta atención, la meditación de la atención plena supone dirigir la mente a cualquier cosa que surja y predomine en la conciencia, centrándose generalmente en cómo es experimentado el acontecimiento en el cuerpo. Estos objetos de atención pueden ser

sensaciones físicas, como por ejemplo un picor, un dolor o un sonido; o experiencias emocionales manifestadas físicamente, como podría ser el encogimiento del pecho que acompaña a la ira o el nudo en la garganta que acompaña a la tristeza. Independientemente del objeto de atención, se trata de practicar el ser conscientes de nuestra experiencia presente con aceptación (Ricard, 2009). Este tipo de meditación formal de atención plena, podemos practicarlo en cuatro posturas diferentes: sentados, de pie, caminando y acostados. Cada postura suele tener efectos distintos. Hay otras formas de meditación similares destinadas a cultivar cualidades mentales que ayudan también en la práctica de la consciencia plena, como pueden ser la empatía y la compasión (Ricard, 2007).

1.4 Componentes y Mecanismos de la atención plena

Baer et al., en 2004, indican que una persona piensa o actúa con atención plena cuando está aplicando los siguientes componentes: atención al momento presente, apertura a la experiencia, aceptación, el dejar pasar y la intención. A continuación se realizará una breve descripción de cada uno de ellos, (ambas técnicas, la meditación formal y la informal, son utilizadas por diversas escuelas de budismo).

El primer componente es la atención al momento presente, que consiste en enfocarse en lo que está ocurriendo en el instante, procurando no llevar la mente ni al pasado (rumiaciones) ni al futuro (expectativas, temores y deseos). Apareciendo en todos los modelos de atención plena (Bishop et al., 2004; Safran y Muran, 2005; Shapiro et al., 2006). La atención plena al momento presente es una de las funciones de la mente que promueve el bienestar, es la capacidad que tiene el ser humano para reconocer la realidad circundante y para relacionarse con ella. Este término traduce la expresión Sati, que en lengua pali significa consciencia y atención (Siegel, Germer y Olendzki,

2009). En principio, todas las personas tienen la capacidad de atender al momento presente y ser conscientes de él, tal capacidad mental varía, pudiendo verse estimulada o debilitada por distintos factores. La rumiación o cavilación constante sobre los eventos pasados, así como las fantasías sobre el futuro, tales como la ansiedad generada ante expectativas negativas, pueden distraer fácilmente a la consciencia de lo que tiene lugar en ese momento. Unida a la consciencia del momento presente, viene en mayor o menor medida la aceptación de ese presente tal como es y no como se quisiera que fuera (Brown y Ryan, 2003).

El segundo es estar abierto a la experiencia, lo cual significa tener la capacidad de observar sin que las propias creencias influyan en el proceso. La atención plena implica una observación directa de los diversos objetos como si se tratara de la primera vez que lo hacemos, una habilidad que en el Zen se denomina «mente de principiante». También implica la apertura a las experiencias negativas y a la observación de lo que ocurre con curiosidad y deseo de saber (Buchheld et al., 2001).

El próximo componente es la aceptación y el no juzgar, que son utilizados como sinónimos. Todos los enfoques que se basan en la atención plena incluyen la aceptación sin juzgar de los pensamientos y sentimientos, así como, de los eventos de la vida cotidiana. Una manera de definir la aceptación es la siguiente: “experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal como son” (Hayes, 1994). Este autor considera que la psicología clínica se ha enfocado demasiado en el cambio y que resulta conveniente reconocer la importancia de la aceptación. Las personas tienden a caer en conductas desadaptativas en un intento de evitar experiencias displacenteras. En la medida en que pueden aceptar que estas experiencias son ocasionales y limitadas en el tiempo, no necesitan recurrir a tales conductas.

El cuarto componente es el dejar pasar, que consiste en no engancharse con ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo, no apegándose ni identificándose con ninguno de ellos. Se trata de sólo reconocerlos y dejarlos pasar, en lugar de seguirlos y dejarse llevar por ellos (Moreno, 2012). Kabat-Zinn (1990), afirma que la observación sin juzgar de la propia actividad mental, puede llevarnos a la comprensión de que los pensamientos no son reflejos de la verdad o de la realidad.

Como último tenemos a la intención, que se refiere a lo que cada individuo persigue cuando practica la atención plena. En opinión de Shapiro et al. (2006), la intención no puede ser omitida, pero cuando la psicología occidental intenta separar la esencia de la práctica de la atención plena, de sus raíces culturales originales, ésta se pierde. Y es que la intención va evolucionando a lo largo de la práctica: en la fase inicial se hace énfasis en la auto-regulación, después en la auto-exploración y finalmente en la auto-liberación, entendida ésta como la experiencia de transcendencia, de dejar de sentirse como un *self* separado (Shapiro, 1992, citada en Shapiro et al., 2006). Algunas tradiciones budistas están más enfocadas en la liberación personal, cómo la Hinayana, mientras que la Mahayana tiene la intención de liberar a todos los seres. El poder de la intención se demostró en los estudios realizados en monjes budistas de los Himalayas, quienes eran capaces de elevar la temperatura de sus extremidades hasta 8°C y disminuir el metabolismo en un 60%. Durante el sueño, el metabolismo normalmente disminuye 10-15%. Los monjes fueron capaces de evaporar, con el calor emanado de sus cuerpos, el agua fría que mojaba la túnica que los cubría, simplemente mediante el poder de sus pensamientos (Benson et al., 1982)

Por otro lado, existen mecanismos de acción de la atención plena responsables de que este entrenamiento produzca resultados. Tales mecanismos son resultados por sí mismos (Pérez & Botella, 2006). A continuación se describirán cada uno de ellos:

El primer mecanismo se trata de la exposición. El entrenamiento en atención plena permite que los pacientes se expongan, de forma prolongada, a sus propias sensaciones en ausencia de consecuencias catastróficas, lo cual produce cierta desensibilización y disminuye las respuestas emocionales que surgen en consecuencia de las sensaciones de dolor. La observación sostenida, sin juzgar, de pensamientos y emociones, es una forma de exposición que puede conducir al incremento en la tolerancia a los estados emocionales negativos y a la extinción de las respuestas de miedo y de las conductas evitativas (Linehan, 1993).

El segundo mecanismo son los cambios cognitivos. Para esto se han analizado los cambios cognitivos producidos con la práctica de la atención plena (Perez & Botella, 2006). Para Bishop et al., (2004), su desarrollo se asocia con mejoras en la atención sostenida y en la capacidad para cambiar voluntariamente el foco de atención. La auto-regulación de la atención conlleva a la inhibición del procesamiento secundario, por lo que no se elaboran los pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando aparecen. La atención tiene una capacidad limitada, al no entretenerse elaborando los pensamientos y sentimientos, deja disponibles más recursos útiles al momento de procesar la información que normalmente no se atiende, lo cual permite una perspectiva más amplia de la experiencia inmediata.

El tercer mecanismo se trata de un meta-mecanismo y es la re-percepción, que consiste en el cambio de perspectiva que se produce cuando el sujeto se convierte en objeto. La atención plena puede entenderse como el desarrollo de la objetividad con respecto a la experiencia interna. La re-percepción propicia una mayor flexibilidad cognitiva, emocional y conductual, contrario a los patrones rígidos de respuesta derivados de la identificación con la propia experiencia. Esto no supone un distanciamiento o disociación con la experiencia, sino que permite una mayor claridad, al no fundarse en los apegos y al promover la profundización en la experiencia (Shapiro et al., 2006).

El cuarto mecanismo es el auto-control o la auto-regulación. La consciencia de las sensaciones de dolor y de las respuestas de estrés pueden llevar a los individuos a realizar una serie de respuestas de afrontamiento (Kabat-Zinn, 1990). La atención plena puede inducir el autocuidado, debido a que mejora la atención a todos los acontecimientos cognitivos y emocionales tal como aparecen (Segal et al., 2002). La Teoría de la Autodeterminación (Ryan y Deci, 2000) sostiene que la consciencia facilita la elección de conductas consistentes con las propias necesidades, valores e intereses, lo contrario al procesamiento automático, que no los toma en cuenta.

El quinto mecanismo es la aceptación, que es considerada como el componente fundamental de la atención plena (Baer, 2003). Durante esta reorientación repetida de la atención, la actitud de aceptación impide la aparición de pensamientos negativos, tales como el auto-juicio y la proliferación mental resultante, previniendo además que la práctica misma se convierta en objeto de aversión. Podría decirse que, la actitud de aceptación y curiosidad es una forma de bondad amorosa (Shapiro et al., 2006). La práctica de la aceptación es útil para prevenir, gradualmente, la formación de estados mentales que tienen su origen en la aversión; cuando la práctica se profundiza, la aceptación permite que las rápidas y sutiles sensaciones que se experimentan, se puedan observar con mayor facilidad y de manera más continua. Sin aceptación, la consciencia tiende a volverse más rígida, menos flexible y presenta mayor dificultad para observar la aparición y desaparición de la veloz serie de percepciones sensoriales y eventos mentales que experimentamos (Grabovac & Willet, 2011).

El sexto mecanismo es la integración de los aspectos disociados del self. Durante el desarrollo del ser humano, algunos aspectos de su experiencia tienden a disociarse, al verse como amenaza para su sentido de afiliación. Como consecuencia, se deja de ser consciente de una parte de las emociones, que siguen generándose a nivel orgánico e influyendo en las conductas (Safran y Muran, 2005). La integración en la consciencia de la experiencia orgánica ha sido uno de los

objetivos de la psicoterapia para Safran y Muran (2005), para estos autores, sólo puede conseguirse mediante el aprendizaje experiencial, la disciplina de mantener la atención en el momento presente y el ejercicio de la aceptación.

El séptimo mecanismo se trata de la clarificación de valores y de la espiritualidad. El procesamiento a veces hace que uno actúe de manera no congruente con los propios valores (Brown y Ryan, 2003). La práctica de la atención plena ayuda a las personas a reconocer lo que en realidad valoran en su vida y a actuar consecuentemente, en lugar de dejarse llevar sólo por los condicionantes externos (Shapiro et al., 2006). La clarificación de valores tiene importancia en la Terapia de Aceptación y Compromiso, este enfoque incluye una serie de ejercicios específicos para ayudar a los pacientes a identificar sus valores en relación con la familia, el trabajo, la espiritualidad (Wilson y Murrell, 2004).

Se ha considerado que los investigadores y clínicos occidentales que han introducido la práctica de la meditación a los programas de salud mental las enseñan independientemente de sus orígenes culturales y religiosos (Baer, 2003; Teasdale et al., 2003). Sin embargo, Kabat-Zinn (2003) ha criticado los esfuerzos por reducir la atención plena a un “algoritmo clínico” y ha recordado que constituye el “corazón” de la meditación. El budismo no postula la existencia de un Dios creador, se trata más que de una religión, de una filosofía de vida. El budismo utiliza el Dharma para referirse al “conjunto de procesos que rigen la vida cósmica, las leyes del universo descubiertas o por descubrir” (Deshimaru, 1982). El reto está en encontrar una forma de integrar la atención plena en la práctica científica sin ignorar o menospreciar sus características más profundas.

El octavo y último mecanismo es la relajación, que ha sido propuesto por Baer (2003). El resultado a largo plazo de practicar la atención plena, suele ser un estado de mayor relajación física y mental. Sin embargo, la relajación no debe ser la meta del entrenamiento. De hecho, habrá veces en que

los fenómenos mentales que aparecen durante la práctica puedan llegar a ser aversivos o conducir a emociones negativas. Por ello, no es apropiado recomendarles estos entrenamientos a personas que, en lugar de autoexploración, busquen relajarse y eliminar tensiones a corto plazo.

1.5 Evidencias en Atención Plena

1.5.1 Atención Plena y Neurobiología

Los avances que han sido registrados hasta ahora en las neurociencias y en los métodos para estudiar el cerebro humano, así como las técnicas de neuroimagen y procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas, están permitiendo el estudio de los procesos neurobiológicos con un alto nivel de precisión (Moreno, 2008). Gracias a esto, está siendo posible saber lo que sucede en el cerebro humano cuando se practica atención plena (Simón, 2007). Esta práctica ha resultado efectiva en lo que respecta al equilibrio emocional, debido a que ayuda a crear estados de ánimo positivos y promueve las actitudes de aproximación y afrontamiento, en lugar de las de evitación, comúnmente utilizadas en las terapias de primera y segunda generación. Se han estudiado los efectos que tiene la atención plena en la actividad cerebral, relacionándolo con el estado de ánimo del individuo y lo han llamado disposición afectiva. Richard Davidson (2003) llegó a la conclusión de que las personas que meditan con regularidad, al ser comparadas con las que no lo hacen, presentan mayor incremento de la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, que están relacionadas con una disposición afectiva positiva (Simón, 2007). Estos resultados hay que interpretarlos con base en las investigaciones que afirman la relación entre los estados afectivos positivos y el predominio de la activación cerebral anterior

izquierda y en el caso de los estados emocionales negativos y el predominio de la activación cerebral anterior derecha (Davidson, 2003).

Esta activación cerebral anterior izquierda también se asocia con una mayor habilidad de afrontamiento ante los estados de ánimo negativo, así como con la disminución del afecto negativo, demostrado en los estudios de Sutton y Davidson en 1997; de Davidson e Irwin, en 1999; de Tomarken et al., en 1990, entre otros (Simón, 2007).

Otro descubrimiento, fue la influencia de la práctica de la atención plena en los mecanismos inmunitarios, en donde se concluía que la meditación potencia la producción de anticuerpos (Simón, 2007). Uno de los mecanismos por los que el estrés ejerce su mecanismo negativo sobre la salud, es a través del aumento del cortisol y de sus consiguientes efectos inmunodepresores. Por ello, es probable que los efectos positivos de la práctica de la meditación sobre la inmunidad sean causados por la disminución en la secreción de cortisol en respuesta al estrés (Simon, 2007).

Por otro lado, en 1996, un grupo de investigadores italianos (Fadiga, Gallese & Fogassi, 1996; Rizzolatti & Arbib, 1998) descubrieron que, en la corteza promotora de un mono, se activaban cierto tipo de neuronas al realizar una acción, pero que también eran activadas cuando el animal observaba a otros ejecutando la misma tarea. Estas neuronas fueron entonces nombradas “neuronas espejo”. Gracias a estas redes neuronales en espejo es que se puede acceder a un entendimiento de la mente de otro y a la simulación posterior (Moreno, 2008). La simple observación de las acciones de otros seres vivos permite inferir, además de sus intenciones, los estados mentales que sustentan tales intenciones. A esta inferencia en la mente de otros es a lo que Obiols y Pousa (2005) nombraron “Teoría de la Mente”, proceso en donde la corteza prefrontal media izquierda se encuentra implicada (Simón, 2007).

