



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD.
SALUD MENTAL PÚBLICA

**Evaluación de un programa de reducción de estrés basado en la atención
plena para mujeres con enfermedades crónicas, sintomatología ansiosa
y/o depresiva en primer nivel de atención.**

Tesis

PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS

PRESENTA:
ROSALÍA PILAR BERNAL PÉREZ.

Directora de Tesis
Dra. Shoshana Berenzon Gorn
Instituto nacional de Psiquiatría RFM

Ciudad Universitaria Cd. Mx.

Noviembre 2018



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.

Índice

Resumen	(5)
Introducción	(7)
Capítulo 1. ¿Qué es el estrés? Implicaciones en la salud y su relación con los síntomas de ansiedad y depresión.	(12)
Capítulo 2. ¿Cómo se ha abordado el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva en el primer nivel de atención?	(28)
Capítulo 3. ¿En qué consiste el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena?	(42)
Capítulo 4.	(57)
Planteamiento del problema	(60)
Justificación	(62)
Pregunta de investigación	(62)
Hipótesis	(62)
Objetivo general y específicos	(62)
Capítulo 5. Método	(63)
Fase 1.	
1.1 Adaptación de la intervención.	(64)
– Materiales.	(64)
– Procedimiento:	(65)
1.2 Validación del instrumento	(68)
– Muestra.	(68)
– Participantes.	(68)
– Escenario.	(68)
– Instrumento	(68)
– Procedimiento	(69)
– Plan de análisis de resultados	(70)
1.3 Prueba piloto	(71)
– Participantes	(71)
– Escenario	(71)

- Instrumento	(72)
- Procedimiento	(72)
Fase 2. Prueba de efectividad de la intervención	(74)
- Muestra.	(74)
- Participantes.	(74)
- Escenario.	(75)
- Distribución de la muestra	(77)
- Variables	(78)
- Instrumentos.	(80)
- Procedimiento.	(82)
- Consideraciones éticas	(84)
Capítulo 6. Resultados	(85)
Resultados de la fase 1	(85)
Resultados de la fase 2	(96)
Capítulo 7. Discusión	(109)
- Limitaciones	(117)
- Sugerencias	(117)
- Conclusiones	(118)
Referencias	(120)
Anexos	(132)
1. Instrumento MAAS.	(133)
2. Características principales de las ocho sesiones del programa	(134)
3. Aprobación del Comité de ética	(135)
4. Consentimiento informado	(136)
5. Transcripción de las grabaciones	(139)
6. Manual del usuario.	(148)
7. Manual del terapeuta.	(149)
8. Cuestionario de opinión.	(178)

Índice de tablas

Tabla 1. Definición conceptual de variables	(79)
Tabla 2. Definición operacional de variables	(80)
Tabla 3. Estructura factorial del <i>Mindfulness Attention and Awareness Scale</i> (MAAS)	(88)
Tabla 4. Estadísticos de la bondad de ajuste para los dos modelos del AFC	(91)
Tabla 5. Encuesta de opinión del contenido de las sesiones	(92)
Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra (fase 2).	(97)
Tabla 7. El estrés percibido como predictor de los síntomas ansiosos y depresivos en el grupo control.	(98)
Tabla 8. El estrés percibido como predictor de los síntomas ansiosos y depresivos en el grupo experimental.	(99)
Tabla 9. Comparación de los puntajes obtenidos en las variables dependientes entre el grupo control y el grupo experimental al inicio de la intervención (PRE).	(100)
Tabla 10. Comparación entre grupos de las variables dependientes de acuerdo al nivel de sintomatología presente al inicio de la intervención (PRE).	(101)
Tabla 11. Comparación de los puntajes iniciales (PRE) y finales (POST) de las variables dependientes entre el grupo control y experimental.	(103)
Tabla 12. Comparación entre la media de los puntajes de cada variable antes y después de la intervención en el grupo experimental.	(105)
Tabla 13. Tamaño del efecto en la variables dependientes con la <i>d</i> de Cohen y la su valor como correlación.	(107)

Resumen

Se evaluó la factibilidad y efectividad de una intervención basada en la atención plena para disminuir sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres con enfermedades crónicas que acudieron a centros de salud del primer nivel de la Ciudad de México. Se seleccionó una muestra de 50 mujeres de dos centros de salud. La intervención consistió en un entrenamiento para el desarrollo de la atención plena cuyo objetivo fue dotar a las personas de recursos y elementos que les permitieran hacer conscientes patrones de reactividad al estrés y síntomas relacionados. Fue una intervención de formato grupal, con una duración de hora y media por sesión y se trabajó una sesión cada dos semanas. La intervención incluyó meditaciones guiadas, centradas en las sensaciones corporales, las emociones y los pensamientos; así como ejercicios suaves de yoga que les permitiera un mayor contacto con el cuerpo y sus sensaciones. Se revisaron temas como el estrés y sus consecuencias en la salud, patrones aflictivos de pensamiento y la importancia de una mirada compasiva hacia uno mismo.

El estudio se dividió en dos fases. La primera correspondió a la adaptación y prueba piloto de la intervención; se analizaron los contenidos, materiales e instrumentos que conforman la misma. Lo anterior se llevó a cabo tanto con usuarios de los servicios de primer nivel como con expertos en el tema. La segunda fase consistió en la evaluación de la efectividad de la intervención, en donde se midieron las variables del estrés percibido, la sintomatología ansiosa y depresiva y la atención plena.

En la primera fase participaron mujeres pertenecientes a un grupo de que asistían a los centros para realizar actividades físicas y recreativas como parte de su tratamiento médico. Se les presentó el material de la intervención, se trabajó algunos contenidos de las sesiones, y a través de cuestionarios de opinión, se evaluó la comprensión, viabilidad y usabilidad del contenido y el lenguaje. También se aplicó y se validó el instrumento para medir la atención plena (*Mindful Awareness and Attention Scale*).

Para la segunda fase, se obtuvo una muestra por conveniencia y se conformaron 2 grupos:

- 1) El grupo experimental de mujeres con alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión

u obesidad) que acudían de manera regular a los centros de salud y 2) el grupo control se conformó con mujeres de población general que acudían al centro por algún motivo de salud. En el grupo experimental, se evaluaron a las participantes antes y después de la intervención con los siguientes instrumentos: 1) Escala de percepción al estrés, 2) *Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS* y 3) *Mindful Attention and Awareness Scale-MAAS*. En el caso del grupo control se hizo la misma medición, pero sin haber recibido la intervención.

En la primera fase se logró una versión adaptada y factible de la intervención. Se obtuvo un contenido comprensible, viable y útil, así como un instrumento válido y confiable para la muestra del estudio.

Los resultados de la segunda fase mostraron diferencias al interior del grupo experimental. Se observó una disminución estadísticamente significativa en los niveles de estrés (de $X=23.3$ a $X=22.75$), la sintomatología ansiosa (de $X=10.3$ a $X=7.9$), la sintomatología depresiva (de $X=7.5$ a $X=6.2$) y un aumento en la atención plena (de $X=46.7$ a $X=54.2$). Sin embargo, no se observaron diferencias en la comparación entre el grupo control y el experimental.

Conclusión. Se obtuvo una intervención factible y efectiva para el primer nivel de atención, resultando un recurso útil para disminuir el estrés, la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres mexicanas con enfermedades crónicas.

Introducción

El estrés psicológico se ha relacionado de manera estrecha con la manifestación de síntomas de ansiedad y depresión, ya sea de manera causal, bidireccional o como factor de riesgo. Y también se ha demostrado su relación con la manifestación de enfermedad física y mental (Sapolski, 1998). Dentro de esta relación, se mencionan la participación de factores neuroinmunológicos, psicológicos, individuales, etc. De manera que sí el estrés no se maneja de manera adecuada, esto puede llevar a un malestar importante en la persona, quien no lo nota, sino hasta que dichos estragos son evidentes.

De acuerdo con el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1991), se define al estrés psicológico como: *Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar* (pp.43). Con base en dicha definición, se considera que una vez que la persona percibe o evalúa una situación como amenazante, se activarán una serie de reacciones fisiológicas y psicológicas para hacer frente ante dicha amenaza. Y esto es totalmente natural cuando la amenaza es real, es decir cuando hay un peligro inminente que atenta contra el bienestar del individuo. El problema surge cuando esta respuesta de amenaza se generaliza a gran parte de las circunstancias de vida, sin que esté presente un peligro real. Las personas, entonces, comienza a reaccionar y activar la respuesta al estrés de manera indiscriminada hacia cualquier cosa que evalúen como amenazante. El organismo, con todos sus componentes, estará listo para reaccionar, de manera que este estado constante de alerta termina por generar un desgaste físico y mental, y un desequilibrio de todos los sistemas del organismo (Sapolsky, 1998).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008), un tercio de las personas que asisten a una cita médica al primer nivel de atención¹, presentan síntomas somáticos

¹ El primer nivel es el más cercano a la población. Organiza los recursos que resuelven las necesidades de atención básicas y más frecuentes, a través de actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de

medicamente inexplicables. De esta proporción, aproximadamente en el 15% de los casos se ha asociado como causa subyacente al estrés crónico. Las personas que llegan a solicitar la atención presentan síntomas medicamente inespecíficos, tales como: mareos, pesadez en el cuerpo, fatiga, hundimiento en el pecho, ‘nervios’, sensación de calor en la cabeza, entre otros (Prince, 2007).

Estudios realizados en centros de primer nivel de atención, muestran que, además de la presencia de síntomas somáticos inespecíficos, también existe una alta prevalencia de personas que presentan síntomas de ansiedad y depresión que no tienen ni la duración ni la intensidad suficiente que establecen los criterios oficiales para los trastornos psiquiátricos mayores (Barlow y Campbell, 2000; Prins, Verhaak, Meer, Penninx y Bensing, 2011; Barkow, Heun, Üstün, Berger, Bermejo, Gaebel, Härter, Schneider, Stieglitz y Mair, 2004; Waikar y Craske, 1997). Si estos pacientes no reciben una atención oportuna, pueden llegar a presentar una discapacidad funcional significativa; así como un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad o depresión a lo largo del tiempo (Roy-Byrne, Katon, Broadhead, Lepine, Richards, Brantley, Russo, Zinbarg, Barlow y Liebowitz, 1994; Barlow y Campbell, 2000; Bojorquez, Villalobos, Manrique, Tellez, y Salinas, 2009).

Según estudios internacionales, la prevalencia de la sintomatología ansiosa en la población que asiste al primer nivel de atención, se estima entre un 10% y un 30% (Sansone, Hendricks, Gaither y Reddington, 2004; Stein, Kirk, Prabhu, Grott, y Terepa, 1995; Rucci, Gherardi, Tansella, Piccinelli, Berardi, Bisoffi, Corsino y Pini, 2003). En el caso de la sintomatología depresiva, la prevalencia se ubica entre un 10% y un 35% (Sansone y cols., 2004; Bojorquez y cols., 2009).

Al considerar la relación entre el estrés psicológico y la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, surge el interés de brindar herramientas y recursos psicológicos que les

entrada y el primer contacto al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz (Vignolo y cols. 2011).

permitan a las personas generar respuestas más adecuadas y eficaces ante situaciones cotidianas de estrés, de manera que se evite la severidad del padecimiento.

Dado que el primer nivel de atención se ha definido como la puerta de entrada al sistema asistencial, con mayor cobertura y menor complejidad (Saldivia, Vicente, Kohn y Levav, 2005); en algunos países, se ha convertido en uno de los principales escenarios para tratar síntomas de ansiedad y depresión. Entre otras razones porque es ahí en donde se detectan una serie de problemáticas de salud en el paciente, que están altamente vinculadas con malestar emocional. Lo que, a su vez, representa la posibilidad de detectar e intervenir oportunamente en dicha problemática.

La reducción del estrés se ha abordado desde distintos enfoques terapéuticos, tales como la terapia cognitivo-conductual, inoculación del estrés, desensibilización sistemática, entre otros. Aunque estos abordajes pueden diferir en sus planteamientos teóricos, con frecuencia comparten los mismos procedimientos. Se han obtenido buenos resultados con estos abordajes terapéuticos (Lazarus y Folkman, 1991). Sin embargo, también presentan limitaciones que conviene mencionar: estas intervenciones, en su mayoría, se realizan en instituciones especializadas, lo que restringe su acceso; se dirigen a padecimientos específicos en donde ya existe una complicación importante de la enfermedad física, o bien, requieren de personal especializado o profesionales de la salud con determinado entrenamiento para llevarse a cabo.

Existen otras propuestas de atención más accesibles, que se enfocan en fortalecer recursos personales a fin de que las personas incrementen su bienestar sin necesidad de una instrumentación complicada ni costosa. Entre estas intervenciones se encuentra el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena, que ha cobrado fuerza en los últimos años, debido a sus buenos resultados en diversos escenarios.

Esta aproximación derivada del Budismo se centra en el desarrollo de la atención como habilidad psicológica (Hervás y cols., 2016). Busca reducir el estrés a partir de modificar las reacciones automáticas que surgen como consecuencia de una mente reactiva y

condicionada a lo largo de la vida. Es decir, la persona no es consciente de que sus reacciones son automáticas y provienen de la forma en cómo percibe las cosas a su alrededor (Dermazo, Montero-Marin, Cuijpers, Zabaleta, Mahtani, Vellinga, Vicens, López-del-Hoyo y. García-Campayo, 2015).

Sí está percepción constantemente es catastrófica y amenazante, la respuesta será ineficaz. La persona experimentará entonces insatisfacción y malestar, pues tendrá la sensación de que aunque se esfuerza, no logra resolver la situación, lo cual puede generar un torbellino emocional que se complica cada vez más.

La propuesta de la intervención basada en la atención plena es hacer consciencia de dicha percepción y reevaluar la situación. Busca generar formas más eficaces de respuesta fomentando bienestar en la persona y un mejor manejo de las situaciones que vive día a día. Desde esta perspectiva, es importante intervenir en etapas iniciales del malestar emocional, pues eso permitirá enfocarse más en promover la salud mental que en curar una patología ya identificada.

Con base en lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue adaptar y evaluar una intervención de Reducción de Estrés basada en la Atención Plena. La intervención ya ha sido ampliamente aplicada y probada en distintos países, principalmente en Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y España. Un número importante de estudios hablan de su eficacia y efectividad en diversos contextos clínicos, logrando un aumento en el bienestar emocional y en el autocuidado así como una mejoría en la auto-regulación (Kabat-Zinn y cols. 1992; Tiefenthaler y Grossman, 2002; Davidson y cols., 2003; Teasdale y cols. 2008; Vetesse y cols., 2009; Goldin y cols., 2009; Ong y Sholtes, 2010). A lo largo de este trabajo se presentan los elementos teóricos que sustentan la investigación, los métodos utilizados y los resultados obtenidos.

El documento de la tesis está estructurado en siete capítulos. En el capítulo uno se presenta los aspectos teóricos del estrés psicológico; destaca el Modelo Transaccional de Lazarus y

Folkman (Lazarus y Folkman, 1991). Asimismo, se analiza la asociación entre el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión.

En el capítulo dos se abordan los principales tratamientos dirigidos a la reducción del estrés; se discuten sus alcances y limitaciones. También se analizan las ventajas de atender esta problemática en el primer nivel. En el capítulo 3 se plantean los supuestos teóricos del Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena. En los siguientes apartados se describen el método de la investigación, los resultados del proyecto y se discuten los alcances del mismo.

Capítulo 1.

¿Qué es el estrés? Implicaciones en la salud y su relación con los síntomas de ansiedad y depresión.

Hablar en estos tiempos de estrés es parecido a hablar del tránsito vehicular: Todos lo padecemos y no parece haber solución al problema. Ha sido tal la incorporación del término al lenguaje cotidiano que se ha trivializado el papel del estrés en la vida de las personas. Pero veamos por qué el estrés puede ser menos inofensivo de lo que parece. En este capítulo se abordarán los conceptos principales y aquellos que serán empleados a lo largo del presente estudio.

Sí bien existen diferentes definiciones de estrés según el área de estudio, el presente trabajo se apoya principalmente en la definición del estrés psicológico derivada del Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1984), esto se debe a que los conceptos de dicho modelo son acordes con los empleados en el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena, componente central de este estudio.

El término estrés fue utilizado en el siglo XIV para denotar propiedades tales como dureza, tensión, adversidad o aflicción. Pero fue hasta 1936 cuando el médico y fisiólogo Hans Selye utilizó el término para definir un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluidas las psicológicas), reacción que denominó Síndrome General de Adaptación.

Con base en una serie de estudios acerca de la reacción en animales cuando sufrían algún tipo de lesión o eran colocados bajo condiciones adversas, Selye definió al estrés como ‘la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda o presión’ (Csermely, 1998). Es decir, el organismo es objeto de una respuesta fisiológica generalizada en sus esfuerzos por adaptarse a las demandas y presiones que experimenta. Selye llegó a la conclusión de que las personas podían enfermar por la utilización de intentos fallidos de adaptarse a las condiciones estresantes.

A partir de este trabajo, se generó un interés importante acerca del tema, ya no sólo desde la perspectiva de la fisiología, sino que se fue expandiendo hacia otros campos, como el de la psicología. Pero a la par del interés que provocó la aparición del término estrés, se generaron también una serie de posturas teóricas y empíricas al respecto. Una de las primeras cosas que había que precisar era si el estrés debía ser considerado como un estímulo o como una respuesta (Lazarus y Folkman, 1991).

En el campo de la psicología se ha estudiado más como estímulo, lo que Selye (1956) denominó como estresor, mientras que, para la biología y la medicina, el estrés se considera como una respuesta del organismo. Sin embargo, es más adecuado y útil definir el estrés desde un punto de vista relacional o transaccional, es decir, pensar en el estrés como una relación entre organismo-ambiente. Una persona experimenta estrés no sólo como resultado de estímulos estresantes en su ambiente, sino como resultado de ser sensible a la acción de dichos estímulos estresantes (Lazarus y Folkman, 1991). Entonces, es la relación que la persona establece con su ambiente lo que determina la manera en que experimentará el estrés (Kabat-Zinn, 2011).

El estrés por sí mismo no es suficiente para causar enfermedad, sino que para que esto suceda, habrán de darse otro tipo de condiciones y vulnerabilidades, mismas que se abordarán más adelante. Esta definición relacional se vincula con la definición de estrés psicológico referida por Lazarus y Folkman (1984): *El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (pp. 43).*

La reacción que se tiene frente al estrés involucra la totalidad del organismo, en cuerpo y mente. Esto incluye todos los sistemas constituidos por los órganos (sistema nervioso, cardiovascular, musculoesquelético, inmunológico, digestivo, etc.), además de las características psicológicas, tales como: percepciones, creencias, pensamientos, sensaciones, temperamento, carga genética, etc. (Kabat-Zinn, 2011).

La situación estresante se asocia con una elevada carga emocional, que, a su vez, activa en automático una reacción de alarma. La reacción ante la alarma constituye la forma que

tiene el cuerpo de prepararse para la acción defensiva o agresiva. Estas reacciones pueden servir en situaciones amenazantes reales, para proteger, mantener o recuperar el control.

Cuando las personas se sienten amenazadas, la reacción de huir o luchar se presenta de forma instantánea y automática, originando un estado de hiper-excitación fisiológica y psicológica que se caracteriza por una gran tensión muscular e intensas emociones, que pueden ir desde el terror, el miedo, la intranquilidad hasta la ira (Sapolsky 1998; Barlow, 2000). A continuación se describen las respuestas principales del organismo ante la presencia de estrés: La respuesta fisiológica y la psicológica.

Respuesta fisiológica ante el estrés.

La respuesta del organismo ante una situación que se percibe como amenaza se genera en el sistema nervioso central a través del sistema nervioso periférico. El conjunto de nervios que lleva información a los órganos y que funciona por sí mismo, recibe el nombre de sistema nervioso autónomo. Este sistema es muy importante debido a que es el que controla las funciones vitales tales como: la actividad cardíaca, la respiración, la temperatura corporal, etc. El sistema nervioso autónomo se divide en sistema simpático y parasimpático (Sapolsky, 1998; Csermely, 1998; Barrera y cols. 2013).

En el caso del estrés, la reacción de huir o luchar que se desencadena, implica una rapidísima descarga del sistema nervioso autónomo y la liberación de hormonas del estrés. Concretamente, se produce una activación del sistema simpático, cuya función es la de acelerar las respuestas del organismo. La otra parte, conocida como sistema parasimpático, actúa como freno, y su función es la de calmar y ralentizar las reacciones (Kabat- Zinn, 2011; Barrera y cols. 2013).

El hipotálamo regula la actividad de ambas partes (sistema simpático y parasimpático). Es una glándula que forma parte del sistema límbico también conocido como *el asiento de las emociones*. A través del hipotálamo, el sistema límbico se conecta tanto con el sistema nervioso autónomo como con el sistema endócrino y el musculoesquelético. Estas vías

interconectadas permiten que las emociones y los sistemas orgánicos respondan a los acontecimientos externos de una forma coordinada e integrada (Kabat- Zinn, 2011).

El sistema límbico es responsable de la regulación de los estados internos del cuerpo y de las emociones e impulsos. Constituye uno de los centros más importantes de los mecanismos biológicos reguladores. Cuando el sistema nervioso simpático se activa a través de la estimulación de zonas concretas del hipotálamo, el resultado es una enorme descarga de señales nerviosas que influyen en el funcionamiento de todos los sistemas orgánicos del cuerpo. Lo hace de dos formas: 1) Genera conexiones directas y físicas de neuronas a todos los órganos internos y 2) Produce secreciones de hormonas y neuropéptidos en el flujo sanguíneo (principalmente norepinefrina y glucocorticoides). Esas hormonas y neuropéptidos son mensajeros químicos que se trasladan por todo el cuerpo para transmitir información y desencadenar respuestas específicas de diferentes grupos y tejidos celulares (Vissoci y cols. 2004; Kabat- Zinn, 2011).

Algunas de esas hormonas mensajeras son liberadas como parte de la reacción de huir o luchar. Por ejemplo, la epinefrina y la norepinefrina son liberadas en la corriente sanguínea por la médula adrenal. Cuando las glándulas adrenales se ven estimuladas, a través de las vías del nervio simpático, por señales del hipotálamo, esas hormonas proporcionan la sensación de mayor fuerza en situaciones de emergencias, denominadas ‘reacción al estrés’. Además, la glándula pituitaria del cerebro se ve también estimulada cuando la persona está estresada. Desencadena la liberación de otras hormonas que también forman parte de la reacción al estrés (Sapolsky 1998; Kabat-Zinn, 2011).

La reacción de huir o luchar es un mecanismo evolutivo que permite aumentar las posibilidades de supervivencias de cualquier animal en un entorno peligroso o amenazante. Lo mismo ocurre con el ser humano. Estas reacciones le ayudan a sobrevivir cuando se encuentra en situaciones en las que la vida se ve amenazada, de modo que, es útil contar con esta capacidad vital (Barlow, 2000; Kabat-Zinn, 2011).

Respuesta psicológica ante el estrés.

De acuerdo con el Modelo Transaccional del Estrés (Lazarus y Folkman, 1991), se afirma que lo que realmente importa en el estrés es la *situación psicológica* resultante entre la interacción del entorno y los factores del individuo. Esto quiere decir que la situación por sí misma no es peligrosa, sino que en la medida en que la persona la perciba como tal, y que evalúe que sus recursos adaptativos están amenazados o desbordados; se producirá la respuesta psicológica al estrés. Se habla, entonces, de que deben existir tanto condiciones externas como internas para que la respuesta al estrés tenga lugar. El modelo reconoce que dicha respuesta dependerá de factores individuales como las características personales, las experiencias previas, las historias de vida, etc. Factores que, a su vez, atraviesan y condicionan un elemento determinante en la respuesta al estrés: La percepción e interpretación de la situación. El modelo tiene dos conceptos centrales que lo sustentan: la apreciación cognitiva y los mecanismos de afrontamiento.