Del mismo modo, al percibir las emociones de otros, se activan mecanismos similares, como es el caso del reconocimiento de emociones faciales. Ahora bien, estos mecanismos que generalmente se encargan de sustentar las experiencias de sincronización y resonancia con otras personas (empatía y compasión), en la práctica de la atención plena, además se vuelven sobre uno mismo para desarrollar una relación de amor sin temor con la propia experiencia. Siegel (2001) afirma que la atención plena promueve las relaciones sanas a partir de la empatía incrementada, el equilibrio emocional, la flexibilidad de respuestas y la predisposición a la aproximación. Y así, gracias a la práctica, se van generando valores como la empatía, la comprensión, el amor y la compasión con nuestra propia experiencia y con nuestro propio self. Es esta la hipótesis de auto-empatía o de sincronización interna, a la que llegó Siegel en 2007 (Simón, 2007).

Se ha comprobado además que las áreas cerebrales activadas por la empatía y la compasión son muy distintas; que en la empatía al sostener el dolor del otro, se experimenta también sus emociones aflitivas y esta resonancia empática, cuando se repite muchas veces, puede producir dolor, agotamiento emocional y un sentimiento de desamparo, como es el caso del *Burnout* (también conocido como el síndrome del profesional quemado). Pero que al meditar en la compasión y el amor altruista, se tiene la posibilidad de desarrollar emociones positivas, lo cual refuerza el ánimo, el equilibrio interior y la determinación, valiente y cariñosa, de ayudar a los que sufren. En esencia, el amor y la compasión no generan ni fatiga ni desgaste, sino que, al contrario, ayudan a superarlos y a repararlos, si es que aparecen en algún momento (Ricard, 2014).

1.5.2 Aplicaciones psicoterapéuticas de la atención plena

Para corroborar la eficacia de los distintos enfoques terapéuticos donde se aplica la atención plena, se han realizado algunos meta-análisis. El primero, llevado a cabo por Baer en 2003, con estudios

publicados hasta el año 2001 acerca del MBSR y MBCT, encontró un efecto medio de 0.59, considerado medio-alto. Por otro lado, Grossman et. *al.*, 2004, llevaron a cabo otro meta-análisis acerca del MBSR obteniendo un tamaño similar del efecto medio de 0.54, en las medidas de salud mental (Pérez & Botella, 2006).

Un análisis más detallado por patologías, de los estudios publicados entre los años 2000 y 2006, demuestra que, incluso cuando los resultados son positivos y esperanzadores, se necesitan un mayor número de investigaciones que confirmen los resultados relacionados al MBSR, al MBCT y al TDC (Pérez Vega, 2006), debido a que los estudios presentan deficiencias en la metodología, como pueden ser el tamaño de la muestra, las evaluaciones pre-post, la selección aleatoria de los sujetos o la disposición de los mismos para realizar los ejercicios.

Como bien dijo Kabat-Zinn (2003), la investigación en el campo de la atención plena está en su infancia. Sin embargo, la atención plena ha sido aplicada exitosamente en diversas patologías, como son los trastornos del estado de ánimo, como la depresión (Kabat-Zinn et al., 1992; Lynch et al., 2003; Ma y Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000; Williams, Teasdale et al., 2000; entre otros). La Terapia Cognitiva basada en Atención Plena, por ejemplo, ha demostrado su eficacia en pacientes con depresión crónica (Teasdale et al., 2000). En el periodo del estudio (60 semanas) la tasa de recaídas de estos pacientes fue significativamente menor que la del grupo control. Este estudio fue replicado y se ha encontrado una tasa de recaída aún más favorable (Ma y Teasdale, 2004). William et al. (2000), comprobó que, el efecto de sobre generalización de los recuerdos con el que se relaciona la depresión disminuye con la práctica del MBCT.

También ha sido aplicado en estudios sobre ansiedad. Como el desarrollado por Kabat-Zin et al., 1992, donde comprobó la eficacia del programa de Reducción de Estrés basado en Atención Plena, MBSR. Kabat-Zinn et al. en 1992, en el que pacientes con ansiedad y ataques de pánico

presentaron una reducción en sus puntuaciones de ansiedad, depresión y gravedad de los ataques (Pérez et al., 2006). El seguimiento que posteriormente realizó Miller et al., en 1995, confirmó que las mejoras se habían mantenido al cabo de tres años. Ramel et al. (2004), por otro lado, comprobaron cómo este programa también resultó efectivo reduciendo las rumiaciones en pacientes con depresión y ansiedad, así como disminuyendo su malestar psicológico y su ajuste social.

En el meta-análisis que realizaron Pérez y Botella en 2006, se describe cómo ha sido utilizada la atención plena en intervenciones para trastornos de personalidad (Evershed et al., 2003; Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991, 1993, 1994, 2006; Van den Bosch et al., 2005; entre otros), trastornos alimentarios (Kristeller y Hallet, 1999; Safer et al., 2001; Telch et al., 2001), psicosis (Bach y Hayes, 2002; Gaudiano y Herbert, 2006; Michalon, 2001; Murgatroyd, 2001), abuso de sustancias (Davis et al., 2007; Marcus et al., 2003; Van den Bosch et al., 2002, 2005; entre otros), cáncer (Carlson et al., 2001, 2003, 2004 y 2005; Shapiro et al., 2003; Speca et al., 2000; Tacón et al., 2004; entre otros), dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985, 1987; Plews-Ogan et al., 2005; Randolph et al., 1999; Sagula et al., 2004), lesiones cerebrales traumáticas (Bedard et al., 2003, 2005; McMillan et al., 2002), fatiga crónica (Surawy et al., 2005), soriasis (Kabat-Zinn et al., 1998) y enfermedades cardiovasculares (Tacón et al., 2003), obteniendo resultados satisfactorios.

El MBSR también ha resultado eficaz como un complemento en el tratamiento de patologías físicas/médicas. Reportando mejoras en la calidad de vida de los pacientes (Reibel et al., 2001; Roth y Robbins, 2004). Por ejemplo, en pacientes con órganos trasplantados, se han obtenido mejoras en las medidas subjetivas de ansiedad, así como en la calidad y duración del sueño (Gross et al., 2004). Lundgren et al. (2006), desarrollaron un programa de psicoterapia breve con ACT, que ha resultado efectivo para mejorar la calidad de vida y disminuir la frecuencia y duración de

los ataques en pacientes con epilepsia refractaria. Mientras que Gregg et al., en 2007, realizaron un taller educativo de un día, sobre la diabetes de tipo 2 basado en la ACT, el cual ha resultado efectivo, no sólo para gestionar la enfermedad, sino también para aplicar las habilidades de aceptación y conciencia plena a los pensamientos y sentimientos relacionados con la enfermedad. A los tres meses, los pacientes del grupo instruido en la ACT seguía utilizando mejores estrategias de afrontamiento, reportaban mayor autocuidado y mantenían el nivel de hemoglobina glucosada en los niveles deseables, que antes de asistir al taller (Gregg et al., 2007)

1.5.3 Aplicación en poblaciones no clínicas

Distintos ensayos controlados aleatorizados, han comprobado el efecto positivo de la práctica del MBSR en poblaciones no clínicas (Pérez et al., 2006). Por ejemplo, en el ámbito educativo universitario, durante periodo de exámenes, se han visto reducidas las puntuaciones de ansiedad, de malestar psicológico y de depresión (Shapiro et al., 2003). Un estudio posterior reportó además mejoras en el estado de ánimo (Rosenzweig et al., 2003).

Por otro lado, se ha comprobado que los alumnos de nivel primaria entrenados en MBSR, han aumentado su nivel de atención selectiva, atención sostenida y el desarrollo de habilidades como la regulación emocional y la conducta prosocial; al mismo tiempo que han disminuido sus niveles de ansiedad (Pérez et al., 2006).

En el caso de población adolescente, se han puesto en marcha programas basados en atención plena que les han ayudado, igualmente, a disminuir sus niveles de ansiedad, a aumentar su autoestima, a promover la regulación emocional y sus habilidades sociales (Beauchemin, Hutchins & Patterson, 2008) como son: el involucramiento en el aula, la competencia socio-emocional, el afrontamiento (*coping*) de situaciones adversas, el afecto positivo, el optimismo, la mejora de su

conducta en el aula, así como de sus resultados académicos (Langer, et al. 2017), lo cual les ha permitido gozar de una mejor calidad de vida.

2. APLICACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Los niños tienen, por naturaleza, una mente curiosa e inquisitiva y están más fácilmente en contacto con el momento presente. Son buenos en prestar atención, pero a menudo están demasiado ocupados, igual que los adultos; están fatigados, se distraen con facilidad, están inquietos. Muchos “hacen” demasiadas cosas, se vuelven mayores antes de que hayan podido ser realmente niños, ya sea en el plano social, emocional, en la familia, en la escuela: están ocupados con múltiples actividades (Snel, 2013). El entrenamiento en la atención plena aspira a ayudar a los niños a que contemplen los problemas desde una perspectiva que les ayude a entender adecuadamente lo que sucede en sus mundos interno y externo. La investigación realizada al respecto confirma que la práctica de la atención plena influye positivamente en la gestión de los eventos más estresantes que van surgiendo a lo largo de la vida (Kaiser-Greenland, 2014).

La adolescencia, por otro lado, es definida por la Organización Mundial de la Salud como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y en la cual se producen muchos cambios, que pueden ayudar a desarrollar fortalezas para la vida o, por el contrario, pueden aumentar las condiciones de vulnerabilidad social y riesgos para la salud (Ministerio de Salud de Chile, 2011). Esta etapa del desarrollo se caracteriza por cambios fisiológicos, físicos y psicológicos distintivos, que ocurren de forma rápida y que pueden generar síntomas relacionados con la salud mental, como trastornos de ansiedad y depresivos (Costello, 2003). Los adolescentes también enfrentan múltiples demandas de adaptación y de rendimiento en el ámbito familiar, social y académico que pueden ser vividas con estrés. En esta etapa se ha evidenciado que existe una fuerte asociación

entre estrés y desajuste emocional, en particular, con trastornos como ansiedad, depresión, baja autoestima, conductas de hostilidad hacia el entorno escolar y dificultades en las relaciones interpersonales (Escobar, 2011). Es por eso que las intervenciones basadas en atención plena han resultado tan útiles. Debido a que han ayudado a los adolescentes en el manejo de su ansiedad, de su autoestima, de su regulación emocional y en la adquisición de habilidades prosociales (Beauchemin, Hutchins & Patterson, 2008),

La atención plena es considerada tanto un medio, como un fin en sí misma. Está constituida por componentes como la atención al momento presente, la apertura de la experiencia, el dejar pasar, la intensión, la flexibilidad psicológica y la aceptación. De su práctica constante se derivan efectos terapéuticos como la exposición, la mejora de los mecanismos de auto-control y auto-regulación, la aceptación, los cambios cognitivos, la integración de los aspectos disociados del self, la relajación, la clarificación de valores y el desarrollo de la espiritualidad (Pérez et al, 2007).

Con la práctica de la atención y el estar conscientemente presentes, los niños aprenden a detenerse por un instante para tomar aliento y sentir lo que necesitan en ese preciso momento, así pueden dejar a un lado el piloto automático. Dejan sus impulsos y aprenden a aceptar que hay cosas en la vida que no son tan deseables o divertidas, aprenden a prestarles atención, una atención amable, aprenden a no esconderse o evadir las circunstancias (Snel, 2013).

La auténtica felicidad se deriva de la claridad, mientras que la ilusión alienta a la infelicidad. Ver con claridad y experimentar plenamente las cosas duras de la vida puede contribuir, por más difícil que resulte de admitir, a la salud psicológica. Y a una aproximación gradual pero confiable hacia la plenitud. El primer paso, es lograr que niños y adolescentes gestionen adecuadamente el estrés, la frustración y la decepción, ayudándoles a observar detenidamente la raíz fundamental de su infelicidad. Hay problemas que quedan fuera del alcance de los padres y de sus hijos, pero es más

sencillo abordarlos si ubican claramente su causa y reconocen lo que pueden hacer para cambiar la situación. La clave no siempre descansa en la situación, sino en el modo en que padres e hijos responden a ella (Kaiser Greenland, 2014).

Resulta evidente que el sufrimiento existe y que existe un cese del sufrimiento, pero la idea de que en medio del sufrimiento se pueda decidir ser feliz, ya no es tan considerada. Hay veces que no se puede hacer absolutamente nada por cambiar las situaciones, pero aun cuando no se pueden cambiar las cosas, siempre se tiene la opción de elegir el modo en cómo se va a responder. Es una verdad básica y profunda, que la causa del sufrimiento puede deberse al modo en que se contempla una situación y empeorar debido al modo en que se responde a ella (Dalai-Lama, 2001).

Las intervenciones basadas en atención plena pueden mejorar la salud (física y mental) y el bienestar emocional de los niños y adolescentes que participan en ellas. Existe evidencia de que la práctica de la atención plena ayuda a (Ruiz, 2016):

- Reducir el estrés, la ansiedad, los síntomas de depresión, la reactividad, los problemas de conducta y la tendencia a distraerse (tanto de estímulos internos como externos)
- Mejorar la concentración, la atención, la memoria de trabajo, la capacidad de darse cuenta o ser consciente, la capacidad de manejar las emociones, el autocontrol, la empatía y la comprensión hacia los demás, la autoestima, el rendimiento académico y el sueño.
- Lograr una mayor tranquilidad y relajación.
- Desarrollar habilidades naturales de resolución de conflictos.

La atención plena ha animado a los hijos y a los padres a contemplar sus experiencias con más claridad y a responder atenta y compasivamente a ellas (Kaiser Greenland, 2014). Ver con claridad no siempre es sencillo, la mayoría de nosotros tenemos ideas preconcebidas que afectan al modo en que percibimos las cosas. Pero hay que comprender que los pensamientos, las emociones y las

experiencias son productos de la mente individual y por lo tanto, son subjetivos y su elaboración e interpretación dependen del sujeto. Creer que las impresiones, pensamientos y recuerdos son siempre exactos puede desembocar en el desencanto y la frustración. Vivir con plena atención a los procesos mentales no es una característica ni un rasgo fijo, sino un proceso.