Apreciación cognitiva

La apreciación cognitiva se define, según Lazarus y Folkman (1991), como *un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo* (pp.56). Se considera un mediador cognitivo de la reacción al estrés. Es un proceso universal a través del cual las personas evalúan constantemente el significado de lo que sucede en relación con su bienestar personal (González y Landero, 2007). Dicha evaluación se basa en la interpretación subjetiva del acontecimiento, por lo que se considera que es de naturaleza fenomenológica.

‘El hombre no se ve distorsionado por los acontecimientos sino por la visión que de ellos tiene’ (Epícteto. En el Enquiridión, 1979).

De aquí la importancia que se otorga en el estudio del estrés a cualquier acontecimiento en el que la persona sienta que sus recursos adaptativos son amenazados o sobrepasados, pues ello determinará la aparición de estrés (Lazarus y Folkman, 1991). Es decir, más que hablar

de hechos estresantes que provocan descontrol, se habla de la importancia que tiene la manera en cómo se percibe y maneja dicha situación.

Dentro de la apreciación cognitiva existen dos aspectos básicos a evaluar a) ¿qué es lo perjudicial o benéfico para la persona y cómo le afecta? y b) ¿Qué se puede hacer al respecto? Al primer aspecto se le llama evaluación primaria. En la evaluación primaria la persona pueda evaluar la situación como: 1) irrelevante (no le afectan las posibles consecuencias), 2) benignas/positivas (le generan emociones placenteras) y 3) estresante, es decir, que las consecuencias implican daño/pérdida, amenaza o reto. Este último le permite a la persona anticipar las dificultades y poder manejarlas a su beneficio (Folkman, 1984; Lazarus y Folkman, 1991).

La apreciación cognitiva secundaria tiene que ver con la evaluación de los recursos, los tipos de afrontamiento y el grado de control que la persona perciba tener para hacer frente a la demanda. El papel del control es importante porque el control de sí mismo, de las emociones y de las condiciones del entorno, determinará la acción a poner en marcha para hacer frente a la situación. Este componente es esencial para disminuir el grado de estrés percibido y experimentado (Sapolski, 1998). Ambos tipos de apreciaciones interactúan entre sí para determinar el grado, calidad e intensidad del estrés (Lazarus y Folkman, 1991).

Mecanismos de Afrontamiento al estrés.

Con base en la apreciación cognitiva, las personas emplean distintas estrategias para hacer frente al estrés que viven. Tales estrategias reciben el nombre de afrontamiento, definido por Lazarus y Folkman como *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (pp. 164). El afrontamiento requiere la movilización y excluye a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzos. Es decir, requiere de aprender a manejar la situación según se experimente.

El afrontamiento no sólo comprende la resolución del problema, sino que tiene otras funciones, tales como establecer una estrategia y el efecto que dicha estrategia tiene en la

situación que vive la persona. Por ejemplo, mientras que alguien puede considerar la evitación como estrategia para una situación que le genera estrés, el resultado puede no ser necesariamente el que la persona espera, pues quizás la evitación solamente prolongue e incremente la tensión experimentada en un momento determinado.

La manera en que la persona afronte la situación dependerá de los recursos de los que disponga y de las limitaciones para hacerlo. Entre mayor sea la disponibilidad de los recursos, mejor podrá resolver la situación. Los recursos yacen en la persona misma, ya sean como medios materiales (trabajo, dinero, educación, etc.), o como vías para gestionar dichos medios. Entre los principales recursos de afrontamiento se encuentran la salud, las creencias positivas, las habilidades sociales, el apoyo social, recursos materiales (Lazarus y Folkman, 1991). Todos ellos influyen en la manera en que la persona se siente capaz de manejar la situación que le genera estrés. Para un estudio a mayor detalle en el tema del afrontamiento, se pueden consultar otras fuentes.²

Además del afrontamiento existen otros factores que se han asociado con la respuesta al estrés. Sapolsky (1998) menciona varios estudios que se han llevado a cabo, tanto en animales como en humanos, que han demostrado la influencia de factores como la predictibilidad y el control sobre la generación de estrés.

Los resultados revelaron que mientras los sujetos percibían tener cierto grado de control o alternativas ante la situación estresante (por ejemplo, la alternativa de poder escapar de un shock eléctrico como resultado del aprendizaje ante un estímulo constante en el caso de ratas de laboratorio; o una situación hipotética de poder prever consecuencias negativas, en el caso de las personas), su respuesta de estrés era de menor intensidad. Es decir, aunque supieran que no podían escapar de la situación, el hecho de saber que podían hacer algo al respecto, disminuía la respuesta al estrés. Por el contrario, si había una percepción de total pérdida de control o incapacidad de predecir lo que sucedería, la respuesta al estrés

² Para mayor detalle consultar a Lazarus y Folkman en: *Estrés y Procesos Cognitivos* (1991). Ahí se encuentran la explicación de afrontamiento como proceso y la clasificación de acuerdo con su función.

aumentaba. Dichas respuestas se midieron a través de los niveles de cortisol y la frecuencia cardiaca.

Como se verá más adelante, una percepción de deficiencia en ambas variables: el sentido de control y la predictibilidad, están fuertemente asociadas con la presencia de ansiedad y sus diferentes manifestaciones (Barlow, 2000).

El problema con el estrés, entonces, no es sólo que se perciba amenaza donde no existe y se generalice esa percepción a otros contextos; el problema mayor es que las personas no se dan cuenta de cuán reactivas, automáticas e ineficaces son sus respuestas al estrés. Sólo se dan cuenta de ello cuando el problema ya presenta consecuencias visibles, por ejemplo, en la salud, ya sea física o mental. O cuando aparece un malestar inespecífico y constante que la persona no sabe con exactitud a qué atribuir. Ante esta evaluación de estrés, el cuerpo y la mente están la mayor parte del tiempo preparados para atacar, huir o paralizarse, pero sin lograrlo la mayoría de las veces, pues el peligro no es real.

Efectos adversos del estrés

Como se mencionó al inicio del capítulo, el organismo cuenta con mecanismos naturales y evolutivos para hacer frente a las situaciones propias de la vida que pueden generar estrés. El cuerpo, de manera natural, sabe qué hacer, y lo hace. El problema surge cuando se presentan dos condiciones: La primera cuando los patrones reactivos de respuesta toman el control de la situación y como consecuencia se generan mecanismos de afrontamiento inadecuados a la situación. La segunda surge cuando la persona tiene una percepción de amenaza constante, lo que le lleva a un estado de estrés permanente que difícilmente puede ser liberado.

Patrones reactivos de respuesta.

Los patrones reactivos de respuesta se refieren a esos hábitos de pensamiento y conducta automáticos que después de llevar toda una vida utilizándolos, son muy difíciles de notar a simple vista. La persona no se da cuenta de lo ineficaz que resulta reaccionar una y otra vez

de la misma manera, sólo lo nota cuando experimenta las consecuencias negativas de dicha reacción. Por consecuencias negativas se refieren a que son inadecuadas a la situación, no resuelve el problema en la persona se genera un sensación de malestar.

La manifestación de estos patrones es lo que Kabat Zinn (2011) denomina afrontamientos inadecuados. Por *inadecuado* hace referencia a que es *insano y generador de estrés*.

Los afrontamientos inadecuados a los que se refiere el autor, consisten en una serie de estrategias que aparentemente ayudan a hacer frente al estrés, pero que, en realidad, solo lo incrementan creando una especie de círculo vicioso: Estrés, enfrentamientos inadecuados, mayor generación de estrés, etc. Estos afrontamientos van desde la negación, la evitación, hasta la inacción.

La negación tiene que ver con resistirse a aceptar que se está estresado, negar las consecuencias de ese hecho, o bien, negar las emociones que genera el estrés. Emociones tales como enojo, tristeza, desesperación, angustia, ira, entre otras.

Otra forma inadecuada de afrontamiento es la evitación, la cual puede adoptar varias manifestaciones. Una de ellas puede ser, involucrarse demasiado en otras actividades, de manera que, al estar constantemente ocupado, se logre evadir la insatisfacción y el descontento provocado en alguna área de la vida. El consumo de sustancias químicas puede ser otra forma de evitación. El consumo de alcohol, tabaco, drogas e incluso de azúcar en exceso, pueden ser maneras de aliviar el malestar generado por el estrés, donde el impulso de consumir proviene, justamente, del intenso deseo de sentirse mejor (Kabat-Zinn, 2011).

Sin embargo, tarde o temprano, tales intentos resultan fallidos e ineficaces, la persona cae en un círculo vicioso, pues la ‘solución’ se vuelve parte del problema. Es aquí donde se presenta la segunda condición bajo la cual el estrés se vuelve adverso: Una percepción de amenaza constante, la respuesta al estrés se generaliza y se acumula, el cuerpo ha entrado ya en un constante estado amenaza e hiper-excitación, esto es, está listo fisiológicamente para atacar, huir o paralizarse ante la percepción de amenaza, este estado puede convertirse en un modo permanente de vida. Las personas pueden reportar estar siempre tensas y nerviosas. Se observa tensión muscular crónica en hombros, rostro, frente, mandíbula,

manos, etc.; con frecuencia aumenta el ritmo cardiaco. Se puede llegar a sentir temblores internos, cosquilleo en el estómago, palpitaciones, taquicardias y sudoración de manos constantemente. La necesidad de huir puede sobrevenir con frecuencia, al igual que las explosiones de ira o el impulso irresistible a involucrarse en peleas y discusiones todo el tiempo. Estas reacciones a situaciones estresantes no necesariamente obedecen a situaciones amenazantes reales, es decir, la persona reacciona a un pensamiento o a una idea, pero la reacción fisiológica es la misma que si fuera una amenaza física. Esto sucede porque la mente no discrimina entre una amenaza real y una imaginaria, la percepción de peligro es la misma (Kabat-Zinn, 2011). El cuerpo al reaccionar indiscriminadamente y de forma silenciosa, genera problemas en sus distintos sistemas (sistema nervioso, inmunológico, cardiovascular, digestivo, etc.), de manera que se vulnera a la presencia de enfermedad.

Como se verá más adelante (capítulo 3), el papel de la atención plena es fomentar que la persona se dé cuenta de sus reacciones automáticas (de pensamientos, emoción y conducta), lo que le permitirá disminuir la reactividad y así generar respuestas más eficaces que le proporcionen bienestar y una mejor gestión de la situación. De esta manera se reducirá la frecuencia e intensidad del estrés y la sintomatología asociada.

Relación entre el estrés y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión ¿Por qué abordarlos juntas?

El estrés, al mantenerse de manera sostenida y prolongada, provoca dificultades en la salud física y también lo hace en la salud mental de las personas. Diversos estudios muestran una fuerte asociación entre estrés y síntomas de ansiedad y depresión (Zinbarg y cols. 1992; Barlow y Campbell, 2000; Goessl y cols., 2017).

No existe una sola postura acerca de cómo es que se da esta asociación, por un lado, existen estudios que afirman que es una relación unidireccional del estrés hacia la ansiedad y la depresión (Liu y Alloy, 2010), otros que afirman que es una relación recíproca entre el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva (Wingate y Otamendi, 2005), y otros en los que se considera que la ansiedad y, concretamente, la depresión son generadores de estrés (Judah y cols. 2013). Existen modelos que dan cuenta del efecto mediador o moderador de

la relación de estrés y depresión incluyendo la diátesis biológica-cognitiva e interpersonal (Levinson, 2006; Beck, 1987; Van Order y cols. 2005). Cualquiera que sea el caso, se ha demostrado que la relación entre estrés ansiedad y depresión, existe (Sapolsky, 1998; Vissoci y cols., 2004; Liu y Alloy, 2010).

La relación entre el estrés y el riesgo de deprimirse se ha demostrado tanto para episodios de estrés agudo como crónico (Kendler y cols., 1998; Hammen y cols., 2009). Se ha hallado relación entre la presencia de eventos estresantes con el primer episodio de depresión (Lewinsohn y cols., 1999), con recaídas y con su recurrencia (Stroud y cols., 2008), así como con una exacerbación de los síntomas depresivos. Además Monroe y Harkness (2005) mencionan que la generación de estrés, en cierto grado, contribuye, al curso de depresión crónica.

La vulnerabilidad cognitiva contribuye de forma importante a la asociación entre estrés y síntomas de ansiedad y depresión, también se relaciona con estilos negativos de pensamiento, autocrítica y tendencia a la rumiación, cuya presencia predice un incremento en la generación de síntomas de ansiedad y depresión (Shahar y cols. 2004; Kercher y Rapee, 2009).

En otro estudio, realizado por Nemeroff y cols. (1999) para conocer la respuesta fisiológica del estrés, encontraron que personas expuestas a situaciones en donde no tuvieron control y predictibilidad sobre los estresores, presentaron alteraciones de funciones y respuestas neurobiológicas (del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical) subyacentes a la presencia de ansiedad, depresión y reacciones de alarma.

La relación entre estrés y los síntomas de ansiedad y depresión, puede ser atribuida a varios factores: factores genéticos (Barlow, 2000), factores biológicos (Sapolski, 1995; Vissoci y cols., 2004), de personalidad (Lacobello y cols., 2007), entre otros. La literatura muestra una cantidad importante de artículos que documentan la relación entre el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión desde la inmunología³, y más concretamente desde la

³ En caso que sea de interés, se pueden consultar la siguiente fuente: Segerstrom y Miller, (2004) Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull* 130 (4).

psiconeuroinmunología⁴ (Visser y cols. 2004). Cada campo de estudio aporta factores de distinta naturaleza para explicar la asociación entre el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva. Para el presente estudio, se consideró dicha asociación a partir de las manifestaciones clínicas y los malestares asociados que presenten las personas que acuden al primer nivel de atención de la Ciudad de México.

La literatura reporta una asociación muy estrecha entre estrés, ansiedad y depresión. Esta asociación puede confirmarse desde el punto de vista estadístico, clínico y teórico (Olf, 1999; Visser y cols., 2004; Liu y Alloy, 2010; Rooij y cols., 2010; O'Connor y cols., 2010; Alves y cols. 2011; Judah y cols., 2013). Algunos estudios mencionan, incluso, un orden de temporalidad en cuanto a su aparición y manifestaciones clínicas. Existen modelos que dan cuenta del efecto mediador o moderador de la relación de estrés y depresión incluyendo la diátesis biológica-cognitiva e interpersonal (Levinson, 2006; Beck, 1987; Van Order y cols. 2005).

La manifestación de estas sintomatologías puede afectar el funcionamiento general de las personas dependiendo del nivel en el que se presenten, tales manifestaciones pueden ser: insomnio, malestares inespecíficos, dolores de cabeza, falta de motivación, cansancio frecuente, preocupaciones constantes, etc. No obstante, estos síntomas pueden no ser muy evidentes para quienes la padecen, pues podrían ser parte de alguna enfermedad física, o bien, haberse normalizado en el cotidiano por no presentar consecuencias severas (Mikaliūkštienė y cols. 2014; Scott y cols., 2009). Esta situación provoca que las personas, generalmente, no soliciten ayuda o atención para estas problemáticas porque no se perciben como un problema o enfermedad claramente.

Sin embargo, en la literatura internacional se menciona que los síntomas de ansiedad y depresión se encuentran entre los que tienen una mayor prevalencia en el primer nivel de atención (Sansone y cols. 2004; Stein y cols. 1995; Rucci y cols. 2003). Estudios recientes,

4 La psiconeuroinmunología estudia la interacción entre los procesos psíquicos, el Sistema Nervioso, el Sistema Inmune y el Sistema Endocrino del cuerpo humano. Trabaja desde una perspectiva interdisciplinaria aglutinando diversas ramas relacionadas con la salud.

realizados tanto en población general como en población clínica, muestran que existe una alta prevalencia de individuos que presentan síntomas de ansiedad y depresión que no tienen ni la duración ni la intensidad suficiente que establecen los criterios oficiales para los trastornos psiquiátricos mayores (Barlow y Campbell, 2000., Prins y cols., 2011; Barkow y cols., 2004; Waikar y Craske, 1997). Los resultados sugieren que quienes presentan estos síntomas padecen una discapacidad funcional significativa, así como una alta tasa de utilización de servicios médicos (Roy-Byrne y cols., 1994; Bojorquez y cols., 2009; Barlow y Campbell, 2000). Se considera que estas personas se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar trastornos afectivos o de ansiedad a través del tiempo (Roy-Byrne y cols., 1994; Bojorquez y cols., 2009; Colman y cols. 2004).

La prevalencia para ambos tipos de sintomatología oscila entre un 20% y un 35% (Bojorquez y cols., 2009; Familiar y cols., 2011). Es frecuente que quienes presentan estas condiciones acudan en busca de ayuda al primer nivel de atención para los síntomas físicos que presentan. Estas sensaciones pueden causar una angustia emocional o estrés, así como una significativa discapacidad funcional, es decir una interferencia importante en las actividades cotidianas que realiza la persona (Roy-Byrne y cols., 1994).

Síntomas de ansiedad.

La asociación entre estrés y ansiedad es particular, pues en algún momento se utilizaron ambos términos como sinónimos, aunque desde el enfoque de la psicopatología, se considera a la ansiedad como producto del estrés (Lazarus y Folkman, 1991). Una persona con ansiedad tiene la percepción de una poderosa amenaza y la activación de los concomitantes fisiológicos en la ausencia de un objeto real amenazante (Martin y Murray, 2009).

Hablar de ansiedad en términos tan generales podría conducir a ambigüedades e imprecisiones. En el caso específico de este estudio, y con base en sus objetivos, el término *ansiedad* se acotó únicamente a sus manifestaciones negativas y sus síntomas. Los síntomas de ansiedad se manifiestan en todos los sistemas de respuesta: en la generación de

pensamientos, en la manifestación de cambios físicos, en el surgimiento de emociones y en la activación de hábitos conductuales (Orsillo y Roemer, 2011). De acuerdo con estas autoras, dichos sistemas de respuesta presentan las siguientes características:

- *Pensamientos.* La presencia constante de preocupaciones acerca del futuro ya sea inmediato o a largo plazo. Rumiaciones acerca del pasado, es decir, la tendencia repetitiva y recurrente a pensar sobre hechos pasados, impulsada por una percepción de amenaza o pérdida (Labelle y cols. 2010). Pensamientos acerca de estar en peligro constantemente, por ejemplo, a tener una enfermedad grave. Pensamientos de autocrítica recurrentes.
- *Sensaciones físicas.* Sensación de que el corazón late más rápido, mareos, sudoración, acortamiento en la respiración o dificultad para hacerlo, enrojecimiento de la piel, sensación de temblores en alguna parte del cuerpo, boca seca. Tensión en el cuello, los hombros u otros músculos; dolores de cabeza, irritabilidad, inquietud e intranquilidad.
- *Emociones.* Presencia de ira, tristeza, disgusto, pena.
- *Conductas.* Conductas repetitivas como morderse las uñas, mover un pie o jugar con el cabello. Además se presentan conductas relacionadas con afrontamientos inadecuados, que se basan en la evitación, el escape o la negación.

Una persona puede no desarrollar necesariamente la ansiedad como un trastorno; no obstante puede manifestar tendencias a reaccionar de manera exagerada al estrés, esto debido a la presencia de cierta vulnerabilidad biológica no específica y a factores contextuales (Barlow, 2000). Entre los factores que se mencionan se encuentra a) la presencia de enfermedades físicas, b) mecanismos de afrontamiento ineficaces, y c) creencias y pensamientos distorsionados (Lerma, 2012).

En un estudio llevado a cabo en el primer nivel de atención (Barlow, 2000), investigó las razones por las cuales los pacientes visitaban a su médico local. Encontró que tanto la hipertensión, el dolor de garganta, así como cortadas y contusiones en la piel; fueron las

razones más comunes por las que las personas buscaban atención médica. Se identificó que detrás de esos problemas de salud estaba la presencia de sintomatología ansiosa. Dicha situación contribuyó a una alta utilización de los servicios de salud así como altos costos para el tratamiento de la ansiedad.

Síntomas de depresión.

Los síntomas de depresión constituyen un problema de salud mental importante y están asociados con discapacidad y riesgo de intento de suicidio (Bojorquez y cols., 2009), por lo que es importante detectarlos aún en niveles bajos ya que pueden desencadenarse en problemas mayores.

La existencia de síntomas depresivos supone con frecuencia la consulta médica con el médico general, alcanzando a la quinta parte de la población que acude al primer nivel de atención. Estos síntomas suelen deberse a problemas de adaptación donde la respuesta a situaciones de estrés es insuficiente o inadecuada (Álvarez y cols., 2008).

De acuerdo con Barkow y cols., (2004), dependiendo de la intensidad de los síntomas de depresión, pueden relacionarse con problemas en el desempeño laboral, problemas en los roles sociales o interpersonales; así como un estado de salud física desfavorable, sobre todo, problemas de tipo psicossomático, así como un incremento en sentimientos de tensión y ansiedad.

Igual que los síntomas de ansiedad, los síntomas de depresión se manifiestan a través de diferentes sistemas de respuesta: a) emociones, b) pensamientos, c) sensaciones físicas y d) conductas. De acuerdo con Williams y cols. (2007), los síntomas de depresión se manifiestan de la siguiente manera.

- a) Emociones. Las emociones parecen ser el elemento más visible de los síntomas de depresión. Estas se caracterizan por una experiencia de pérdida, separación, rechazo o derrota. Con frecuencia se asocian con ansiedad, miedo, ira, irritabilidad, desesperación y desesperanza. La irritabilidad y la tristeza son síntomas comunes de la depresión. Las personas suelen sentirse desvaloradas, inútiles.

- b) Pensamientos. Son frecuentes los pensamientos negativos acerca de uno mismo, sobretodo pensamientos de autocrítica extremadamente fuertes y tóxicos, mismos que con frecuencia llegan disfrazados de preguntas que las personas creen que deben responder. Por ejemplo *¿Qué hay de malo conmigo?*
- c) Sensaciones físicas. Entre las principales manifestaciones están la desregulación de los hábitos alimenticios, el sueño y los niveles de energía. Lo anterior generalmente se traduce en fatiga y cansancio recurrentes así como la presencia de tensión en varias partes del cuerpo.
- d) Conductas. Las conductas están altamente condicionadas por los tres elementos anteriores, de manera que las decisiones de cómo actuar, están guiadas por los sentimientos de minusvalía, desesperanza y los patrones de pensamientos negativos de autocrítica y desvalorización.

Según estos autores, uno de los aspectos más difíciles de notar en los síntomas de depresión es la manera en cómo cualquiera de estos cuatro componentes pueden desencadenar una especie de *espiral* descendente en el estado de ánimo y al mismo tiempo, el componente desencadenador influye y refuerza a los otros, de manera que también resultan afectados, de esta forma las personas son cada vez más vulnerables a sufrir depresión. En el siguiente capítulo se aborda la forma en que estas sintomatologías se han tratado en el primer nivel de atención.

Capítulo 2

¿Cómo se ha abordado el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva en el primer nivel de atención?

Al hablar de un padecimiento físico o mental, la necesidad de brindar tratamiento es implícita. El tratamiento se vuelve un aspecto central del padecimiento porque es lo que le permite a la persona recobrar su funcionamiento natural, de lo contrario, dicho padecimiento avanza hasta llegar a un grado de complicación y menor probabilidad de recuperación.