2.1 Evidencias de atención plena aplicada a niños y adolescentes

En las últimas décadas, la investigación sobre atención plena se ha centrado mayormente en poblaciones de adultos, utilizando los citados programas: ACT (Hayes et al., 1999), DBT (Linehan, 1993), MBCT (Segal et al., 2002), MBSR (Kabat-Zinn, 1982) o el ABBT (Roemer & Orsillo, 2002). Sin embargo, también se han desarrollado diversas intervenciones que han hecho un esfuerzo por adaptar los programas eficaces en población adulta, a la población infantil y adolescente. Cabe mencionar que la gran mayoría de estudios han adaptado, para su aplicación en niños y adolescentes, los programas de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness MBSR, con un total de 12 estudios (Biegel, Warren B. Shapiro & Schubert, 2009; Black & Fernando, 2013; Broderick & Metz, 2009; Hennelly, 2011; Huppert y Johnson, 2010; Joyce, ETTY-leal, Zazryn, Hamilton & Hased, 2010; Lau & Hue, 2011). Muchos de ellos han usado la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness MBCT, (Ames, Richardson, Payne, Smith & Leigh, 2014; Lee, Semple, Rosa & Miller, 2008, 2009; Viafora, Mathiesen & Unsworth, 2014) o bien, combinaciones de ambos programas: el MSBR y MBCT (Haydicky, Schecter, Wiener & Ducharme, 2013; Oord, Bögels & Peijnenburg, 2012; Semple, Reid & Miller, 2005; Weijer-bergsma, Formssma, de Bruin & Bögels, 2012; Zylowska et al., 2008). Dos estudios aplicaron un programa de prácticas de

conciencia plena MAPs (Mindfulness Awareness Practices) (Flook et al., 2010; Zylowska et al., 2008).

Algunos de los programas novedosos basados en atención plena, desarrollados y adaptados específicamente con la finalidad de ser aplicados a niños y adolescentes son: el Learning to BREATHE (Broderick & Metz, 2009), el mindfulness-based Kindness Curriculum KC (Flook, Goldberg, Pinger & Davidson, 2014), el Mindful School MS (Black & Fernando, 2013), el programa MYmind (Haydick et al., 2013), el Mind UP integrado en un programa de Aprendizaje Social y Emocional SEL (Schonert-Reichl & Lawlor, 2015), el programa Inner Kids (Kaiser, 2010; citado en Casado & Caballo 2015), Mindfulness in Schools Project's MiSP (Huppert & Johnson 2010) y b. MiSP (Hennelly, 2011), el programa de Educación en Mindfulness ME (Schonert-Reichl & Lawlor, 2015), el programa de Atención Académica APP (Napoli, Krech & Holley, 2005) y el programa Master Mind (Parker, Kupersmidt, Mathis, Scull & Sims, 2014).

La mayoría de estos programas contiene una serie de componentes básicos en común (Casado & Caballo, 2015). En general, se caracterizan por emplear ejercicios que promueven la conciencia de uno mismo, la identificación de las diversas sensaciones, pensamientos y sentimientos que puedan aparecer, la atención al momento presente o la aceptación sin juzgar. Se ha observado que algunas de las técnicas utilizadas en estos programas, para conseguir una mejora en la atención plena, son la atención y conciencia en la respiración, la meditación sentada, la concentración en sonidos y la exploración del cuerpo (body-scan). Todos ellos enfatizan en la recomendación de llevar a cabo una práctica formal de los ejercicios de atención plena en casa, como complemento a las prácticas realizadas en las sesiones, consiguiendo así una mayor interiorización de las técnicas y una mayor facilidad al momento de aplicarlas. Pero en efecto, las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes requieren de diversas adaptaciones para poder ser aplicadas en esta población con éxito. Algunas de estas modificaciones son: reducción de la duración de las sesiones (Biegel et al.,

2009; Hooker & Fodor; 2008 Huppert & Johnson, 2010; Lee et al., 2008; Semple et al., 2005), adecuación de los temas a tratar, seleccionando aquellos relevantes para la muestra sobre la que se interviene (Biegel et al., 2009), adaptación de los ejercicios a los niños y adolescentes, haciéndolos más simples (Ames et al., 2014; Lau & Hue, 2011; Oord et al., 2012), repetición de los conceptos y la explicación de las tareas (Lee et al., 2008), introducción de juegos (Flook et al., 2010; Lee et al., 2008; Semple et al., 2005), reducción del número de niños por grupo de intervención (Semple et al., 2010), utilización de un lenguaje simple y concreto (Heffner, Sperry, Eifert & Detweiler, 2002; Semple et al., 2005), o entregar recompensas para motivar a los participantes (Oord et al., 2012).

También ha sido necesario realizar adaptaciones específicas, teniendo en cuenta las características de la población a evaluar. Por ejemplo, en el estudio realizado por Weijer-Bergsma, Formsma, Bruin & Bögels (2011) en niños con TDAH, las prácticas se llevaron a cabo en un espacio libre de distractores y las sesiones estaban muy estructuradas manteniendo el mismo esquema para evitar la pérdida de atención. En otro caso concreto, Singh et al. (2011) en el estudio con adolescentes Asperger descubrieron que el entrenamiento en atención plena era más efectivo si centraban su atención en las sensaciones experimentadas en las plantas de los pies, en lugar de centrarse en la respiración. Parece pues, que se dispone de distintos programas con sus respectivas adaptaciones para aplicar las técnicas de atención plena en las poblaciones de niños y adolescentes. Sin embargo, aún es mucha la investigación que queda por realizar y se tendrán que seguir aplicando los programas ya propuestos con el fin de verificar su eficacia, al mismo tiempo que se continúen creando otros nuevos o sean adaptados con el fin de optimizar los resultados.

La duración de los programas también es un factor que varía considerablemente de una intervención a otra. De esta manera se han realizado intervenciones de entre 6 sesiones (Broderick & Metz, 2009; Lau & Hue, 2011) y 16 sesiones (Flook et al., 2010), siendo los más frecuentes los

programas de 8 sesiones aplicados a lo largo de 8 semanas. La duración de las sesiones es muy variada, siendo las más cortas de tan solo 15 minutos (Black & Fernando, 2013; Hennelly, 2011) y las más largas hasta de 2 horas (Biegel et al., 2009; Lau & Hue, 2011). En cuanto a la prolongación en el tiempo, algunos programas son de larga duración, siendo de los más extensos el de Biegel et al. (2009), por ejemplo, repartiéndose a lo largo de 20 semanas. Y el de Napoli et al. (2005), con una duración de 24 semanas. En el caso contrario, se puede señalar el estudio de Black y Fernando (2013) que duró tan solo 5 semanas, aunque se realizaban 3 sesiones por semana. O el de Semple et al. (2005) que duró 6 semanas.

En cuanto al formato de las intervenciones, la totalidad de los estudios revisados se han realizado en formato de grupo, variando el número de sujetos asignados a los grupos en las distintas investigaciones. En ocasiones los grupos estaban reducidos a entre 4 y 6 participantes (Semple et al., 2005; Weijer-Bergsma et al., 2011). Otras veces los grupos eran de hasta 25 personas, siendo la mayoría de estas intervenciones las que se llevaron a cabo directamente en los salones de clase de los colegios que participaban en los programas (Black & Fernando, 2013; Joyce et al., 2010; Lau & Hue, 2011; Mendelson et al., 2010; Schonert-Reichl et al, 2015). La inmensa mayoría de los estudios contaban con grupos heterogéneos, siendo muy pocos los que han empleado grupos homogéneos.

Gran parte de los programas hasta ahora aplicados, se han llevado a cabo en un contexto escolar, y por ello son muchos los profesores y tutores de aula que han sido los encargados de realizar las intervenciones en los grupos de estudio (Broderick & Metz, 2009; Joyce et al., 2010; Lau & Hue, 2011; Schonert-Reichl & Lawlor, 2010; Viafora et al., 2014), recibiendo un entrenamiento en técnicas de atención plena adecuado a cada programa. Por otra parte, las aplicaciones clínicas han sido minoritarias (Biegel et al., 2009; Mendelson et al., 2010; Zylowska et al., 2008).

Los programas de atención plena aplicados en niños, generalmente, implican la utilización de técnicas específicas de respiración consciente, ejercicios cortos de meditación y de atención a las respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales asociadas con la experiencia presente (Alajmo et al., 2013). Diversos estudios (Lau y McMain, 2005; Orsillo y Roemer, 2002) aplicados hasta ahora en la población infantil, han arrojado resultados satisfactorios. Tanto los niños como los padres, han referido ser más conscientes de su “mente de mono” (una mente que brinca de un lado a otro) y más capaces de traerla al aquí y al ahora, disfrutando más de la experiencia presente. También han comentado acerca de una disminución en la ansiedad frente a estresores y de un buen manejo de la impulsividad y el enfado a través de la respiración y, sobre todo, mediante la observación de sus experiencias internas, de un “darse cuenta” del estar dominado por la emoción y del estar perdiendo el control; gracias a esto han podido parar a tiempo, y reflexionar antes de actuar. También han expresado que, desde que comenzaron a integrar la atención plena en sus rutinas diarias, disfrutaban más de las pequeñas cosas y realizan paseos prestando más atención a la experiencia presente (Merino, 2015). Han aprendido a reconocer sentimientos de ansiedad, a clarificar pensamientos repetitivos o des-adaptativos, a minimizar comportamientos de evitación y a monitorear las estrategias propias de afrontamiento (Lau y McMain, 2005; Orsillo y Roemer, 2002).

Durante el entrenamiento en atención plena, Alajmo et al. (2013), sugiere a los participantes volver a la respiración luego de atender a estímulos internos, como mecanismo de la autorregulación de la atención. Esta práctica de retornar a un estímulo neutro (respiración), produce un ambiente interno estable, permitiéndoles a los participantes aprender a manejar con aceptación y sin juzgar, los cambios en las sensaciones físicas, pensamientos o emociones (Semple, 2005). En un mediano plazo se puede observar que la práctica regular de las actividades, los niveles de atención y el estado de calma de los niños se han visto incrementados.

Por otra parte, existen beneficios en relación con otras variables dentro del ámbito educativo (Tébar & Parra, 2015) como son, el aumento en la autorregulación (Zelazo Y Lyons, 2011), la prevención de comportamientos de riesgo (Broderich y Jennings, 2014) y mejora en la autoestima y en la competencia emocional (Soriano Ayala y Franco Justo, 2010).

2.2 Aplicación dirigida a profesores

En el caso de la intervención en profesores, se ha probado la eficacia de entrenamientos que integran los valores humanos con las habilidades de atención plena promoviendo el desarrollo de herramientas de autorregulación emocional y prevención del estrés. Los profesores entrenados refieren una mejora en los índices subjetivos de afectos negativos, ansiedad y depresión, preocupación, sensación de estrés percibido, dolores musculares, entre otros. Así mismo, mediante pruebas psicofisiológicas, se ha podido observar una tendencia a disminuir la reactividad frente a situaciones desagradables, asociadas a una menor activación del sistema nervioso simpático, al mismo tiempo en que se puede apreciar un incremento en la calidad de su atención. En conclusión, el entrenamiento en habilidades de atención plena y valores humanos, propicia una mejora en la calidad de vida de los profesionales de la educación (López-González, 2015).

Introducir la práctica de la atención plena en las aulas tiene por objetivo enseñar a los niños estas habilidades mediante técnicas cortas y conceptualmente simples, expuestas en un lenguaje que puedan ser capaces de entender (López-González, 2015). Entre otros, algunos de los beneficios derivados de esta práctica pueden ser el incremento en la capacidad de concentración, el aprendizaje de la gestión emocional y el control de impulsos, una mayor capacidad reflexiva, empatía y compasión.

Para que las prácticas dentro del aula puedan tener éxito, han de desarrollarse de una forma flexible, adaptándolas a los intereses de los niños y con un tiempo apropiado, siendo capaces de finalizar la actividad cuando se observe que está dejando de ser efectiva. Por todo ello, han de desarrollarse diferentes actividades de forma que puedan escogerse dependiendo de las características individuales, del grupo-clase y del contexto (Alajmo Flye, Jiménez Jaimes & Gantiva Díaz, 2013).

3. METODO

3.1 Planteamiento del Problema

En México no se cuenta con suficientes investigaciones en Terapias de Tercera Generación, a pesar de la gran relevancia que éstas han alcanzado a nivel internacional, como alternativa psicológica en el tratamiento de pacientes con trastornos relacionados a estrés, ansiedad y depresión en los últimos años. Por tal motivo, resulta relevante poder continuar desarrollando intervenciones adaptadas a la población mexicana, en especial dirigidas a niños y adolescentes y, es por ello, que la presente investigación se propuso conocer el efecto de una intervención basada en atención plena compasiva en niños y adolescentes, sobre su calidad de vida y en sus problemáticas física, escolar, social y emocional.

3.2 Justificación del estudio

Diversos estudios epidemiológicos (Costello, Egger, & Angold, 2005; Essau, Conrado, & Petermann, 2000; Muris, Mayer, Bartelds, Tierney, & Bogie, 2001) señalan que los trastornos de ansiedad son los de mayor prevalencia durante la infancia y la adolescencia, e informan de tasas de prevalencia que van desde el 2.6% al 41.2%. Se ha documentado que los trastornos de ansiedad pueden iniciar en la niñez (hasta un 75%) hacia los 11 años de edad, que siguen un curso de deterioro hacia la adolescencia y la adultez, y que se vinculan con problemas tales como el bajo rendimiento escolar, deficiencias en la interacción social y conductas de aislamiento (Hernández-Guzmán, 1999; Shear & Mammen, 1997). Además, su comorbilidad con la depresión se calcula entre un 30 y un 60% (Essau, Conradt & Petermann, 2000). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, sufren algún trastorno psicológico grave que amerita tratamiento especializado (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2001).

Distintos estudios (Beauchemin, Hutchins & Patterson, 2008) han comprobado el efecto positivo de la práctica del MBSR en poblaciones no clínicas. En el ámbito educativo, alumnos de primaria entrenados en MBSR, han elevado sus puntuaciones en atención selectiva, atención sostenida y desarrollo de habilidades, al mismo tiempo que han disminuido sus niveles de ansiedad. En el caso de los adolescentes, les ha ayudado a disminuir sus niveles de ansiedad, a aumentar su autoestima, a promover la regulación emocional y sus habilidades sociales (Beauchemin, Hutchins & Patterson, 2008). Es por eso que la atención plena ha sido considerada tanto un medio, como un fin en sí misma, en la búsqueda de un bienestar integral (Pérez et al., 2006).