El primer nivel de atención a la salud es el escenario más cercano a la población y el de primer contacto, se le considera la puerta de entrada al sistema de salud porque representa la accesibilidad a los recursos al permitir una atención oportuna y eficaz (García, 2006; Etchebarne, 2001). Está organizado de tal manera que sus recursos permiten resolver las necesidades de atención en salud básicas y más frecuentes. Estas necesidades son cubiertas a través de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación (Vignolo, Vacarezza y cols., 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2008), un tercio de las personas que asisten al primer nivel de atención, presentan síntomas somáticos medicamente inexplicables. De esta proporción, aproximadamente en el 15% de los casos, se ha asociado, como causa subyacente, al estrés crónico. Las personas que llegan a solicitar la atención presentan síntomas medicamente inespecíficos, tales como: mareos, pesadez en el cuerpo, fatiga, hundimiento en el pecho, ‘nervios’, sensación de calor en la cabeza, entre otros (Prince, 2007).

¿Cómo se atiende el estrés, la sintomatología ansiosa y depresiva en el primer nivel de atención?

Para el tratamiento del estrés, Lazarus y Folkman (1991) mencionan que las personas no buscan ayuda debido a episodios ocasionales de estrés, aun cuando estos sucesos estresantes puedan producir un deterioro en el funcionamiento de la vida. La razón por la que las personas buscan ayuda es debido a la presencia de un estrés desbordante y frecuente, así como la afectación en un área importante de vida.

Roy-Byrne y cols. (1994) sugieren que las personas que acuden al primer nivel de atención con presencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, deberían ser clínicamente monitoreadas a través del tiempo con el fin de evitar que estos síntomas desemboquen en síndromes mayores.

Colman y cols. (2004), realizaron un estudio de seguimiento a pacientes de primer nivel de atención que presentaban tanto síntomas de ansiedad como de depresión y observaron que sólo el 32% recibió tratamiento durante el tiempo que duró el estudio. No obstante, el 15.9% de estos pacientes expresaron su necesidad de recibir tratamiento. En otro estudio, Prins y cols. (2009) hicieron evidente que los pacientes además de recibir tratamiento médico, estaban interesados en tener un espacio para poder hablar de sus problemas cotidianos y obtener mayor información acerca de sus malestares.

Otros estudios reportan resultados similares al de Colman y cols. (2004), al afirmar que sólo una tercera parte de los pacientes con sintomatología de estrés, ansiosa y/o depresiva recibieron tratamiento, o bien que el tratamiento recibido frecuentemente no era el adecuado (Prins y cols. 2009; Hasson y cols. 2008, Seekles y cols. 2011; Cameron y cols. 2011). Estos estudios sugieren que cuando la ansiedad y la depresión no son tratadas a tiempo, la situación se agrava y se asocia con un daño funcional y una disminución en la calidad de vida de los pacientes, los problemas de este tipo permanecen sin ser reconocidos y sin ser atendidos.

En México, el primer nivel de atención da cobertura a una proporción importante de la población para atender su salud física, y en una proporción menor, su salud mental. Entre el 30% y 60% de las visitas en busca de atención se asocian con síntomas que no cubren los criterios diagnósticos de una enfermedad mental o física. Sin embargo, la respuesta para la atención de los problemas de salud mental es escasa (Vargas y cols., 2016). El problema puede complicarse cuando esta sintomatología viene acompañada de alguna enfermedad física que influye en la manifestación de los síntomas, por ejemplo, la presencia de enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas asociadas a los síntomas de ansiedad y depresión en el primer nivel de atención.

Las enfermedades crónicas tales como las afecciones cardíacas, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo y son responsables del 63% de las muertes cada año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). En el caso concreto de las mujeres, la hipertensión es un factor de riesgo responsable del 18% de las muertes en mujeres mayores de 20 años, del 8% para la diabetes y del 7% para el sobrepeso (OMS, 2009). El riesgo de padecer estas enfermedades se incrementa directamente con la edad, y se observa una clara preponderancia femenina debido a la mayor longevidad de las mujeres (Castro y cols., 1996). Además, la presencia de síntomas físicos crónicos asociados a problemas mentales produce un efecto de sinergia, lo que genera algún grado de discapacidad (Cano-Vindel, 2011).

En el primer nivel de atención, los padecimientos crónicos se asocian con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, principalmente en mujeres, como consecuencia del dolor y la discapacidad asociada. En algunos casos la sintomatología emocional puede tener un papel mantenedor o incluso causal de los padecimientos crónicos (Hervás, Cebolla y Soler, 2016). Por ejemplo, el estrés sostenido parece afectar de diversas formas al sistema inmunológico (Segerstrom y Miller, 2004) y también parece exacerbar el dolor (Schwartz, Slater y Birchler, 1994). Por otra parte, la depresión puede incrementar de forma

significativa la frecuencia de problemas cardiovasculares (Nicholson, Kuper y Hemingway, 2006) y también agrava problemas de dolor crónico (Villemure y Bushnell, 2002).

La diabetes presenta una comorbilidad importante con síntomas de ansiedad y depresión (Bystritsky y cols., 2014; Rivas y cols. 2011; Arroyo y cols. 2004) que oscila entre un 47% y un 63% (Colunga y cols., 2008). Los pacientes con diabetes no sólo son afectados físicamente sino que también desarrollan síntomas emocionales. El comportamiento de la glucosa puede estar condicionado por los síntomas de depresión y ansiedad, y a su vez generar manifestaciones de miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo, entre otras conductas reactivas (Rivas y cols., 2011). El diagnóstico de la enfermedad crónica lleva a la persona a enfrentarse a situaciones nuevas en su vida cotidiana tales como el monitoreo constante de su salud, la prevención de complicaciones médicas y el manejo de problemas emocionales y sociales. Un descontrol en el estado emocional puede ocasionar un mal manejo de la enfermedad crónica, lo que conlleva el riesgo de que se presenten complicaciones.

La hipertensión arterial se ha relacionado con los síntomas de ansiedad por las reacciones fisiológicas que implica y que se manifiesta en una actividad predominante del sistema nervioso simpático. La presencia de un estado constante de alerta y amenaza, debido a la evaluación de peligro y descontrol, provoca sentimientos frecuentes de incertidumbre, miedo, descontrol, entre otros (Rivas y cols., 2011; Riveros y cols., 2005).

En México se han realizado varias intervenciones encaminadas a tratar la sintomatología emocional asociada a las enfermedades crónicas. Por ejemplo, Riveros y cols. (2005) llevaron a cabo una intervención cognitivo-conductual dirigida a incidir en la calidad de vida, estrés, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos.

La duración de la intervención fue de dieciséis sesiones semanales. Los procedimientos empleados fueron: registro de cogniciones disfuncionales, modificación de creencias distorsionadas, asignación y seguimiento de tareas. Los resultados del estudio señalan que las intervenciones empleadas resultaron eficaces para mejorar el estado de las variables

medidas. En cuanto a los índices de ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes que pertenecían a la clasificación de ansiedad grave. La conclusión de los autores es que los cambios propiciados por la intervención forman parte de la atención integral a la salud de los pacientes y que la atención psicológica no puede considerarse un lujo prescindible en los centros de salud (Riveros y cols., 2005).

En otro estudio llevado a cabo en la Ciudad de México (CDMX), Sánchez y cols. (2006) muestran los resultados de cuatro modalidades de tratamiento para reducir la reacción al estrés y la ansiedad en pacientes, con al menos una enfermedad médica crónica. Los tipos de intervención que evaluaron fueron: psicoeducativa, cognitiva y conductual con duración de entre 3 y 5 sesiones semanales. Los resultados muestran que el programa que combinaba las técnicas psicoeducativas y conductuales fue el que disminuyó en mayor medida la sintomatología de ansiedad, la tensión, el nerviosismo y la inquietud. En las otras modalidades también se observaron cambios positivos pero fueron menores. Entre las limitaciones de la investigación que mencionan los autores se encuentran el reducido número de aspectos que se evaluaron, así como la ausencia de una medición del grado de discapacidad de los participantes. La conclusión de los autores es que una intervención puede ser más eficaz si dispone de varias técnicas de trabajo, lo cual también incide en una mayor adherencia terapéutica al tratamiento.

Villamil y cols., (2017) realizaron una intervención breve de solución de problemas en pacientes con diabetes mellitus tipo II y presencia de síntomas de ansiedad y depresión a fin de mejorar el control de variables metabólicas. Al término de la intervención se observó una disminución de la sintomatología, así como una estabilización de los niveles de glucosa y colesterol de los pacientes. Una de las limitaciones del estudio fue la alta tasa de deserción (70%) de los participantes. Entre las razones de la deserción se encuentran: la falta de tiempo para asistir o la falta de dinero para trasladarse al centro de salud.

Los estudios anteriores se apoyaron en aproximaciones terapéuticas distintas, lo que da cuenta de la diversidad de enfoques y técnicas para trabajar con los síntomas de estrés,

ansiedad y depresión. A continuación se describen los principales enfoques terapéuticos utilizados.

Aproximaciones terapéuticas para tratar los síntomas de ansiedad y depresión en el primer nivel.

Existen diferentes aproximaciones terapéuticas para abordar los síntomas de ansiedad y depresión. Estas aproximaciones varían en cuanto a sus bases teóricas y las técnicas que emplean.

1) Tratamientos farmacológicos.

Las personas que no tienen un diagnóstico de trastorno mental, pero padecen estrés comienzan por presentar problemas de malestar psicológico, insomnio y somatizaciones, lo que con frecuencia lleva al consumo de psicofármacos con el fin de aliviar los síntomas. El consumo de psicofármacos en el primer nivel presenta una prevalencia de alrededor del 40% (Cano-Vindel, 2011).

Los fármacos que se emplean se pueden dividir en dos grandes categorías, aquellos para síntomas ansiosos y aquellos para síntomas depresivos. En el caso de los primeros, cuando hay manifestaciones de ansiedad, los fármacos que han demostrado ser más eficaces pertenecen a los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC), benzodiazepinas (BZD) de alta potencia e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Medicamentos como la mirtazapina, la pregabalina, los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina y noradrenalina (ISRN-S), la venlafaxina y la duloxetina, han mostrado ser eficaces para tratar los síntomas asociados al estrés, principalmente de tipo ansioso (Ballenger, 2000).

En el caso de los síntomas depresivos, los fármacos se pueden dividir en cuatro categorías: 1) los antidepresivos tricíclicos (ATC), 2) los heterocíclicos (AHC) que actúan aumentando la concentración de los neurotransmisores de norepinefrina y serotonina; 3) los inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), actúan inhibiendo la recaptación de la serotonina y 4) los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) tradicionales que aumentan la concentración sináptica de norepinefrina, serotonina y dopamina. En la actualidad parece que los ISRS son más utilizados como primera elección para tratar la depresión en servicios de tercer nivel, mientras que los ATC son comúnmente utilizados en primer nivel (Ballenger, 2000). La respuesta a estos fármacos es gradual y suele manifestarse entre la segunda y sexta semana del inicio del tratamiento (Shulberg, 2005).

De acuerdo con la severidad y frecuencia de los síntomas, en algunos casos puede ser necesario la prescripción de estos fármacos; sin embargo, en la gran mayoría de las personas que presentan síntomas ansiosos o depresivos, la medicación no es necesaria ni suficiente, habría que apoyarse más en las aproximaciones de tipo psicológico pues la idea es trabajar con lo que genera el estrés y no solamente en la disminución de sus manifestaciones.

Un estudio con pacientes que presentaban síntomas de ansiedad y depresión (King y cols., 2000) tenía el objetivo de determinar la efectividad clínica y de costos de dos tipos de terapia breves en comparación con el tratamiento farmacológico prescrito por el médico general. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los dos tipos de terapias, pero sí con respecto al tratamiento farmacológico prescrito por el médico general. Ambas terapias mostraron ser clínicamente más efectivas a corto plazo.

Otro estudio realizado por Thomas y cols., (2012), evaluó la efectividad clínica y de costos de una intervención cognitivo conductual en combinación con farmacoterapia en pacientes con síntomas de depresión en primer nivel de atención. Se observó que el empleo de la terapia farmacológica únicamente fue menos efectivo en comparación con la combinación de terapia cognitivo-conductual. Bajo dicha combinación, los resultados mostraron una disminución significativa de los síntomas.

Uno de los inconvenientes de tratar a las sintomatologías con un enfoque únicamente farmacológico es que no resuelve otros factores de naturaleza distinta, por ejemplo, los de

tipo psicológico, que también inciden de manera directa en el origen y mantenimiento de dicha sintomatología. Otro de los inconvenientes es que no todas las personas pueden tener acceso a este tipo de medicamentos, o bien, no cuentan con la supervisión adecuada para prescribirlos y monitorear sus efectos.

2) Tratamientos psicológicos.

Existen varios tipos de tratamientos psicológicos para trabajar con las manifestaciones del estrés y síntomas asociados. Cada uno de ellos basados en abordajes terapéuticos distintos. Entre los más utilizados actualmente se encuentran la terapia interpersonal, las intervenciones psicoeducativas y de auto-ayuda, y la terapia cognitivo conductual (Seekles y cols. 2011). Esta última ha sido una de las empleadas más ampliamente por los resultados que ha mostrado, por lo que, a continuación se describe brevemente.

2.1) Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo- conductual surgió a principios de los años 60's basada en el modelo cognitivo de Aarón Beck. El objetivo de la terapia es, a través de diversas formas, producir un cambio cognitivo (modificación del pensamiento de la persona y su sistema de creencias), para así generar un cambio conductual y emocional. Existen diferentes formas de terapia cognitivo-conductual como la terapia racional emotiva, terapia de solución de problemas, terapia dialéctica conductual, entre otras (Beck, 2011).

Debido a los resultados obtenidos con la terapia cognitivo conductual, se considera una terapia eficaz en el tratamiento de una amplia gama de problemas emocionales, entre los que se encuentran como más representativos síntomas asociados al estrés, la ansiedad y la depresión.

Los principios en los que se basa son:

- Una constante evolución de la formulación de los problemas del paciente y una conceptualización individual del mismo.

- Requiere de una alianza terapéutica.
- Enfatiza la participación y colaboración activa de la persona.
- Está orientada a objetivos y enfocada al problema.
- Hace énfasis al presente.
- Sus sesiones son estructuradas.
- Es educativa y enseña a las personas a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos y creencias disfuncionales.

Está constituida por una serie de procedimientos que tienen elementos en común; involucran una reestructuración de creencias, cogniciones e imágenes asociadas con la situación que causa el conflicto con el objetivo de identificar lo que la persona piensa, siente y hace ante un malestar emocional para que de esta manera logre darse cuenta de sí misma y de las distorsiones en su pensamiento (Zinbarg y cols., 1992).

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” de la CDMX, probó una intervención de corte cognitivo-conductual de 5 semanas enfocada a trabajar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes de con enfermedad renal crónica. La intervención empleó técnicas como la respiración profunda, relajación muscular y reestructuración cognitiva. Al termino y seguimiento de la intervención, se observó un decremento de los síntomas ansiosos y depresivos, así como de distorsiones cognitivas. Los autores concluyen que estos cambios se asocian con el efecto de la intervención y consideran que la condición emocional de los pacientes influye en su estado de salud

3) Intervenciones Psicoeducativas.

Las intervenciones psicoeducativas se apoyan en un enfoque que brinda a las personas la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar una serie de situaciones problemáticas de un modo más adaptativo. Su objetivo es orientar y ayudar a identificar, con comprensión y claridad el problema en cuestión y así, de manera conjunta con el terapeuta, ubicar la resolución y propiciar una mejoría en la calidad de vida. Como herramienta terapéutica puede utilizar un abordaje individual, grupal o familiar. La

psicoeducación se utiliza como un potenciador de las distintas instancias del tratamiento de problemas emocionales, particularmente los relacionados con las ansiedad (Bulacio, 2006).

En un estudio realizado por Lara y cols. (2003), se presentan los resultados de la efectividad, a dos años de su aplicación, de una intervención psicoeducativa dirigida a mujeres con síntomas de depresión en primer nivel de atención. La intervención se basa en material psicoeducativo que contiene información acerca de lo qué es la depresión, además aborda aspectos como conductas de auto-ayuda y autoestima. Se trabaja tanto de manera grupal (en seis sesiones) como de forma individual (una sola sesión).

Los resultados del estudio muestran que no hubo diferencias significativas entre el formato individual y grupal; sin embargo se observó una disminución de los síntomas de depresión y a pesar de que se presentó un repunte significativo de los síntomas, no se mostraron los mismos niveles que antes de la intervención. También se midió la autoestima y se observó un aumento después de la intervención. Una parte significativa de la intervención es que las mujeres que participaron mencionaron un impacto significativo en la disminución de sus problemas. Las autoras concluyen que la intervención resultó efectiva para reducir los síntomas de depresión a corto plazo, así como para mejorar la autoestima a corto y a largo plazo.

Hansson y cols., (2008) reportaron los resultados de una intervención psicoeducativa en un ensayo controlado aleatorizado en pacientes con síntomas de depresión y ansiedad en primer nivel de atención. Los autores reportan una mejoría en el estado emocional y en el funcionamiento general de los pacientes que recibieron la intervención. Argumentan que el programa ofrece apoyo y mayor conocimiento a los pacientes acerca de sus síntomas, aspecto que resultó efectivo para otros padecimientos.

Los resultados de los estudios mencionados son heterogéneos, mientras que unos muestran una mejoría significativa, algunos no muestran mucha diferencia en comparación con los tratamientos tradicionales. En el caso concreto de los estudios realizados en México, si bien han mostrado que propician una mejoría en los síntomas de los pacientes, lo cierto es que

trabajan con población clínica y en niveles especializados de atención. Algunas de estas intervenciones están dirigidas a poblaciones que con frecuencia tiene otro tipo complicaciones médicas por lo que el momento en el que se interviene ya es avanzado.

4) Intervenciones preventivas en el primer nivel

Aplicadas en una etapa temprana, las intervenciones preventivas pueden ser un medio importante para hacer frente a la carga asociada con los problemas de ansiedad y depresión. Sin embargo, históricamente, el sector de atención a la salud mental se ha enfocado más en el desarrollo de tratamientos apoyados empíricamente para la presencia de trastornos más que en la prevención de ellos. Además, estos tratamientos no reúnen las demandas que la población afectada requiere, o bien llega a los servicios de manera tardía o la estructura de los tratamientos no es la adecuada para el problema que presentan (Zalta, 2011).

En un meta-análisis que evalúa las intervenciones dirigidas a la prevención de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, Zalta (2011) reporta la eficacia de estos programas de prevención con un efecto de pequeño a moderado en la reducción de ambos tipos de síntomas. Menciona que los efectos de las intervenciones de prevención podrían tener un impacto clínico y económico importante debido a los efectos de cascada de la enfermedad. Este tipo de intervenciones puede reducir significativamente la incidencia de trastornos depresivos, en promedio en un 22% (Zalta, 2011). Distintos estudios (Bienvenu y Ginsburg, 2007; Craske y Zucker, 2001, Donovan y Spence, 2000) han llegado a la conclusión de que las intervenciones cuyo objetivo es la prevención del desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión, logran reducir la sintomatología tanto en población adulta como infantil.

En México, el *Programa de Acción Específico en Atención a la Salud Mental* (SSA, 2008) menciona que las intervenciones tempranas pueden influir en la reducción de las tasas de prevalencia e incidencia de los trastornos mentales, así como el impacto que tiene la enfermedad en la persona y sus contextos inmediatos. Sin embargo son pocas las intervenciones metodológicamente probadas y evaluadas que puedan formar parte de los programas de salud mental pública (Lara y cols. 2003).

En general, son pocas las intervenciones dirigidas al fomento de la salud y el bienestar y se enfocan mayormente hacia el tratamiento de la enfermedad, esto probablemente debido a que la demanda de atención es de índole curativa más que preventiva. Sin embargo, es importante contar con intervenciones que doten a las personas de recursos cuyo eje sea el bienestar, el mantenimiento de una buena calidad de vida, sin esperar a que sea un problema grave para ser tratado.

Problemas en los servicios de atención a la salud mental en el primer nivel.

Cuando el tratamiento solicitado no está a disposición de las personas que lo requieren la situación se vuelve compleja. El problema se agrava, se propicia un mayor deterioro con una probabilidad menor de recuperación y se requiere de un mayor número de recursos para dar solución al mismo, lo cual representa mayores costos tanto para la persona que lo padece como para el sistema de salud encargado de brindar dicho tratamiento (King y cols. 2000).

El primer nivel de atención mexicano se caracteriza por dar prioridad al tratamiento de padecimientos físicos y por carecer de programas para la detección y atención a problemas emocionales (Berenzon y cols. 2018). A pesar de los esfuerzos realizados existen una serie de barreras que impiden que las personas reciban la atención que necesitan. De acuerdo con Galván y cols. (2017), estas barreras se clasifican en 3 grandes grupos: 1) aquellas que pertenecen al sistema de salud, 2) aquellas relacionadas con el estigma social y 3) aquellas asociadas con los profesionales de la salud. Los autores plantean las diversas dificultades que enfrentan las personas al buscar ayuda para su malestar emocional, entre ellas se encuentran las irregularidades en las citas debido a otras actividades asignadas a los psicólogos, desinformación o falta de claridad en transmitir cuál es la función de un psicólogo, y por lo tanto, cuál sería el beneficio de acudir con uno, o bien, las personas pueden ser referidas para ser atendidas en otro lugar, lo cual les complica recibir la atención.

El interés del presente estudio es brindar un entrenamiento que pueda estar al alcance de cualquier persona que lo necesite para así fomentar el bienestar emocional y disminuir los síntomas derivados de un estrés constante y principalmente hacerlo de una manera accesible, sin costo y adaptable a cualquier contexto, sin depender de un sistema con varias limitaciones.

La aproximación en la que se basa el estudio se deriva de un modelo biopsicosocial que se caracteriza por enfocarse en las interacciones entre cerebro, mente, cuerpo y conducta; y sobre las poderosas formas en las cuales factores mentales, emocionales, sociales y conductuales pueden afectar directamente a la salud (Whiterbird y cols. 2009).

En este sentido, el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos define a las terapias con un enfoque integral como intervenciones que emplean una variedad de técnicas diseñadas para facilitar la capacidad de la mente para influir en las funciones corporales y síntomas asociados a algún padecimiento (Astin y cols. 2003). Esta aproximación ha mostrado ser costo-efectiva para la atención y reducción del estrés (Hellman y cols., 1990; Sobel, 1995; Astin y cols. 2003).

Ejemplo de este tipo de intervención es el programa denominado *Reducción de estrés basado en la atención plena*. Este programa ha demostrado ser una intervención que promueve el bienestar físico y emocional de las personas (Kabat-Zinn y cols. 1992; Tiefenthaler y Grossman, 2002; Davidson y cols., 2003; Teasdale y cols. 2008; Vetesse y cols., 2009; Goldin y cols., 2009; Ong y Sholtes, 2010), ya que parte de la aseveración de que cuerpo y mente están relacionados de manera interdependiente, influyéndose el uno al otro (Whiterbird y cols. 2009).

El programa tiene por objeto fomentar la atención plena como foco de la intervención a fin de reducir la vulnerabilidad o riesgo de presentar diversas formas de psicopatología (Tanay y cols. 2012). En el caso del presente estudio se eligió adaptar el programa en México porque, dada la asociación entre el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva, se considera que al reducir el estrés se incidirá positivamente en los síntomas asociados. Así al

intervenir en las primeras manifestaciones del problema aumenta la probabilidad de recuperación y de fomento a la salud y el bienestar.