El entrenamiento en la atención plena aspira a ayudar a los niños y a los adolescentes a que contemplen las emociones desde una perspectiva que les permita entender adecuadamente lo que

sucede en sus mundos interno y externo. La investigación realizada al respecto confirma que la práctica de la atención plena influye positivamente en la gestión de los eventos estresantes que van surgiendo a lo largo de la vida (Kaiser Greenland, 2014).

3.3 Objetivo general

Evaluar el efecto que tiene una intervención basada en atención plena compasiva en la problemática física, escolar, social y emocional de los participantes, así como en su calidad de vida, comparando las evaluaciones previas y posteriores al taller.

3.4 Objetivos específicos

- * Desarrollar un taller basado en atención plena compasiva que ayude en la disminución de problemáticas emocionales, físicas, sociales y escolares de la población infantil, así como en la mejora de su calidad de vida.
- * Evaluar si la intervención en atención plena compasiva disminuye las problemáticas social, emocional, escolar y física de la población infantil, de forma estadísticamente significativa.
- * Valorar si la intervención en atención plena compasiva mejora la calidad de vida de la población infantil, de forma estadísticamente significativa.
- * Determinar la eficacia de la intervención basada en atención plena compasiva como una herramienta en la disminución de problemáticas emocionales, sociales, escolares y físicas en población infantil, así como en la mejora de su calidad de vida.

3.5 Definición de las Variables a evaluar y forma de medirlas

En el presente estudio, la puntuación de la Salud Mental fue obtenida por medio del Cuestionario de Comportamiento Infantil de 6 a 18 años, CBCL 6-18 (Child Behavior Checklist). Esta escala se compone de seis sub-escalas orientadas al DSM, que evalúan los niveles de problemas somáticos, problemas afectivos, de ansiedad, TDAH, trastorno negativista desafiante y problemas de conducta (Achenbach & Rescorla, 2000), además está validada en población mexicana (Albores, et al., 2007). El nivel de Calidad de Vida se obtuvo mediante el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico, (*Pediatric Quality of Life*, PedsQL 4.0), desarrollado inicialmente en inglés (Varni et al., 2001) y posteriormente traducido al español en diferentes países, como España (González-Gil T., et al., 2012), Argentina (Roizen, M., et al., 2008) y Uruguay (Fernández, G. et al., 2010). Esta escala se compone de cuatro sub-escalas: estado físico, emocional, social y escolar.

3.5.1 Variable Independiente

❖ Taller basado en APC para niños y adolescentes de 6 a 15 años

Definición conceptual.-

La Atención Plena Compasiva: Se refiere a la consciencia 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.

Definición operacional.-

Taller basado en Atención Plena Compasiva para niños y adolescentes de 6 a 15 años: Se refiere a la condición de intervención que recibieron los participantes, de acuerdo a los componentes utilizados. Se trata de un taller con modalidad grupal, de 8 sesiones de 50 minutos cada una, en el cual los participantes aprenden, mediante dinámicas y diversas técnicas de meditación, cómo manejar sus emociones, cómo cultivar la atención, la concentración, las emociones positivas y finalmente la atención plena compasiva, promoviendo además el pensamiento reflexivo.

3.5.2 Variables Dependientes

❖ Salud Mental:

Definición conceptual.-

La *salud mental* abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de *bienestar mental* incluido en la definición de *salud* que da la OMS:

«Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2013).

Definición operacional.-

Puntuación obtenida del Cuestionario de Comportamiento Infantil de 6 a 18 años (*Child Behavior Checklist, CBCL*) (Achenbach, T. y Rescorla, L., 2001), que es una de las listas de síntomas más usadas para evaluar la psicopatología más común en niños y adolescentes,

presente en los últimos 6 meses. Este instrumento recoge también información demográfica, competencias del niño/adolescente, posibles enfermedades y/o discapacidades, preocupaciones y aspectos positivos de éste. Numerosos estudios documentan su validez como instrumento de tamizaje (Verhulst & Koot, 1992), expertos psicólogos y psiquiatras de diversas culturas lo han calificado como un instrumento muy consistente con las categorías diagnósticas del DSM. Incluso la adaptación para población mexicana ha resultado válida y confiable (Albores et al., 2007; 2016). El inventario está compuesto por 120 ítems con 3 alternativas de respuesta, referidos a problemas de conducta que puedan presentar los niños y los adolescentes. La valoración que se hace sobre los problemas de conducta permite obtener puntuaciones en 8 escalas de banda estrecha, también llamados síndromes empíricos (aislamiento, ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva) y 2 escalas de banda ancha (trastornos interiorizados y exteriorizados), además de la puntuación total. El CBCL ofrece también un perfil de competencias sociales, escolares y en actividades (Lacalle, M., 2009).

Las dimensiones que explora el CBCL, incluye las escalas orientadas a los:

-Problemas Afectivos

-Problemas de Ansiedad

-Problemas Somáticos

-TDAH

-Conducta Desafiante

-Problemas de Conducta

❖ **Calidad de Vida**

Definición conceptual:

La *calidad de vida* relacionada a la *salud* es la evaluación subjetiva del impacto de la pérdida de la salud bajo alguna condición, incorporando la percepción del individuo sobre la relación con los equipos médicos y las intervenciones clínicas, en caso de haberlas (Riveros et al., 2009)

Definición operacional:

Puntaje obtenido por medio del Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (*Pediatric Quality of Life, PedsQL 4.0*), que resulta sensible a los cambios de estado de salud en los menores y es caracterizado por ser breve y de fácil aplicación (Varni JW, Seid M. y Kurtin PS., 2001). Se trata de un instrumento con cuatro sub-escalas que son:

-Estado Físico

-Estado Emocional

-Estado Social

-Estado Escolar

La primera cuenta con ocho reactivos y el resto con cinco reactivos cada una, lo que da un total de 23 reactivos. Cuenta con tres opciones de respuesta: 0=*Nunca*, 1=*A veces* y 2=*Siempre*. Para el tratamiento estadístico se trabajó con índice de 0 a 100 y se invirtieron los valores, es decir *Nunca* (ausencia de problema) =100%, *A veces* =50% y *Siempre*= 0%.

Puntuación: A mayor puntaje obtenido, mejor calidad de vida.

3.6 Hipótesis General

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación basal y la evaluación final posterior al Taller basado en Atención Plena Compasiva para niños y adolescentes de 6 a 15 años, sobre su salud mental y calidad de vida.

HI= Existen diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación basal y la evaluación realizada al finalizar el Taller basado en Atención Plena Compasiva para niños y adolescentes de 6 a 15 años, sobre su salud mental y calidad de vida.

3.7 Tipo y diseño del Estudio

Se trata de un diseño pre-experimental, con pre-post evaluación. En el que se ofrece un punto de referencia para obtener el puntaje que presenta el grupo sobre las variables dependientes, dando además un seguimiento de las mismas. No existe grupo de comparación (Campbell & Stanley, 2005).

G O1 X O2

G= Grupo de niños y adolescentes

O1= Evaluación previa de la salud mental y de la calidad de vida

X= Taller basado en Atención Plena Compasiva para niños y adolescentes

O2= Evaluación posterior de la salud mental y de la calidad de vida

Es un diseño de investigación pre-experimental, con un análisis estadístico paramétrico de comparación de dos muestras relacionadas. La asignación de los participantes se realizó de modo no aleatorio, con el grupo de alumnos inscritos en el Taller de Meditación de la asociación Integritat, por lo que el alcance resulta de carácter exploratorio.

3.8 Población y Participantes

De acuerdo con los objetivos del estudio, la selección de los participantes fue realizada de manera *accidental*, con los alumnos que se inscribieron al “Taller de Atención Plena Compasiva para niños y adolescentes” en Integritat, fundación laica, humanista y sin fines de lucro, en la que niños, niñas y jóvenes, reciben una formación integral, a través de actividades extracurriculares gratuitas. Y aunque la OMS ha determinado que la definición formal de *adolescencia* cubre desde los 10 hasta los 19 años de edad (OMS, 2019), el presente estudio lo ha acotado únicamente hasta los 15 años, que fue la edad máxima de los participantes que se inscribieron al taller y con quien se tuvo la oportunidad de trabajar.

Las características de la muestra, como puede observarse en las **tablas 1, 2 y 3** son las siguientes: Para la condición de sexo, en el análisis de resultados se incluyeron 9 mujeres y 6 hombres. La edad de los participantes del grupo varió de 6 a 15 años, con una media de 9.6 y una mediana de 9. En cuanto a la escolaridad, el grupo estuvo compuesto por diez participantes de primaria y cinco de secundaria.

Datos descriptivos de los participantes

Tabla 1

SEXO	Cantidad
Mujeres	9
Hombres	6
N = 15	

Tabla 2

Edades	Cantidad
6-9 años	60%
10-12 años	20%
13-15 años	20%
N = 15	

Tabla 3

Escolaridad	Cantidad
1° - 2° Primaria	26.66%
3° - 4° Primaria	40%
1° - 3° Secundaria	33.33%
N = 15	

Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, para garantizar resultados válidos y confiables en la intervención:

3.8.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres y Hombres
- De entre 6 y 15 años
- Estar inscrito en el “Taller de Atención Plena Compasiva” en Integritat
- Consentimiento de los padres o tutores
- Desear participar en todas las sesiones del “Taller de APC”
- Responder las evaluaciones previas y posteriores a la intervención

3.8.2 Criterios de exclusión:

- No desear participar en el “Taller de Atención Plena Compasiva”

3.8.3 Criterios de eliminación:

- Abandono de la intervención o incumplimiento de las evaluaciones requeridas

3.9 Procedimiento

3.9.1 Selección de participantes

De acuerdo con los objetivos del estudio, la selección de los participantes se realizó con los niños voluntarios que cumplieron los criterios de inclusión.

Se organizó una sesión informativa de los talleres que se impartirían en las instalaciones de Integritat y, los padres de los niños que asistieron (n=30), fueron invitados a que sus hijos participaran en el “Taller de Atención Plena Compasiva”.

3.9.2 Evaluaciones de línea base

Sesión Informativa

La sesión informativa se planeó para tener una duración de 30 minutos y se realizó una semana antes de iniciar la intervención, la modalidad fue grupal, en un aula iluminada y en condiciones para proyectar la información a los padres, o tutores, de los participantes. Inicialmente se les explicó el objetivo del taller, que era brindar a los niños diversas estrategias que les ayuden a entrenar a su mente en emociones positivas. De tal forma que les permita desarrollar habilidades de atención plena compasiva, lograr que su mente esté atenta, manejar sus emociones y convivir

de una manera pro-social. Desarrollando para esto los siguientes puntos, mediante diferentes actividades didácticas:

- ¿Todas las personas podemos ser felices?
- ¿Qué son las emociones?
- ¿Qué es meditar y para qué hacerlo?
- Trabajando la atención y la concentración
- Atención Plena Compasiva
- Generosidad, perdón y paciencia
- ¿Cómo estar atento y ser compasivo día a día?
- La consciencia sensorial

Los alumnos interesados en el taller (n=25) fueron registrados y se les entregó una Ficha de identificación, junto con el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL 4.0) y el Cuestionario de Comportamiento Infantil (CBCL) de Achenbach, para contestarlos en ese momento, o en el caso de las personas que no podían quedarse, para traerlo contestado antes de que diera inicio la intervención. Los padres de los participantes que no asistieron a la sesión informativa y deseaban inscribir a sus hijos en el “Taller de APC”, fueron citados a la primera sesión, donde se les dio un tiempo para que completaran los formatos de evaluación basal. La sesión informativa fue impartida por las dos encargadas del taller, brindando apoyo para la resolución de dudas que pudieran surgir.

3.9.3 Intervención

Taller basado en APC para niños

Se propuso este taller con modalidad grupal, en el cual los niños pueden aprender, mediante dinámicas y diversas técnicas de meditación, cómo manejar sus emociones, cómo cultivar la atención, la concentración, las emociones positivas y finalmente, la atención plena compasiva, promoviendo además el pensamiento reflexivo.

El taller consta de ocho sesiones, las cuales fueron impartidas en un tiempo de 50 minutos una vez por semana, más la práctica entre sesiones. El grupo quedó conformado por veintidós niños y las sesiones se impartieron en las instalaciones de Integritat, espacio amplio, con iluminación y ventilación apropiadas, los jueves a las siete de la noche, por la autora de esta tesis y una licenciada en psicología, previamente capacitadas en el modelo de atención plena compasiva. Se ha observado que, cuando dos personas llevan a cabo las sesiones, se logra una intervención personalizada con los participantes y se obtienen mejores resultados (Moyá, 2017)

En el transcurso de las sesiones se les impulsó a que realizaran meditaciones de manera gradual, a lo largo de la semana, y se les dejaron algunas actividades para realizar en casa, con el fin de que se fueran familiarizando con las técnicas y reforzando los conocimientos. La intervención incluyó las siguientes temáticas a tratar, con sus respectivos objetivos:

Sesión 1.-

Objetivo: Reconocer las propias virtudes para así fortalecerlas y aprender a reconocerlas en los demás, mediante la reflexión y de una actividad llamada “Flor de Loto”.

Actividad: En ella, cada niño tiene una flor de papel y se van turnando una regadera para simular que las riegan. El niño que ayuda (reconociendo las virtudes del otro) regará

simbólicamente la flor del compañero, que en ese instante estará cerrada, y con esto se abre; se les explica a los niños que de la misma forma en que la flor del compañero florece cuando tenemos acciones bondadosas, también nuestra flor se abre, representando a nuestros corazones llenos de gozo. En ese momento, el niño que ayudó riega su flor y ésta se abre, pues al realizar acciones virtuosas producimos felicidad, tanto para quien ayudamos, como para nosotros mismos.

Sesión 2.-

Objetivo: Conocer la naturaleza de la mente. Identificar cómo es que surgen en ella todos los eventos mentales (emociones, sensaciones, percepciones, pensamientos, imágenes, recuerdos, etc.), cómo los manifestamos y las consecuencias de familiarizarnos con ellos.

Actividad: Se guía a los participantes para que compartan emociones, recuerdos, pensamientos, etc. que hayan aparecido en su mente, identificando las diferentes situaciones que los han generado y haciendo distinción entre las experiencias agradables y las aflictivas, con esto se les enseña la primera noble verdad, sobre la existencia del sufrimiento. La siguiente actividad consiste en un escenario con un cielo azul, que representa la naturaleza de nuestra mente, calmada, espaciosa, llena de posibilidades; cada participante pasa entonces al frente con un objeto volador y lo nombra como algún evento mental (una emoción, una sensación, un pensamiento, etc.), se queda dando vueltas alrededor del cielo por un momento y después regresa a su lugar, alternándose, de modo que le toque pasar a todos. Ya sea un avión, un ave, una nube o un globo, todos son objetos que se mueven a través del cielo, pero que no forman parte de él y por lo tanto no son permanentes, sino que surgen y en algún momento desaparecen; al igual que todos los eventos mentales. El cielo representa la naturaleza de nuestra mente, que es clara, vacía y llena de gozo, si aprendemos a permanecer

plenamente atentos a ella se logra mayor asertividad en situaciones difíciles o no tan agradables, mientras esperamos a que pasen. Para esto también se les enseña la postura de meditación de los siete puntos y se les invita a llevar toda su atención a la respiración, procurando permanecer quietos y recordando que cada vez que llegue algún pensamiento o alguna clase de impulso, deberán regresar su atención a la respiración; apoyándose, si es necesario, en la cuenta de las inhalaciones y las exhalaciones. Con esto se les enseñan las 4 nobles verdades, sobre la existencia del sufrimiento, sus causas y la manera en cómo aliviarlo.

Sesión 3.-

Objetivo: Reflexionar acerca de los beneficios de entrenar la mente para que esté tranquila. Se enseñará la técnica de meditación con apoyo en un objeto, guiándolos a experimentar la diferencia que existe en nuestra percepción de las cosas y situaciones, cuando la mente está tranquila y no agitada.

Actividad: Con ayuda de un "mindjar" o "frasco de la mente", se les explica que, cuando la mente se agita (al igual que el frasco) por alguna situación o pensamiento (recuerdos, miedos o emociones que distraen), la mente se nubla (como en el frasco) y ya no se puede ver con claridad. La mente, al igual que el agua, se ve turbulenta e invadida por todo lo que le puso, pero si se deja el frasco quieto, poco a poco las cosas se empiezan a aclarar, se puede ver el agua y a través de ella. Lo mismo pasa con la mente que, al estar agitada, los pensamientos, sensaciones y emociones impiden percibir y reaccionar con claridad; conforme la mente se va calmando, todo se logra ver mejor. Una vez que el agua esté clara, deberán reposar en esta tranquilidad durante unos momentos. Se les obsequia un frasco a cada participante y se les invita a que lo usen cada vez que se sientan afligidos, agitados o dispersos; aunque también pueden compartirlo con sus seres queridos, explicándoles cómo funciona.

Sesión 4.-

Objetivo: Desarrollar en los participantes la consciencia corporal y ayudarlos a desarrollar su atención y su concentración

Actividad: Desarrollar en los participantes la consciencia corporal a través de un escaneo, que consiste en dirigir la atención, lentamente, a cada parte del cuerpo, incluyendo los procesos internos. Posteriormente, se les dan mandalas impresos para que los coloreen, ya que esta es una actividad que ayuda en el desarrollo de la atención y la concentración unipuntual; se les explica que los mandalas son representaciones del universo, como si las personas fueran el punto central y todo lo demás las experiencias. De la misma manera, se tiene el poder para decidir cómo dibujar la realidad que los rodea. Se les darán más mandalas para colorear en casa.

Sesión 5.-

Objetivo: A través de un cuento, que relata una escena de la infancia del Buda Siddhartha Gautama, se invita a los participantes a reflexionar y meditar acerca del significado de la compasión y la interdependencia.

Actividad: En la historia, el primo de Siddhartha lanza una flecha a un cisne, pero no lo mata y Siddhartha lo encuentra herido; el primo afirma que le pertenece, pero Siddhartha decide llevar el caso al rey, para que él decida cuál es el modo correcto de proceder. Este cuento pone en cuestión el sufrimiento que pueden llegar a ser capaces, a veces sin darse cuenta, de infringir en los demás, en este caso, en los indefensos animales. La lección enseña a aplicar la compasión en sí mismos y en los demás, siempre en beneficio de todos. Para concluir, se les enseña una técnica de meditación que promueve también la compasión: recordando a un ser muy querido y enfocándose en todo el amor que sienten, se visualiza ese amor como una

luz blanca en el pecho y que se va a expandir lentamente. Primero va a llenar todo el cuerpo, después ira llegando a las personas que estén a su alrededor y así se ira expandiendo, hasta que cubra todo el salón, la colonia, la ciudad, el país, el mundo y finalmente todo el universo. Esta meditación ayuda a generar amor hacia seres vivos que son indiferentes e incluso hacia los que les desagradan.

Sesión 6.-

Objetivo: Analizar cómo todas las acciones y situaciones tienen causas y consecuencias

Actividad: A través de ejemplos que los participantes vayan dando, se trata de observar cómo una acción conduce a otra (sentir, pensar, hablar, etc.), dependiendo de si es virtuosa o no virtuosa. Reflexionando, además, si puede ser en beneficio para los otros seres a través de acciones, se les invita a elaborar una propuesta objetiva en la que puedan ayudar a alguien cercano y cómo tarea deben llevarlo a cabo. En el mundo hay muchas personas con distintas necesidades y como a veces es difícil determinar qué se puede hacer para ayudar, entonces no se hace nada. Aunque las necesidades sean muchas, si se hace algo para ayudar a alguien más, eso ya estará contribuyendo a mejorar la situación del lugar donde están y quizá inspire a otros a querer ayudar también.

Sesión 7.-

Objetivo: Que los participantes practiquen la meditación en movimiento través de un paseo lento y silencioso, llevando toda su atención a los diferentes momentos de la caminata e intentando realizarla lo más despacio posible, siendo conscientes de cada movimiento.

Actividad: Cuando caminan y hasta cuando corren, lo hacen de manera un tanto automática; pero mientras caminan pueden ir pensando e incluso haciendo cualquier otra cosa al mismo tiempo. La idea de este ejercicio es, experimentar una caminata lenta, en la que de tiempo

para prestarle atención a cada momento del movimiento. Después se les pedirá que se recuesten en el suelo para practicar una meditación guiada, acerca de la impermanencia de los eventos mentales, la experiencia propia y de cómo la mente se dirige a distintas cosas momento a momento.

Sesión 8.-

Objetivo: Para la última sesión se les sugirió que se pusieran de acuerdo entre todos para repetir algunas de las actividades que se realizaron a lo largo del taller, que les hayan gustado mucho. También realizaron una meditación guiada que ayuda en la comprensión de la interdependencia que existe entre todos los fenómenos,

Actividad: Eligieron volver a colorear mandalas y la actividad de la flor de las virtudes. La meditación guiada, se trata de sostener una pasa y reflexionar acerca de los procesos que tuvieron que suceder para que en ese momento se pueda sostener esa pasa en la mano y posteriormente probarla. Se imaginaron la tierra fértil donde fue plantada, a la persona que plantó la semilla, los rayos de sol que constantemente la alumbraron y la lluvia que la alimentó, el brote, la planta y por fin el racimo de uvas que creció en ella; también a las personas que tuvieron que cuidarlas para que no murieran en el proceso y la vendimia de después ¿Cómo habrá sido? ¿Y cómo fue el proceso para que se convirtieran en pasas? También se imaginan cómo las empacaron, la carretera construida por donde fueron transportadas y la tienda donde las compraron y a toda la gente involucrada en ello. Entonces, se llevaron la pasa a la boca y la comenzaron a saborear despacio, sólo chupándola; lentamente empezaron a morderla y a saborearla por dentro, poniendo atención en las sensaciones y eventos mentales que les provocaron. Finalmente, se dio cierre al taller y se les entregaron sus reconocimientos a los participantes.

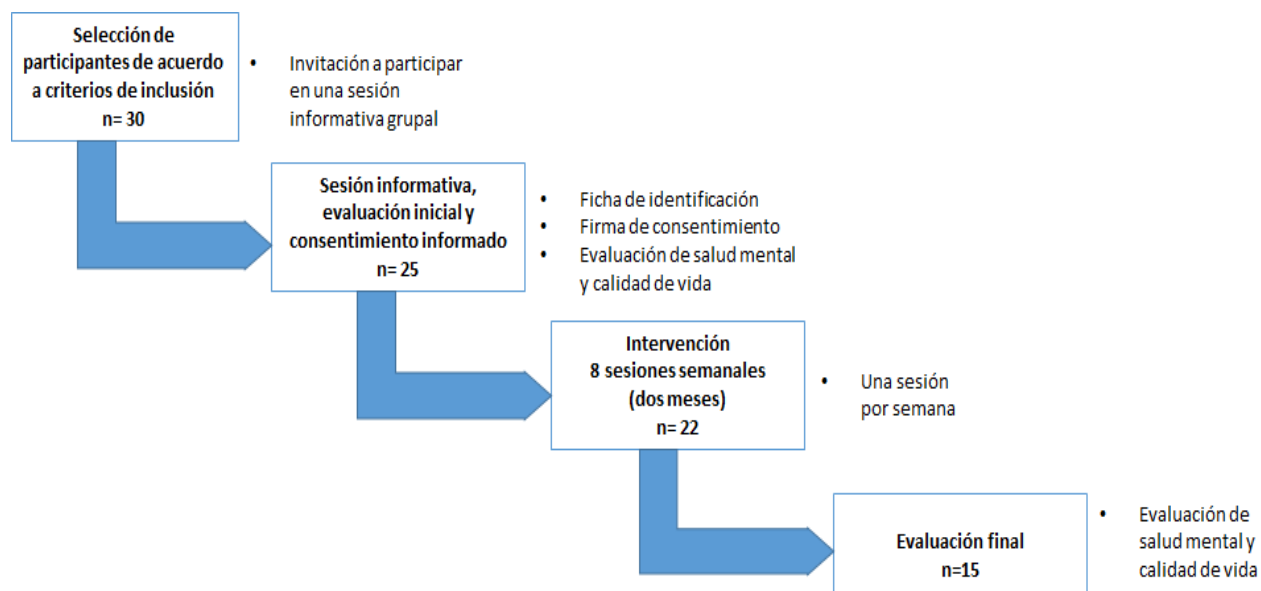
Veinticinco participantes fueron inscritos en el “Taller de Atención Plena Compasiva”. Sin embargo, tres desertaron voluntariamente, por razones distintas, a lo largo del taller (n=22). La primera fue una niña de 5 años, que para la segunda sesión argumentó que había muchos “niños grandes” y eso la espantaba porque eran muy bruscos; el segundo fue un niño que decidió cambiarse a otro taller que se impartía en el mismo horario, también para la segunda sesión; el tercero fue un niño al que se le tuvo que pedir que ya no asistiera sino cambiaba de actitud, porque no mostraba interés en las actividades pero distraía demasiado a sus compañeros. Incluso la directora de la fundación apoyó con este niño un par de veces, pero finalmente se decidió por cambiarlo de grupo para la quinta sesión.

3.9.4 Evaluaciones post-intervención

El día de la última sesión, se les pidió a los padres que les ayudaran a contestaran las evaluaciones, el Cuestionario de Comportamiento Infantil (CBCL) de Achenbach y el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (PedsQL 4.0). A los padres que no tuvieron el tiempo suficiente, se les dio permiso para llevarse los instrumentos de evaluación, contestarlos en casa y entregarlos en los próximos tres días. Únicamente quince de los participantes entregaron las evaluaciones completas, a partir de las cuales fue realizado el análisis estadístico. La **figura 1** muestra el diagrama del procedimiento que se siguió en el estudio:

Figura 1

Diseño del Estudio



3.9.5 Análisis Estadístico

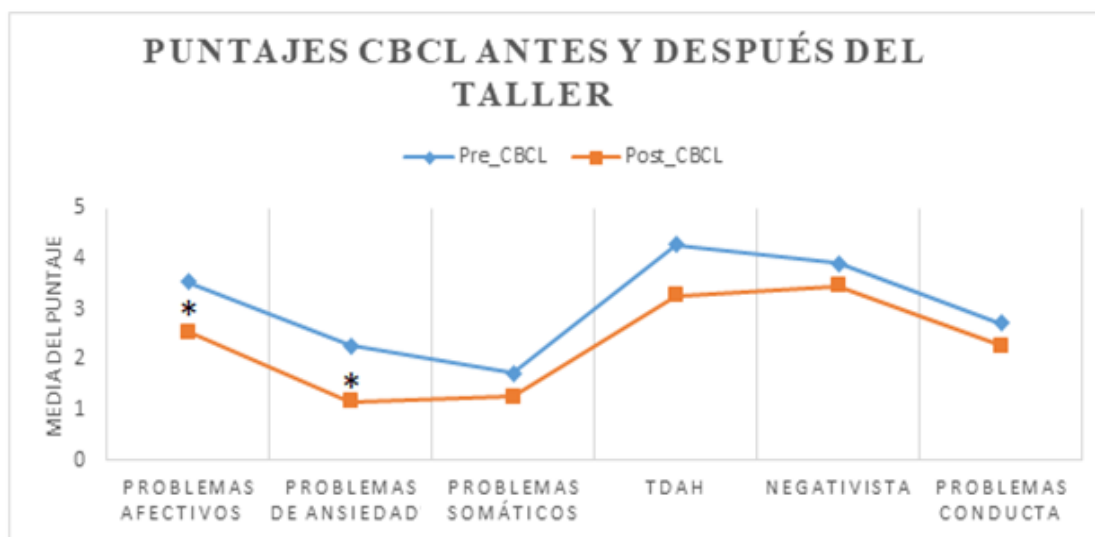
De manera inicial se realizó una descripción general de la muestra, por medio de medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Posteriormente, se analizaron las diferencias entre las dos evaluaciones sobre cada una de las variables dependientes y se aplicó una *t* de Student para comparar las medias de las evaluaciones previas y posteriores al taller.