De acuerdo con Tanay y cols. (2012), el programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) se enfoca en: a) ayudar a la persona a tener contacto con su experiencia del momento presente, b) proporcionar un nuevo y adaptativo modelo de conducta deliberada, de manera que propicie un cambio en los patrones automáticos y mal adaptativos de conducta (por ejemplo las reacciones automáticas e ineficientes en el caso del estrés, la evitación como síntoma ansioso o la rumiación como síntoma depresivo); y por consiguiente c) permitirle a la persona la posibilidad de desarrollar y llevar a cabo una conducta adaptativa en la que regule sus afectos, propicie una conciencia meta-cognitiva y acepte la experiencia como se presenta.

Capítulo 3.

¿Qué es la Atención Plena y el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena?

¿Qué es la atención plena?

Dado que la atención plena es un concepto relativamente nuevo y diferente en el ámbito científico y occidental se presentará una breve descripción de sus características su origen.

El termino atención plena se tradujo del anglicismo *Mindfulness* que proviene de la palabra en Pali⁵ ‘*Sati*’ (Analayo, 2001). *Sati* tiene diferentes y numerosas acepciones, para el caso presente se considerarán las tres más representativas y *ad hoc* al tema de interés: 1) familiarizarse con..., 2) recordar, y 3) conciencia lúcida (Bikkhu Bodhi, 2013). En los tres casos hace referencia a la mente, en el primero se refiere a familiarizarse con el contenido mental y observar los eventos mentales como un flujo en constante movimiento y cambio. En el segundo, se refiere a familiarizarse con [...] el objeto de observación mental y sensorial, explorarlo y conocerlo. El tercero se refiere a una conciencia abierta y receptiva a lo que ocurra sin aferramiento ni aversión⁶.

La complicación de traducir el término al inglés y luego al español es que pierde riqueza en sus significados; sin embargo para hacerlo más accesible al contexto se ha traducido como atención plena, atención consciente, consciencia plena, entre otras. Términos que, según los estudiosos del tema, presenten ciertas diferencias.

Mindfulness o Atención plena, tiene sus orígenes y fundamento en la tradición budista, se basa en la filosofía, epistemología y fenomenología de esta tradición. *Mindfulness* o atención plena se considera un disciplina particular que forma parte de los sistemas clásicos de meditación budista (Bikkhu Bodhi, 2013). Dentro del budismo, la atención plena

5 Pali era la lengua oficial hablada en las regiones con tradición budista, específicamente el sureste asiático. Es un idioma índico y fue en el que se escribieron, por primera vez, las enseñanzas budistas de la escuela Theravada, que inicialmente sólo eran de tipo oral.

6 El aferramiento y la aversión, según el budismo, se consideran el corazón del sufrimiento o insatisfacción humano [*Dukkha* en pali], pues la fuente del sufrimiento es querer que aquello que se desea no termine, y aquello que se rechaza, se vaya.

representa una forma de explorar y conocer la experiencia vivida mediante la auto-observación, la investigación de los eventos mentales y la manera de vincularse con ellos. Esto se logra a través de la práctica meditativa⁷.

La práctica de la atención plena no sólo consiste en prestar atención a una experiencia en particular, sino que permite un cambio de aquello que se observa. Existe un elemento que destaca en el concepto de atención plena, ‘la clara comprensión’ [*sampajañña*], ésta se considera un puente entre la función de observar (la experiencia) y generar un percatamiento⁸ [*insight*] o darse cuenta de lo experimentado.

Sí bien el budismo en algunos casos puede considerarse una religión o una filosofía que se rige bajo sus propios principios, el abordaje a la atención plena en las últimas décadas, ha tenido un giro hacia lo secular. Por secular se refiere a que está libre de connotaciones religiosas o dogmáticas (Batchelor, 2013).

En este punto cabe la reflexión de Por qué un enfoque de esta naturaleza puede resultar útil en contexto clínico. Porque *Sati, Mindfulness* o Atención Plena, tiene que ver, en su esencia, con el reconocimiento del sufrimiento o insatisfacción [*Dukkha*] presente en la condición humana. Es a través del desarrollo de esta conciencia lúcida y abierta que las personas pueden reconocer la fuente de su sufrimiento o desasosiego y generar formas distintas de relacionarse con su mente, y por lo tanto, con todo lo que ella contiene.

De esta manera un paradigma que podría parecer tan lejano en tiempo y espacio para el mundo occidental, se introdujo en el campo de lo clínico y más tarde en el ámbito de lo científico, gracias a que ha permitido comprender de una forma distinta, parte del desasosiego emocional que aqueja a los seres humanos.

Concretamente el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) surgió a principio de los años 80’s en Estados Unidos, como un incipiente movimiento para

7 La práctica meditativa se considera una manera de contemplar, de un modo amable y receptivo, la experiencia de vida del momento presente.

8 Percatamiento se refiere al resultado de prestar curiosa e interesada atención a la experiencia y que lleva a notar o darse cuenta de características de la experiencia que antes no habían sido notadas por estar encubiertas o dominadas por patrones reactivos, ya sea mentales, emocionales o conductuales.

tratar problemas, tanto físicos, como mentales que no estaban siendo resueltos con los tratamientos tradicionales. Además de este programa existen tres enfoques terapéuticos basados o derivados de la atención plena (Brown, Ryan y Creswell, 2007):

1. *Mindfulness based Cognitive Therapy* (MBCT, Segal, Williams y Teasdale; 2002). Está enfocada a trabajar la prevención de recaídas en el trastorno de depresión. Combina técnicas cognitivas con la práctica de la atención plena con el fin de mejorar el procesamiento emocional, la conciencia sensorial, habilidades meta-cognitivas y sesgo del pensamiento en este tipo de padecimientos.
2. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT, Hayes y cols. 1999). Es una terapia que combina métodos y estrategias de la teoría relacional, el análisis conductual y la práctica de la atención plena como una forma de aceptar los eventos personales, especialmente los no deseados.
3. *Dialectical Behavior Therapy* (DBT, Linehan, 1993). Trabaja principalmente con personas con trastorno límite de la personalidad. Se centra en el mejoramiento de la regulación emocional y cognitiva a través de la identificación de los disparadores de estados reactivos. Hace una combinación entre técnicas cognitivo-conductuales, regulación emocional y práctica de la Atención Plena como principales enfoques de tratamiento.

Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP).

El programa se basa en la preparación sistemática y rigurosa para la atención plena⁹, la cual se considera una forma de meditación desarrollada, en sus orígenes por las tradiciones budistas de Asia (Kabat-Zinn, 2011).

⁹ De acuerdo a Carmody (2009) la atención plena se define como prestar atención, intencionalmente, a la experiencia del momento presente (sensaciones físicas, percepciones, estados afectivos,

De acuerdo con Kabat-Zinn (2011), la meditación consiste en el proceso de observar expresamente el cuerpo y la mente permitiendo que las experiencias se desplieguen momento a momento y propiciar una aceptación a lo que es. La aceptación implica no rechazar las ideas, ni intentar fijarlas, suprimirlas o controlarlas, sino simplemente dirigiendo la atención hacia ellas.

Este autor define a la atención plena como una forma de prestar atención, de manera deliberada, estable y no reactiva a la experiencia del momento presente (Kabat-Zinn, 2011; Carmody, 2009). Se cultiva al observar experiencias o situaciones que por lo general pasan desapercibidas, como pueden ser pensamientos, emociones, sensaciones, etc. Su enfoque sistemático sirve para desarrollar en la vida de las personas nuevos tipos de control basados en su capacidad de relajarse, prestar atención, adquirir conciencia y tener una visión profunda de ellas mismas. La atención plena se vale por sí misma como un medio valioso para la auto-comprensión y la sanación y tiene la característica de que no depende de ninguna ideología ni sistema de creencias (Kabat-Zinn, 2011).

Estructura de la intervención REBAP.

El programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) surge a principios de los años 80's en el departamento de medicina preventiva y conductual de la Universidad de Massachusetts. El programa fue desarrollado por el Dr. Jon Kabat-Zinn y sus colaboradores en respuesta a los escasos o nulos resultados de los pacientes a los tratamientos médicos prescritos y a la insatisfacción expresada.

Con la intención de ver más allá que sólo la enfermedad o sus implicaciones, el programa se enfocó en trabajar con los recursos interiores¹⁰ con los que cuenta cada una de las personas a fin de mejorar su salud. El programa combina la meditación en la atención plena con ejercicios de yoga dentro de un programa estructurado (Whitebird y cols., 2009). La

pensamientos e imagería mental) de una manera de no juiciosa, a la vez que se cultiva una atención estable y no reactiva.

¹⁰ Los recursos interiores se propician a partir del despliegue de la experiencia de cuerpo, emociones y mente.

descripción que se presenta a continuación fue tomada de la propuesta que hace Kabbat-Zinn (2011).

El programa está constituido por un entrenamiento de ocho semanas de duración con una clase a la semana y con ejercicios de meditación para que las personas los realicen en sus casas diariamente. El programa es impartido de forma grupal por una persona que haya sido previamente entrenada en él¹¹.

Con base en los principios en los que se fundamenta el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) existen siete factores que constituyen los principales soportes de la práctica. El primero de ellos es el de *no juzgar* y se refiere al hecho de asumir una postura de ser testigos imparciales de la propia experiencia. Para ello se necesita tomar conciencia del constante flujo de juicios y reacciones, tanto a situaciones o experiencia internas como externas. Parte de esto se hace con el fin de encontrar maneras más eficaces de manejar el estrés cotidiano. Para lograrlo es necesario identificar los juicios automáticos que las personas hacen en torno a cualquier situación o suceso. Lo único que se debe hacer es observar, incluso al juzgar los juicios mismos.

La *paciencia* es el siguiente factor y consiste en estar completamente receptivo a cada momento que se experimenta, aceptándolo tal y como se presenta.

Con el factor de *la mente de principiante* se refiere a la disposición de ver las cosas que suceden como si fuera la primera vez que se experimentan, es decir, tratar de estar libres de expectativas basadas en experiencias previas. La idea es no dejarse arrastrar por los patrones de respuesta automáticos.

El factor de *confianza* se enfoca desarrollar seguridad en sí mismo y generar la capacidad para afrontar cada situación de la vida (Batchelor, 2008), lo que forma una parte importante del entrenamiento en la meditación.

El factor de *no esforzarse* durante la meditación consiste en no hacer. No hay mayor objetivo que sólo ser uno mismo, prestando atención a lo que ocurre en el interior de uno

¹¹ En la sección de Anexos se encuentra de manera detallada el contenido de la intervención.

mismo y lo que lo rodea. Por ejemplo, si la persona está tensa, deberá prestar atención a esa tensión, o al dolor, según sea el caso. Sólo observando con curiosidad lo que experimenta.

La aceptación se refiere a la capacidad de ver las cosas tal y cómo suceden en el momento presente. Se asume que frecuentemente se alcanza la aceptación después de haber pasado por periodos de negación procedidos por el enojo. Lo cual forma parte del desarrollo natural del proceso para adaptarse a las distintas circunstancias en las que está inmersa la persona. En resumen, no se intenta cambiar nada, solamente se busca que la persona sea receptiva y abierta sobre de lo que siente, piense o vea.

Y finalmente el factor denominado *ceder* que consiste en dejar que las cosas ocurran tal y como son y aceptarlas de esa forma. Esto puede revelar la manera en que los impulsos hacen que las personas actúen. En cuyo caso sólo habrá que observarlos y experimentar cómo se sienten en el cuerpo.

El programa requiere que sus participantes se involucren de manera activa, realizando sus ejercicios y actividades en casa. Sobre todo requiere comprometerse con la práctica diaria de la atención plena, al menos durante el entrenamiento en el programa. La práctica regular contribuye a que se mantenga cierta estabilidad y flexibilidad mental, aún en la presencia de estados de agitación o confusión.