4. RESULTADOS

4.1 Resultados de la sintomatología

4.1.1 Resultados del CBCL

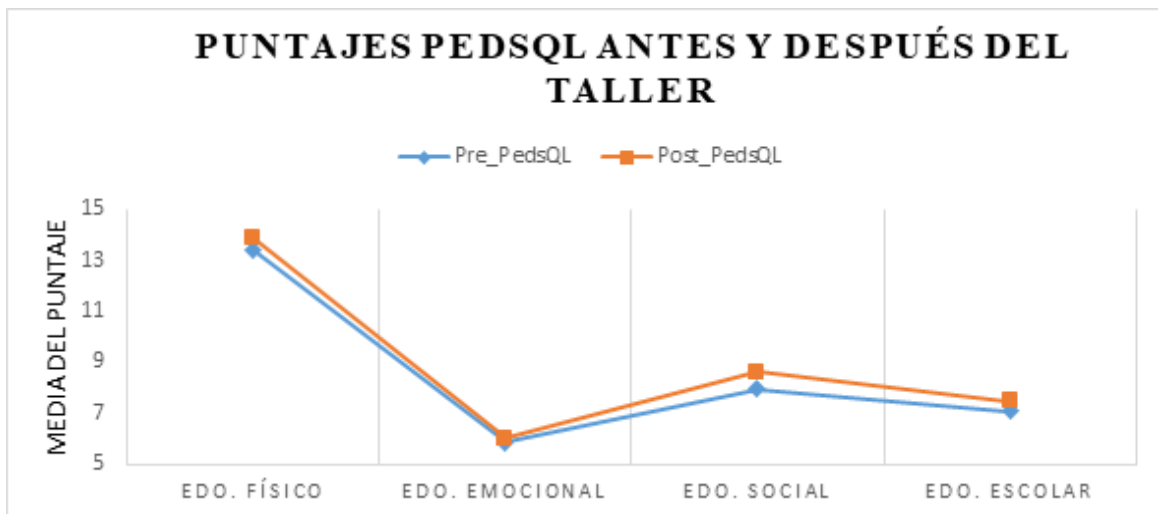
En la **Gráfica 1.1** se muestran las medias de los puntajes del CBCL, obtenidos en la evaluación previa ($\bar{x}= 16.91$) y posterior al taller ($\bar{x}=14.14$). Al analizar los datos con la t de Student, hubo una disminución significativa de los problemas afectivos ($t(10)=2.622, p<0.05$) y de los problemas de ansiedad ($t(10)=2.292, p<0.05$). Según la interpretación de la prueba, el puntaje obtenido antes y después del taller se encuentra en un rango normal, es decir, los síntomas que presentaban los niños eran esperados para su edad, no correspondían a un nivel clínico.



Gráfica 1.1. Puntajes obtenidos antes ($\bar{x}= 16.91$) y después ($\bar{x}= 14.14$) del taller, el * indica los problemas donde el cambio fue significativo. Problemas afectivos ($t(10)=2.622, p<0.05$) y problemas de ansiedad ($t(10)=2.292, p<0.05$)

4.1.2 Resultados del PedsQL 4.0

En la **Gráfica 1.2** se muestran las medias de los puntajes del PedsQL, obtenidos en la evaluación previa y posterior al taller. Tras concluir las sesiones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Calidad de Vida de los niños ($t(10) = 1.076$, $p \geq 0.05$), al evaluarlo a través del PedsQL, que se aplicó al iniciar ($\bar{x} = 34.26$) y al finalizar el taller ($\bar{x} = 35.93$). Al comparar los resultados obtenidos en las sub-escalas del PedsQL, los cambios no fueron estadísticamente significativos en ninguna de ellas.



Gráfica 1.2 Puntajes obtenidos antes y después del taller. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Calidad de Vida de los niños ($t(10) = 1.076$, $p \geq 0.05$), al evaluarlo a través del PedsQL, que se aplicó al iniciar ($\bar{x} = 34.26$) y al finalizar el taller ($\bar{x} = 35.93$)

Con estos resultados podemos concluir que por un lado se confirmó la Hipótesis de que existen diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación basal y la evaluación realizada al finalizar el Taller basado en Atención Plena Compasiva para niños y adolescentes de 6 a 15 años, sobre su salud mental. Sin embargo, con respecto de la Calidad de Vida no resultó del

mismo modo y se tuvo que rechazar la Hipótesis, dado que no hubo diferencias significativas posteriores a la intervención.

5. DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio son las mejorías estadísticamente significativas registradas en el puntaje de los problemas afectivos, que abarcan la falta de autoestima, la desconfianza, la culpa, el llanto, etc.; así como en los problemas asociados a la ansiedad, como el nerviosismo, el miedo, la preocupación, entre otros. Tales puntajes fueron recabados mediante la escala CBCL, la cual es una de las escalas de síntomas más utilizadas para evaluar la psicopatología más común en niños y adolescentes, presente en los últimos 6 meses; está diseñada para evaluar su funcionamiento conductual y emocional. De igual manera, se pudo observar una tendencia hacia la mejoría con respecto a los problemas somáticos (como son dolores, cansancio, náuseas, vómitos, mareos, etc.), la conducta negativista (que incluye acciones como discutir, gritar, presumir, llamar la atención, burlarse, ser exigente, mostrar una conducta amenazante, etc.), el TDAH y los problemas de conducta (hacer trampa, mentir, malas palabras, etc.).

Esto resulta particularmente interesante, debido a que estas problemáticas se encuentran asociadas tanto con el desarrollo de diversos padecimientos en la niñez y la adolescencia, como con una posible aparición de trastornos de la personalidad en la edad adulta. Por ejemplo, se ha visto que la impulsividad y la falta de autocontrol presentes en la infancia, pueden llegar a generar una conducta antisocial o delictiva en la edad adulta. Así mismo, la reactividad psicofisiológica e hipersensibilidad al estrés en la infancia, se han visto relacionadas con la aparición de trastornos afectivos o de ansiedad en la adultez (Lemos, 2003); la presencia de anomalías neurocognitivas en la infancia, por otro lado, puede estar asociada con el desarrollo posterior de trastornos del espectro

esquizofrénico (Lemos, 1999). Por lo que poder ofrecer a los niños y jóvenes espacios en los que aprendan a manejar sus emociones, resulta una tarea imperante en la ayuda para la prevención de este tipo de trastornos.

En cuanto al nivel de calidad de vida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en los niños y jóvenes, antes y después de tomar el taller; aunque sí puede observarse una disminución en las problemáticas evaluadas y una tendencia hacia la mejoría. Una posible explicación de por qué no se registró una diferencia significativa al evaluar este concepto en los participantes, podría ser, que las edades de los niños eran muy diversas y las dinámicas y actividades no impactaron en todos de igual manera. También se puede inferir que el número de sesiones no fue suficiente para lograr desarrollar un cambio evidente y que los beneficios de la intervención quizás no pudieron ser correctamente discriminados mediante la prueba utilizada.

A manera de evaluación cualitativa, de la retroalimentación brindada por los participantes, resulta importante mencionar que, tanto los niños como los padres de familia, se acercaron a los terapeutas durante y al finalizar el taller, para expresar su interés y agrado por las técnicas aprendidas. Algunos de los niños, incluso, se entusiasmaron tanto con las prácticas, que reportaron habérselas transmitido a sus padres y a sus hermanos; en especial con el “frasco de la mente”, los niños compartían el conocimiento de cómo mantener la calma, a pesar de un entorno agitado. Al finalizar el taller, una de las participantes grandes pidió bibliografía para profundizar en la práctica de la meditación; así mismo, algunos padres expresaron que, en un par de ocasiones, habían visto a sus hijos aplicar las técnicas en momentos de estrés, o a la hora de dormir, ya que les ayudaba a relajarse.

Si se comparan los resultados de esta investigación con estudios previos sobre atención plena compasiva, se puede observar una similitud en el incremento significativo del bienestar y la

regulación emocional en los participantes (Beauchemin, Hutchins y Patterson, 2008; Crescentini, Capurso, Furlan & Fabbro, 2016; Casado & Caballo, 2015; entre otras), tanto a nivel auto-informado (CBCL, PedsQL, Facial Affective Scale, etc.) como hetero-informado (escala Competencia Social del TSC, entre otras), cuando se cotejaron las puntuaciones iniciales con las obtenidas al finalizar los programas. Es posible que esta mejora esté relacionada, dentro de este tipo de intervenciones, con la presencia de ejercicios dirigidos a generar calma mental, relaciones de cordialidad, empatía y tolerancia entre iguales, potenciando fortalezas e invitando a reflexiones que fomentan la comunicación respetuosa y la escucha activa. La regulación emocional se relaciona con la aceptación de la respuesta emocional, el control de impulsos, la conciencia corporal, la claridad emocional, y las estrategias de regulación de la emoción (Gratz y Roemer, 2004; Hofmann et al., 2010). A su vez, se asocia con un mayor rendimiento académico y competencia social (Spinrad et al., 2006). La práctica regular, durante nueve semanas, de estas actividades parece aumentar la sensación de bienestar informado por los participantes, así como el desarrollo de relaciones favorables. Por otro lado, el entrenamiento en actividades o técnicas de relajación y visualización han tenido una influencia positiva en el bienestar subjetivo reportado tras cada sesión (Moyá, 2017).

Son muchos más los beneficios que trae consigo la aplicación de programas basados en atención plena en el ámbito educativo, para estudiantes tanto de preescolar, como de primaria y secundaria. Se han observado efectos positivos, como se ha mencionado, en el bienestar y la regulación emocional de los participantes, pero también en la competencia social y las funciones ejecutivas, en todas las etapas educativas (Ruiz Lázaro, 2016). En la etapa de primaria destacan además la disminución en los niveles de ansiedad, de depresión, así como un incremento en la atención cognitiva, la concentración, la atención plena y el desempeño académico (Ricarte et al., 2015; Ruiz Lázaro, 2016; Schonert-Reichl et al., 2015; Tarrasch et al., 2017; Van de Weijer-Bergsma,

Langenberg, Brandsma, Oort & Bögels, 2014). En secundaria a su vez, destaca la disminución en síntomas de depresión, de ansiedad, así como incremento en el bienestar psicológico, la atención cognitiva y la atención plena (Kuyken et al., 2013; Metz et al., 2013; Moyá, 2017; Terjestam et al., 2016; Raes et al., 2014; Ruiz Lázaro, 2016;). Asimismo, en preescolar se ha observado una mejora en el desempeño académico (Flook et al., 2015).

La literatura científica indica que la reducción de la ansiedad se produce en la mayoría de los estudios que la evaluaron, con independencia del tipo de diseño y programa de intervención en atención plena, así como del tiempo y la duración de las sesiones (Moyá, 2017). Esta mejoría se produce como consecuencia de “prestar atención a un objeto”, como puede ser la respiración, por ejemplo; observar con interés y curiosidad los pensamientos, sentimientos o sensaciones que surjan, y dejarlos ir (González-Meza, G., & Amigo-Vázquez, I., 2018), esto además de reducir de manera importante los niveles de estrés, puede inducir la relajación y disminuir la respuesta fisiológica, un aspecto central en la experiencia emocional (Didonna, 2011); y, como consecuencia, aumentar el bienestar (Beauchemin, Hutchins y Patterson, 2008). Una sensación de calma surge de no juzgar lo que pasa por la mente o el mundo exterior, y simplemente aceptar la experiencia tal como es (Huppert y Johnson, 2010). Al disminuir la ansiedad se produce a su vez, un aumento en el bienestar psicológico, ya que hay una menor preocupación por eventos futuros (Ricarte et al., 2015). Un mayor bienestar aumenta las emociones positivas, las relaciones interpersonales satisfactorias y un funcionamiento psicológico positivo. (González-Meza, 2018). También en el caso de la regulación emocional, se ha observado un aumento en la mayor parte de los estudios que la evaluaron, con independencia del tipo de diseño. Los resultados apoyan la idea de que las prácticas en atención plena facilitan la toma de conciencia y la regulación emocional a través de una mayor capacidad de asignar recursos de atención y aprender a situarse en el momento presente (Crescentini et al., 2016). Respecto a la depresión, se ha observado que los síntomas

asociados disminuyen y se mantienen así posteriormente, sobre todo en la etapa de secundaria. Con la práctica de la atención plena los participantes aprenden a distanciarse de los pensamientos y sentimientos; se centran en el momento presente, sin juzgar y con aceptación (Fresco, Segal, Buis y Kennedy, 2007). Este distanciamiento reduce la rumiación y la posibilidad de recaída en la depresión (Didonna, 2011; Kuyken et al., 2013; Raes et al., 2014; Schonert-Reichl et al., 2015; entre otros).

Un aspecto que no se tomó en cuenta para este estudio, pero que sin embargo ha arrojado resultados favorables en investigaciones similares, ha sido la aplicación de evaluaciones heteroinformadas. Las evaluaciones autoinformadas resultan ser herramientas útiles, sin embargo, en el caso de la aplicación en niños, se ha encontrado en ocasiones una contraposición entre los datos proporcionados por los alumnos y los resultados reportados por los tutores, donde los primeros no muestran mejoras significativas, mientras que los segundos sí (Crescentini, Capurso, Furlan & Fabbro, 2016). Esta discrepancia entre la información proporcionada por los tutores y la autoinformada por los alumnos, podría deberse a que los niños aún no han desarrollado habilidades introspectivas y meta-cognitivas para percibir los cambios en su manera de reinterpretar situaciones con contenido emocional. Una segunda explicación que se ha dado, se refiere a que el cuestionario de los tutores mide el bienestar emocional mediante ítems de tipo comportamental, en tanto que el auto-informe de los niños se basa en experiencias subjetivas de los eventos mentales, lo que implica la evaluación del mismo concepto desde dos perspectivas diferentes. Por lo que se puede pensar que, en este caso, el bienestar emocional ha sido medido desde dos perspectivas distintas, por eso la diferencia en los resultados finales.

La duración de los programas es un factor que varía considerablemente de una intervención a otra. Se han realizado intervenciones de entre 6 sesiones (Broderick & Metz, 2009; Lau & Hue, 2011) y 16 sesiones (Flook et al., 2010). También la duración de las sesiones es muy variada,

siendo las más cortas de tan solo 15 minutos (Black & Fernando, 2013; Hennelly, 2011) y las más largas hasta de 2 horas (Biegel et al., 2009; Lau & Hue, 2011). En cuanto a la prolongación en el tiempo, algunos programas son de larga duración, siendo de los más extensos el de Biegel et al. (2009), por ejemplo, repartiéndose a lo largo de 20 semanas. Y el de Napoli et al. (2005), con una duración de 24 semanas. En el caso contrario, se puede señalar el estudio de Black y Fernando (2013) que duró tan solo 5 semanas, aunque se realizaban 3 sesiones por semana. O el de Semple et al. (2005) que duró 6 semanas.

El formato utilizado con mayor frecuencia consiste en 8 sesiones aplicadas a lo largo de 8 semanas; que fue el elegido para realizar el presente estudio, ya que ha resultado efectivo en la obtención de cambios significativos en la manera de percibir de los participantes y, en la manera de afrontar posteriormente las situaciones con las que se enfrentan a diario (Beltrán, J., 2017; Jon Kabat-Zin, 1990). Sin embargo, tomando en cuenta los resultados positivos obtenidos en este estudio mediante el cuestionario CBCL, se propone incrementar el número de sesiones o de práctica de las técnicas aprendidas, aumentando así su efectividad.

Al igual que en la mayoría de los estudios revisados, la intervención se realizó en formato grupal, con un número promedio de participantes. Siendo que algunas veces los grupos han sido conformados por escasas 4 personas (Semple et al., 2005; Weijer-Bergsma et al., 2011), pero ha habido ocasiones en las que llegan a ser hasta 25 participantes. Y ya que la mayoría de estas intervenciones han sido llevadas a cabo en los salones de clase de las escuelas que han participado en este tipo de programas (Black & Fernando, 2013; Joyce et al., 2010; Lau & Hue, 2011; Mendelson et al., 2010; Schonert-Reichl et al, 2015), se ha dependido directamente del número de alumnos de grupos ya conformados, así como de sus características (sexo, nivel socioeconómico, condiciones de salud, etc.). La mayoría de los estudios cuentan con grupos de características heterogéneas, siendo muy pocos los que han empleado grupos homogéneos (Ruiz Lázaro, 2016).

Sin embargo, al realizarse en salones de clases, dentro de escuelas, es muy probable que los alumnos estén separados por edades y al momento de aplicar las intervenciones no se hallen obstáculos en el lenguaje utilizado para transmitir el conocimiento. En el presente estudio fue necesario adaptar el modo de abordar las actividades, dadas las condiciones de la Fundación Integritat, donde además de manejar grupos heterogéneos, se encontraban mezclados en edades, con diferencias muy significativas.

Sugerencias para estudios futuros

En estudios posteriores, sería fundamental evaluar este taller en poblaciones delimitadas por grupos de edad homogéneos. Esto permitiría capturar la atención de los participantes con actividades adaptadas a sus edades e intereses y favorecería la completa realización de los objetivos propuestos. También sería importante, ya que se trata de una intervención con niños, que fuera en un horario más pertinente, ya que al haber impartido el taller entre semana en el horario de las 19 horas, los niños estaban muy ansiosos por volver a sus casas a jugar o descansar. El número de participantes deberá ser también más reducido, hasta 15 máximo, con la finalidad de poder trabajar de manera más directa con los participantes.

En lo que respecta a las evaluaciones, resultaría importante no utilizar instrumentos tan extensos, o determinar un día en el que los padres sean citados exclusivamente para contestarlos y así garantizar la entrega de todos, de forma correcta y completa. Ya que, al pedir a los padres que contestaran los dos instrumentos, antes y después del taller, hubo algunos que no pudieron quedarse a resolverlos y se los llevaron, pero ya nunca los entregaron. Y por lo tanto, siete de los participantes que asistieron al taller no pudieron ser evaluados ni tomados en cuenta para el análisis estadístico, y si hubo algún cambio significativo en ellos debido al taller, no se pudo observar. Por

otro lado, al utilizar el CBCL como instrumento, sólo obtuvimos indicadores de psicopatología de los últimos 6 meses, por lo que resulta probable que no haya habido posibilidad de captar si se presentaron cambios inmediatamente después de la intervención, esto pudo resultar como un sesgo. En futuros estudios se recomienda hacer evaluaciones de autoreporte más adecuadas, donde los niños puedan de primera mano evaluar sus cambios de una mejor manera.

A pesar de las limitaciones expuestas, los resultados positivos obtenidos sugieren que el Taller de Atención Plena Compasiva puede ser apropiado para mejorar la regulación emocional de los alumnos, así como para ayudarlos a manejar el estrés y las situaciones difíciles que viven a diario. Sin embargo, los resultados de la puesta en práctica de los programas de Atención Plena en las escuelas, muestran que la corta duración de los talleres, así como la brevedad en la práctica y en las reflexiones, impiden que los participantes obtengan resultados a largo plazo; por lo tanto, podría decirse que dichos programas se han creado como una herramienta para aquellos que deseen utilizarla y ahondar en ella más adelante (Mindfulness in Schools Project, 2011). Conseguir un estado de bienestar es un trabajo complejo, un ejercicio que debe mantenerse en el tiempo, que debe ser constante y que no tiene final, por lo que un curso de algunas semanas no es suficiente (Burnett, 2010). Por lo tanto, la propuesta es perfeccionar dichos programas, aumentando su duración en el tiempo. Así como la formación de orientadores y profesorado, para promover y facilitar la práctica de manera cotidiana (Greenberg y Harris, 2012).

Estar atento a lo que sucede, aprender a observar la tensión y la ansiedad como algo propio del cuerpo y a conocer profundamente, es un derecho universal para todos los seres humanos (Mindfulness in Schools Project, 2011). La implementación de programas de atención plena en las escuelas proporciona a los alumnos una manera de combatir el estrés y la presión en un mundo difícil, teniendo como objetivo principal su desarrollo personal y la creación de una sociedad con mayor bienestar (Lopez-Hernández, 2016). El panorama escolar y profesional actual requiere que la

implicación de los diferentes agentes educativos vaya más allá de la mera transmisión de contenidos académicos, deberán ser conscientes de que su participación contribuye al desarrollo global de todos (Lesso-Rocha et al., 2018).

Es importante impartirles herramientas eficaces de regulación emocional a los niños debido a que, como se reseñó en este trabajo, son muchas y muy variadas las patologías asociadas al mal manejo de las emociones. Actualmente, se vive en una sociedad cada vez más compleja, llena de retos y distracciones, por lo que aquellos niños que logren manejar su atención de manera adecuada podrán hacer frente de manera exitosa a los múltiples retos.

Es el deseo del equipo que participó en este estudio, que las nuevas generaciones sean más sanas y felices.

REFERENCIAS:

- Achenbach, T. & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Alajmo Flye, T., Jiménez Jaimes, L.K., & Gantiva Díaz, Dir. (2013). Evaluación del efecto de un programa basado en mindfulness para el manejo de la ansiedad en niños escolarizados. *Gimnasio Campestre - El Astrolabio*, p.7-19
- Ames, C.S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P. & Leigh, E. (2014). Innovation in Practice. Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, volume 19(1), p. 74-78. Recuperado de: <http://doi.org/10.1111/camh.12034>
- Albores, L., Lara, C., Esperón, C., Cárdenas, J., Pérez, A. & Villanueva G. (2007). Validez y confiabilidad del CBCL/6-18. Incluye las escalas del DSM. *Actas EspPsiquiatr.* 2007;35:393-9. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/287205780_2007-Validity_CBCL
- Albores, L. (2008). *¿Puede el CBCL/1.5-5 distinguir entre el autismo y el déficit de atención?*, p. 74-75. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2008/julio/0629566/Index.html>
- Albores, L., Hernández, L., Hasfura, C. & Navarro, E. (2016). *Consistencia interna y validez de criterio del Child Behavior Checklist (CBCL)*, *Revista chilena de pediatría*, volumen 87(6), p. 455-462. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.05.009>
- Albrecht, N. J., Albrecht, P. M., & Cohen, M. (2012). Mindfully Teaching in the Classroom: a Literature Review. *Australian Journal of Teacher Education*, 37(12).

- Bach, P., & Hayes S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re-hospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129-1139
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, volume 10, p. 125-143.
- Baer, R.A., Smith, G.T. & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, volume 13(1), p. 27-45.
- Bedard, M., Felteau, M., Mazmanian, D., Fedyk, K., Klein, R., Richardson, J., Parkinson, W., & Minthorn-Biggs, W. (2003). Pilot evaluation of a mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries. *Disability and Rehabilitation*, 25(13), 722-731.
- Bedard, M., Felteau, M., Gibbons, C., Klein, R., Mazmanian, D., Fedyk, K., & Mack, G. (2005). A mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries: one-year follow-up. *The Journal of Cognitive Rehabilitation*, 23(1), 8-13.
- Beauchemin, Hutchins & Patterson, (2008). Mindfulness Meditation May Lessen Anxiety, Promote Social Skills, and Improve Academic Performance Among Adolescents With Learning Disabilities. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*. Recuperado: *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*
- Beltrán, J. (2017). Cómo aplicar el programa de Mindfulness de 8 semanas. *Deusto Salud*. España. Recuperado de: <https://www.deustosalud.com/blog/vida-saludable/aplicar-programa-mindfulness-8-semanas>

- Benson H, Lehman JW, Malhotra MS, Goldman RF, Hopkins J, Epstein MD. (1982) Body temperature changes during the practice of g Tum-mo yoga. *Nature*. Vol. 295, p. 234- 236
- Biegel, G.M., Brown, K.W., Shapiro, S.L. & Schubert, C.M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volume 77(5), p.855-866
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness bases stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, volume 64, p. 71-83.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, volume 11(3), p. 230-241.
- Black, D.S. & Fernando, R. (2013). *Mindfulness Training and Classroom Behavior Among Lower-Income and Ethnic Minority Elementary School Children*.
- Bornemann, B. y Singer, T. (2013), (eds.). *Compassion. Bridging Practice and Science. A multimedia book [e-book]*. Recuperado de: http://reader.digitalbooks.pro/book/preview/39261/En_defensa_del_altruismo-12?1557787628497
- Broderich, P.C. & Jennings, P.A. (2014) mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. *New directions for youth development*, volume 136, p. 111-126. DOI: 10.1002/yd.20042
- Broderick, P.C. & Metz, S. (2009). Learning to BREATHE: A pilot trial of a mindfulness curriculum for adolescents. *Advances in School Mental Health Promotion*, volume 2(1), p. 35-46.

- Brown, K. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, volume 84(4), p. 822-848.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research*, volume 1, p. 11-34.
- Burnett, R. (2010). Mindfulness in Schools, learning lessons from the adults – secular and Buddhist. *Buddhist Studies Review*, 28 (1), 79-120
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (2005). *Diseños experimentales y cuasi-experimentales en la investigación social*. Argentina: AmorrortuEditores, S. A.
- Carlson, L., Ursuliak, Z., Goodey, E. Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer*, 9, 112-123.
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K.D., &Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- Carlson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M. Y Baucom, D.H. (2004). Mindfulness-Based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35, 471-494
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K.D., &Goodey, E. (2004). Mindfulness-Based Stress reduction to quality of life, mood, and symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 448-474.

- Carlson, L., & Garland, S.N. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 278-285.
- Casado Sánchez, P., Caballo Escribano, C. (tutor). (Julio, 2015). Mindfulness en la infancia y la adolescencia. Recuperado de: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/126703/1/-TFG_CasadoSanchezP_Mindfulness.pdf
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 60 (8), 37-44.
- Davidson, R. Kabat-Zinn, J., Schumacher, Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, volume 65, Issue 4, p 564–570.
- Davis, J., Fleming, M., Bonus, K., & Baker, T.B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 7, 2.
- Delgado, L.C., Guerra, P., Perakakis, P., Viedma, M.I., Robles, H. & Vila, J. (2010). *Eficacia de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) y valores humanos como herramienta de regulación emocional y prevención del estrés para profesores*. *Psicología Conductual*, volumen 18, N°3, p.511-532
- Deshimaru, T. (1982). *Preguntas a un maestro Zen*. Barcelona: Kairos.
- Dougher, M.J. (Ed.), (2000). *Clinical behavior analysis*. Reno, NV: Context Press.
- Dumas, J.E. (2005). Mindfulness-Based Parent Training: strategies to lessen the grip of Automatically in Families with Disruptive Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, volume 34(4), p. 779-791.

- Escobar, M., Blanca M.J., Fernández-Baena, F.J. y Trianes, M.V. (2011). Adaptación española de la escala de manifestaciones de estrés del Student Stress Inventory (SSI-SM). *Psicothema*. Vol. 23(3), 475-85.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practicebased outcomes of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 198-213.
- Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive & Brain Research*, volume 3, p.131-141.
- Fernández, G., Dallo, M., Durán, C., Caperchione, F. y Gutiérrez, S.J.D., (2010). Cuestionario sobre Calidad de Vida Pediátrica (PedsQL) versión 4.0: fase inicial de la adaptación transcultural para Uruguay. *Arch Pediatr Urug*. Volumen 81 p. 91–99.
- Finucane, A. & Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, volume 6(14), p. 1-14
- Flook, L., Smalley, S.L., Kitil, M.J., Galla, B.M., Kaiser-Greenland, S., Locke, J., Kasari, C. (2010). Effects of mindful awareness practices on executive functions in elementary school children. *Journal of Applied School Psychology*, volume 26(1), p. 70-95.
- Flook, L., Goldberg, S.B., Pinger, L. & Davidson, R.J. (2014). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. Recuperado de: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84914166675&partnerID=40&md5=fb8b9ea5385620676e7c107ef2b990fd>

- Gaudiano, B.A., & Herbert, J.D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research And Therapy*, 44(3), 415-437.
- González-Meza G., Amigo-Vázquez, I. (2018). Efectos de la atención plena en el ámbito educativo: una revisión sistemática. *Revista de psicología y educación* 13(1), pp. 73- 91. España: Universidad de Oviedo.
- González-Gil T, Mendoza-Soto A, Alonso-Lloret F, Castro-Murga R, Pose-Becerra C. y Martín-Arribas MC, (2012). Versión española del cuestionario de calidad de vida para niños y adolescentes con cardiopatías (PedsQL). *Revista Española de Cardiología*. Volumen 65 p. 249–57
- Gonzalo Pardo, H. & Pérez Álvarez, M. (en prensa). La intervención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Madrid: Alianza.
- Grabovac, A., Lau, M. & Willett, B. (2011). Mecanismos de Mindfulness: Un modelo psicológico budista. *Springer Science + Business*. Recuperado de: <http://eaplena.es/mecanismos-de-mindfulness-un-modelo/>
- Grau González, I.A. (2010). *Relación de locus de control parental y las cinco facetas de mindfulness en un entrenamiento a madres de niños preescolares que viven con bajos ingresos*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Gregg, J.A., Callaghan, G.M.; Hayes, S.C & Glenn-Lawson, J.L. (2007). Improving diabetes selfmanagement through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (2), 336-43.
- Gross, C.R., Kreitzer, M.J., Russas, V., Treesak, C., Frazier, P., & Hertz, M. I. (2004). Mindfulness Meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20(2), 20-29.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-análisis. *Journal of Psychosomatic Research*, volume 57(1), p.35-43.
- Gyatso, T., (2001). *Las cuatro Nobles Verdades*. España: Plaza y Janés Editores.
- Haydicky, Shecter, Wiener, & Ducharme (2013). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*. Advance online publication. doi:10.1007/s10826-013-9815-1
- Hayes, S.C. (1989). *Rule-governed behavior. Cognition, contingencies, and instructional control*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S.C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. En L. J.Hayes y P. N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behavior* (pp. 19- 40). Reno,NV: Context Press
- Hayes, S.C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*, p. 13-32. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C., Stroschal, K. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, volume 35, p.639-665
- Heffner, M. P., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232–236
- Hennelly, S. (2011). The immediate and sustained effect of the mindfulness programmed on adolescents social and emotional well-being and academic functioning. *Oxford Brookes University*.

- Hooker, K. & Fodor, I. (2008). Teaching mindfulness to children. *Gestalt review*, volume 12(1), p. 75-91
- Huppert, F.A. & Johnson, D.M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools, the importance of practice for an impact on well-being. *The Journal of Positive Psychology*, volume 5(4), p. 264-274
- Joyce, A., Eddy-leal, J., Zazryn, T., Hamilton, A. & Hasted, C. (2010). Exploring a mindfulness meditation program on the mental health of upper primary children: A pilot study. *Advances in School Mental Health Promotion*, vol 3(2), p. 17-25. Recuperado de: <http://doi.org/10.1080/1754730X.2010.9715677>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, volume 4, p. 33-47
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Reino Unido: Delta
- Kabat-Zinn, J., Massion, M.D., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, volume 149, p.936, 943.
- Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M.J., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J.D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis

undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625-632.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, volume 10(2), p. 144-15

Kaiser Greenland, S. (2014). *El niño atento: Mindfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo* (p. 41-45). Madrid: Desclée De Brouwer.

Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastina, L.A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.

Kristeller, J.L., & Hallett, C.B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.

Lacalle, M. (2009). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. P. 39 y 53.

Langer, A., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J.M., Cid, C. & Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. Effects of a mindfulness intervention in Chilean high schoolers. *Revista Médica de Chile*. Vol. 145(4). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400008>

Lau, M., & McMain, S. (2005). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioral therapies: The challenge of combining acceptance and change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, volume 50(13), p. 863-869.

Lau, N.S. & Hue, M.T. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: Well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*, volume 16(4), p. 315-330.

- Lee, J., Semple, R.J., Rosa, D. & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, volume 22(1), p. 15-28.
- Lemos, S. (1999). Trastornos del espectro esquizofrénico: Marcadores de predicción temprana. En J. Buendía (Ed.), *Psicología clínica: Perspectivas actuales* (pp. 97-137). Madrid: Pirámide.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, no. 85, pp. 19-28. Madrid: Universidad de Oviedo.
- Lesso-Rocha, Z. S., Barraza-Rojas, S.I., Durán-Mercado, M.A. y Palma-Córdoba, A.A. (2018) El desarrollo de la inteligencia emocional en las universidades. *Revista de Educación Superior*, Vol.2-5: 32-40
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suárez, A., Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, volume 48, p. 1060-1064.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, volume 151, p. 1771-1776.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by

- experts for suicidal behavior and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, volume 63(7), p. 757-766.
- López-González, L. (2015). *Mindfulness: La mejora de la atención de 6 a 12 años*.
- López-Hernández Lara. (2016). Técnicas Mindfulness en centros educativos. Desarrollo académico y personal de sus participantes. *Revista española de Orientación y Psicopatología*, vol.27, núm.1, pp.134-146
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa--a pilot study. *Epilepsia*, 47 (12), 2173-9.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volume 72(1), p. 31-40
- Marcus, M.T., Fine, M., Moeller, F.G., Khan, M.M., Pitts, K., Swank, P.R., & Liehr, P. (2003). Change in stress levels following Mindfulness-Based Stress Reduction in a therapeutic community. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2(3), 63-68.
- McMillan, T., Robertson, I.H., Brock, D., & Chorlton, L. (2002). Brief mindfulness training for attentional problems after traumatic brain injury: a randomised control treatment trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 12(2), 117-125.
- Mendelson, T., Greenberg, M.T., Dariotis, J.K., Gould, L.F., Rhoades, B.L. & Leaf, P.J. (2010). Feasibility and preliminary outcomes of a school-based mindfulness intervention for urban youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, volume 38(7), p. 985-994.
- Merino Villeneuve, I. (2015). Una nueva vacuna de autoconocimiento. Autoconocimiento a través de la neurociencia, la inteligencia emocional y el Mindfulness. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, volumen 17, N° 68, p. e289-e293

- Michalon, M. (2001). "Selflessness" in the service of the ego: contributions, limitations and dangers of Buddhist psychology for western psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 55(2), 202-218.
- Miller, J., Fletcher, K. & Kabat-Zin, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital of Psychiatry*, volume 17(3), p. 192-200.
- Ministerio de Salud de Chile, MINSAL. (2011). *Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes* (Internet). Santiago, Chile.
- Moreno Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención Plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, volumen 12(1)
- Moreno, N. (2008). La Práctica del Mindfulness (Atención Plena). Recuperado de: http://www.nicolasmorenopsicologo.com/tratamientos/centro_articulos.htm
- Moyá Castells, M. (2017). *Aplicación de un programa de Mindfulness en aulas de educación primaria: un piloto estudio*. España
- Muñoz Alonso, A. (2015) Programa para el trabajo de la atención plena y la gestión emocional en niños y niñas de 3 a 6 años. *Proyecto educativo del curso "Educador Transpersonal"*. Recuperado de: <https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2013/11/programa-para-el-trabajo-de-la-atencion-plena-y-gestion-emocional-con-ninos-de-3-a-6-anos.pdf>
- Murgatroyd, W. (2001). The Buddhist spiritual path: A counselor's reflection on meditation, spirituality, and the nature of life. *Counseling and Values*, 45(2), 94-102.
- Napoli, M., Krech, P.R., & Holley, L.C. (2005). Mindfulness training for elementary school students: the attention academy. *Journal of Applied School Psychology*, volume 21(1), p. 99-125.

- Obiols, J. & Pousa, E.; Sanjuan, J. & Cella Conde, C.J. (Eds.), (2005). La Teoría de la Mente como módulo cerebral evolutivo. *La Profecía de Darwin*, capítulo 6, p. 105-119. Barcelona: Ars Médica.
- OMS (2013). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Definición de salud mental)*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS (2019). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (Definición adolescencia)*. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Oord, S., Bögels, S., & Peijnenburg, D. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal of Child & Family Studies*, volume 21(1), p. 139-147. <http://doi.org/10.1007/s10826-011-9457-0>
- Orsillo, S. & Roemer, L. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance based-approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, volume 9, p. 54-68.
- Parker, A. E., Kupersmidt, J. B., Mathis, E. T., Scull, T. M., & Sims, C. (2014). The impact of mindfulness education on elementary school students: Evaluation of the Master Mind program. *Advances in School Mental Health Promotion*, volume 7(3), p. 184-204. Recuperado de: <http://doi.org/10.1080/1754730X.2014.916497>
- Pérez, M. A., Botella, L. (2006). Consciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, volumen 17, N° 66/67, p. 77-120
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*, volumen 5(2), p. 159-172

- Pérez-Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo, I. (Eds.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*, volumen 3. Madrid: Pirámide.
- Pérez Vega, M.A. (2006). *Revisión conceptual y empírica de los enfoques psicoterapéuticos basados en la consciencia plena*. (Tesina no publicada, presentada en la FPCEE. Blanquerna de la Universidad Ramón Llull de Barcelona).
- Plews-ogan, M., Owens, J.E., Goodman, M., Wolfe, P., &Schorling, J. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine: Official Journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine*, 20(12), 1136-1138.
- Ramel, W., Golding, P.R., Carmona, P.E. & McQuaid, J.R. (2004). The effects of Mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, volume 28(4), p. 433-455.
- Randolph, P.D., Caldera, Y.M., Tacone, A.M., &Greak, M.L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest*, 9, 103–112.
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C. & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, volume 23, p.183-192.
- Ricard, M. (2014). *El Defensa del Altruismo*. España: Urano, Cap. 4
- Ricard, M. (2009). *El Arte de la Meditación*. España: Urano, p. 28-36.
- Ricard, M. (2007). *En Defensa de la Felicidad*. España: Urano, p. 179-190
- Riveros, A., Castro, C. G., Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 41, núm. 2, pp. 291-304

- Rizzolatti, G., & Arbib, M. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, volume 21, p. 188-194.
- Roemer, L. & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, volume 9(1), p. 54-68.
- Roizen, M., Rodriguez, S., Bauer, G., Medin, G., Bevilacqua, S., Varni, JW. et al., (2008). Initial validation of the Argentinean Spanish version of the PedsQL 4.0 Generic Core Scales in children and adolescents with chronic diseases: acceptability and comprehensibility in low-income settings. *Health Qual Life Outcomes*. Vol.6 p.59
- Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M. & Brainard, G.C. (2003). *Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. Teaching and Learning in Medicine*, volume 15(2), p.88-92.
- Roth, R. & Robbins, D. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: finding from a bilingual inner-city patient population. *Psychosomatic Medicine*, volume 66, p.113-123.
- Ruiz Lázaro PJ. Mindfulness en niños y adolescentes. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2016*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 487-501. Recuperado de: [https://www.aepap.org/sites/default/files/4t4.6 mindfulness en ninos y adolescentes](https://www.aepap.org/sites/default/files/4t4.6%20mindfulness%20en%20ninos%20y%20adolescentes)
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, volume 55(1), p. 68-78
- Safer, D.L., Telch, C.F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for bulimia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 158(4), 632-634.

Safran, J.D. & Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer

Sagula, D., & Rice, K.G. (2004). The effectiveness of Mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 333-341.

Santamaría, M.T., Cebolla, A., Rodríguez, P.J. & Miró, M.T. (2007). La práctica de la meditación y la atención plena: técnicas para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, volumen 17, N° 17, p. 157-176

Schonert-Reichl, K. A., Oberle, E., Lawlor, M. S., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T. F., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, volume 51(1), p. 52-66.

Recuperado de: <http://doi.org/10.1037/a0038454>

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention*. Nueva York: Guilford Press.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, volume 19(2), p. 218-229.

Recuperado de: <http://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>

- Semple, R.J., Reid, E.F.G. & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, volume 19(4), p.379-392. Recuperado de <http://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.4.379>
- Shapiro, S.L., Bootzin, R.R., Figueredo, A.J., Lopez, A.M. & Schwartz, G.E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, volume 54(1), p. 85-91.
- Shapiro, S.L., Carlson, L., Astin, J.A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical psychology*, volume 62(3), p. 373-386.
- Shapiro, D.H. (1992). A preliminary study of long term meditators: goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, volume 24(1), p.23-39.
- Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, volume 22 (1-2), p. 67-94.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain*. Norton & Company. New York. London.
- Siegel, D.J. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona, España: Paidós.
- Siegel, R.D. (2010). *La Solución Mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. (Página 73-76). Nueva York, EUA: The Guilford Press
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Singh, D.A., Winton, S.W., Singh, N.A., Singh J. (2011). Research in autism spectrum disorders, volume 5(3), p. 1103-1109.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, volumen 66/67, p.5-30
- Skinner, B.F. (1957/1981). *Conducta verbal*. México: Trillas
- Snel, E. (2013). *Tranquilos y atentos como una rana* (p. 18-22). España: Kairós.

- Soriano Ayala, E. & Franco Justo, C. (2010). Mejora de la autoestima y de la competencia emocional en adolescentes inmigrantes residentes en España a través de un programa psicoeducativo de mindfulness. *Revista de investigación educativa*, volumen 28(2), p. 297-312.
- Specia, M., Carlson, L., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622
- Sutton, S. K & Davidson, R. J., (1997). Prefrontal Brain Asymmetry: A Biological Substrate of the Behavioral Approach and Inhibition Systems. *Psychological Science*, Vol. 8, No. 3, p. 204-210.
- Surawy, C., Roberts, J., & Silver, A. (2005). The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 33, 103-109.
- Tacon, A., Caldera, Y.M., & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in women with breast cancer. *Families, Systems & Health*, Vol. 22(2), 193-203.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical psychology*, volume 68(4), p. 615-623.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V. & Williams, J.M. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, volume 10(2), p. 157-160.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based

Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volume 68(4), p.615-623.

Tébar Bueno, S., Parra Delgado, M. (2015). Practicando mindfulness con el alumnado de tercer curso de educación infantil. *Revista de la Facultad de Albacete UCLM*, N° 30-2, p. 85-97

Telch, C.F & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.

Van Den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R., & Van Den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241.

Van Den Bosch, L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M., & Van Den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27(6), 911-923.

Varni, J.W., Seid, M. y Kurtin, P.S. (2001). The PedsQLTM 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™, Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, volume 39, p. 800-812.

Viafora, D.P., Mathiesen, S.G., & Unsworth, S.J. (2014). *Teaching mindfulness to middle school students and homeless youth in school classroom.*

Verhulst, F.C. ,Koot, H.M. , & Van der Ende, J. (1994). *Valor predictivo diferencial de los informes de padres y docentes sobre conductas problemáticas de los niños: un estudio longitudinal.* *Revista de psicología infantil anormal*, volumen 22, p. 531-546.

Weijer-Bergsma, E. van de, Formsma, A. R., Bruin, E. I. de, & Bögels, S. M. (2011). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning

in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 775-787. Recuperado de: <http://doi.org/10.1007/s10826-011-9531-7>

Williams, J.M., Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces over general autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 150-155.

Wilson, K.G. & Murrell, A.R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: settings a course for behavioral treatment. In Steven C. Hayes, Victoria M. Follete & Marsha M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance* (p. 120-151). New York: Guilford Press.

Zelazo, P.D. & Lyons, K.E. (2011). Mindfulness training in childhood. *Human development*, volume 54, p. 61-65. DOI: 10.1159/00327548

Zylowska, L., Ackerman, D.L., Yang, M.H., Futrell, J.L., Horton, N.L., Hale, T.S. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder- A feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, volume 11(6), p. 737-746.