Para mayor detalle acerca de la estructura y contenido del programa consultar el anexo 2.

La aplicación del programa del Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) en contextos clínicos.

La meta de la atención plena es la reducción del sufrimiento a través de una práctica enfocada en cualidades fundamentales de conciencia y atención hacia la experiencia actual. La práctica para desarrollar el uso de la atención como facultad es un factor central y común en el entrenamiento clínico psicológico (Carmody, 2009). El papel de la atención se considera fundamental en el cambio de las dimensiones psicológicas sobre las que se trabaja. Un modelo basado en un entrenamiento atencional tienen dos ventajas principales en los escenarios clínicos: 1) proporciona un punto de partida parsimonioso para la investigación clínica y 2) hace uso de un constructo entendido comúnmente (la atención)

que sirve como fundamento para una explicación accesible para el paciente (Carmody, 2009).

Se ha observado que en los procesos de atención y regulación de emociones, la dirección de la atención es un determinante clave para el bienestar (Carmody, 2009). Damasio (2003) describe un ciclo mental que ocurre cuando la atención no es deliberadamente dirigida. En este ciclo, cuando la atención se enfoca en un componente fundamental y específico de la experiencia, (un pensamiento, una emoción o una sensación), la naturaleza de la mente y los procesos asociativos condicionados dirigen la atención hacia estos componentes de manera automática. Esto provoca que el nivel de activación corporal sea proporcional al grado de amenaza representado por el componente de la experiencia que está en el campo de atención reactiva.

Cuando la atención no es conscientemente dirigida, el tono de sensaciones y sentimientos asociados con el pensamiento amenazante forman un ciclo asociativo. A partir de que el contenido de los componentes del ciclo representa una amenaza se originan elevados niveles de activación. Para modificar este ciclo, la terapia cognitiva emplea el proceso de razonamiento para propiciar un cambio en los patrones asociativos del ciclo. En contraste, la práctica de atención plena dirige sus esfuerzos en el incremento de la conciencia, en donde los componentes de la experiencia están dirigidos al desarrollo del control y mantenimiento de la atención hacia toda la experiencia (de cuerpo, emociones y mente) y no solamente hacia el objeto que dispara el ciclo. El redirigir la atención de esta manera, es decir hacia la experiencia completa, permite disminuir la reactividad emocional, así como un mayor sentido de control y confianza para trabajar con la angustia que puede llegar a presentarse.

Una de las características más importantes del entrenamiento en atención plena es que alienta a los participantes a aprender a experimentar un foco de atención mucho más amplio del que están habituados a enfocar. De esta manera, las personas no solo aprenden a desarrollar cierta facilidad en la facultad de atención, sino que implícitamente reconocen que la experiencia interna está comprometida con componentes discretos de pensamientos,

sentimientos y sensaciones que actúan de manera asociada. Este reconocimiento conlleva al desarrollo de una meta-atención y una consciencia meta-cognitiva descentralizada.

La consciencia meta-cognitiva descentralizada es un cambio perceptual en el cual la atención es redireccionada de un contenido de pensamiento, sentimiento o sensación subjetiva hacia la atención de éstos como objetos o eventos que surgen en la mente. De esta manera, tanto los pensamientos como los sentimientos son experimentados como eventos mentales más que como objetos separados. Este cambio es considerado un importante atributo atencional en el desarrollo del equilibrio mental (Wallace y Shapiro, 2006).

Cuando la atención no está influenciada por el contenido de un pensamiento amenazante, el procesamiento cognitivo-elaborativo puede desengancharse de la amenaza percibida. De esta manera se propicia que la atención esté disponible hacia algún otro aspecto de la situación que conlleve a una resolución o a un resultado más satisfactorio. Es así que se han identificado incrementos sustanciales en la meta-cognición asociados al entrenamiento en consciencia plena (Carmody, 2009).

A través de la repetición de experiencias, la persona que se entrena en la atención plena comienza a reconocer sus hábitos reactivos. Este reconocimiento deriva en recursos atencionales que le permiten responder en lugar de reaccionar a pensamientos, sentimientos o sensaciones particulares y sus ciclos asociados (Moffitt, 2008). En el reaprendizaje deliberado de la práctica de la atención plena tiene lugar una re-cognición de los componentes individuales en el campo de la consciencia. (Brown y cols. 2007).

Es así que se considera que un modelo de atención plena basado en la disponibilidad de la consciencia y la atención, la meta-consciencia y re-cognición, representa una serie de ventajas en los escenarios clínicos.

Los resultados obtenidos de la aplicación del programa REBAP en diversos padecimientos han mostrado mejoría en un amplio rango de síntomas físicos y condiciones de salud mental. Para los padecimientos de salud mental se han desarrollado programas para trabajar con el estrés, la ansiedad (Kabat-Zinn y cols. 1992), la depresión (Teasdale y cols. 2000), ataques de pánico (Kim, Lee y cols. 2009), dolor crónico (Kabat-Zinn y cols. 1986),

fibromialgia (Tiefenthaler y Grossman, 2002), entre otros (Vetesse y cols., 2009). Estos programas están disponibles actualmente en hospitales y clínicas y un amplio rango de escenarios.

En un estudio realizado con pacientes con cáncer y sus parejas en una clínica de Canadá, Birnie y cols., (2010) mostraron que el programa REBAP, produjo resultados benéficos, tanto para el paciente como para su pareja. Antes de la intervención aplicaron una serie de instrumentos que evaluaban el estado emocional, el estrés y la sintomatología física asociada al estrés del paciente y de su pareja. Se observó una disminución en la sintomatología psicológica relacionada con el estado de ánimo así como una disminución de los síntomas físicos asociados al estrés. Sus resultados muestran un aumento en la atención plena al término de la intervención.

Ong y Sholtes (2010) trabajaron la intervención en pacientes con insomnio y otros problemas del sueño. Los resultados de su estudio mostraron un aumento en el tiempo que las personas permanecían dormidas así como una mejor calidad del mismo durante la noche. Afirman que la intervención les permitió a las personas con este problema controlar las reacciones emocionales causadas por los trastornos del sueño. El trabajo terapéutico se enfocó más en el despliegue del sueño que en incrementar los esfuerzos para aclarar la mente o tratar que el sueño tenga lugar. La aproximación terapéutica del programa REBAP es más aceptable para aquellos pacientes que prefieren un tratamiento para el insomnio que no sea farmacológico y para aquellos que están dispuestos a hacer cambios en su estilo de vida.

Por su parte Grossman y cols. (2004) realizaron un metanálisis del REBAP. Los autores consideraron estudios controlados y observacionales. Los resultados a los que llegaron sugieren la utilidad del programa como una intervención para un amplio espectro de trastornos crónicos y mentales. Los autores sostienen que el entrenamiento en atención plena podría mejorar las características generales de enfrentamiento del estrés y las dificultades de la vida diaria, así como también bajo condiciones más extraordinarias como trastornos o estrés severos.

Según este mismo estudio, la mejoría de las personas que asistieron al programa fue evaluada a través de un conjunto de mediciones estandarizadas. Estas dimensiones incluyen dimensiones psicológicas de bienestar, síntomas médicos, sensibilidad al dolor, daño físico y estimaciones de la calidad de vida. Los autores sostienen que los principios que subyacen al programa y sus conceptos son los siguientes: 1) los seres humanos son, por lo general, no conscientes de la experiencia momento a momento, con frecuencia conduciéndose de forma automática y reactiva; sin embargo 2) son capaces de desarrollar la habilidad de la atención sostenida para observar el contenido mental que experimentan; 3) el desarrollo de esta habilidad es gradual, progresiva y requiere de una práctica regular; 4) la experiencia de la conciencia momento a momento proporcionará un sentido más enriquecedor de la vida. En la medida en que la experiencia llegue a ser más vívida y activa, la participación consciente reemplazará a la reactividad inconsciente; 5) así la observación persistente y no evaluativa del contenido mental gradualmente dará lugar a una percepción más apropiada y 6) debido a que se desarrolla una percepción más apropiada de las respuestas mentales a diversos estímulos, se reúne información adicional que mejorará las acciones de la persona. Esto conlleva a un mayor sentido de control, por ejemplo mejora el procesamiento emocional y las formas de enfrentar los efectos del estrés o la angustia de la vida diaria, mejora la autoeficacia y un proporciona un sentido de bienestar.

Intervenciones basadas en atención plena para síntomas de ansiedad y depresión.

Existen diversos estudios que confirman la utilidad de las intervenciones basadas en la atención plena para tratar problemas relacionados con el estrés y ansiedad. Entre los problemas abordados se encuentran ataques de pánico (Kim Lee y cols., 2009), trastorno de ansiedad generalizada (Kabat-Zinn y cols., 1992) y trastorno de fobia social (Goldin y cols., 2009).

Tanto en el trastorno de ansiedad generalizada como en el trastorno de pánico se observó un decremento significativo en los puntajes obtenidos en una escala de ansiedad, así como también en síntomas depresivos incluyendo una moderación en el nivel de preocupación y de rumiaciones mentales. Por ejemplo, al inicio de la intervención, presentaron puntajes de

12 puntos en el inventario de ansiedad de Beck, mismos que disminuyeron a 5 al finalizar la intervención y en la Escala de síntomas físicos (SRT-90) disminuyó de 8 puntos a 2.5.

En el caso de trastorno de fobia social, Goldin y cols. (2009) evaluaron los efectos del programa en este tipo de pacientes, con una serie de mediciones tanto clínicas como neurológicas. Los autores afirman que una de las principales características de estos pacientes es la presencia de un procesamiento de información auto-referencial. La persona sobre-evalúa su desempeño social distorsionando las interpretaciones que de él hace, lo que provoca un mantenimiento del miedo. Los resultados de los autores muestran que a partir de la intervención se redujeron los síntomas de ansiedad social, depresión, rumiaciones y se observó un incremento en la auto-estima de los pacientes. Observaron un decremento en el procesamiento auto-referencial negativo y un incremento en el positivo.

La habilidad psicológica de propiciar un cambio de una conciencia evaluativa a una no evaluativa podría estar relacionada con la disminución de las rumiaciones negativas auto-dirigidas, según comentan los autores. Estos resultados indican que una modulación, tanto del contenido como del proceso cognitivo, podrían ser los mecanismos principales que subyacen la efectividad de las intervenciones psicosociales para la fobia social. Finalmente los autores mencionan que estos cambios se observan a nivel de estructuras tales como la corteza prefrontal ventral-medial y la corteza prefrontal dorsal-medial, las cuales están involucradas en las modalidades narrativas-lingüísticas-conceptuales.

Davidson y cols. (2003) llevaron a cabo mediciones de la respuesta cerebral y función inmunológica de personas que participaron en el REBAP. El objetivo del estudio era conocer algunos de los mecanismos biológicos bajo los cuales opera la meditación. Los autores llegaron a la conclusión de que la meditación en atención plena produce una activación del área cortical anterior del lado izquierdo del cerebro, área que está asociada con una reducción en la ansiedad y el afecto negativo (AF) así como un incremento en el afecto positivo. Las personas con una mayor activación en esta área del cerebro muestran una recuperación más rápida después de haber estado expuestas a una situación emocionalmente negativa.

Kabat-Zinn y cols. (1992) al evaluar la efectividad del programa en pacientes con trastornos de ansiedad, encontraron que el porcentaje de personas que completaron la intervención fue alto. Alrededor del 90% de los participantes mostraron una marcada mejoría, tanto en los síntomas de ansiedad como de depresión, después de la intervención. Por ejemplo, la puntuación en la Escala de Ansiedad de Beck, disminuyó de 24 puntos a 9 al finalizar la intervención y para los síntomas de depresión disminuyó de 18 a 10 puntos. Esta mejoría se mantuvo a los tres meses de haber concluido la intervención. Se observaron diferencias significativas pre-post intervención en el número de ataques de pánico. La adherencia al tratamiento se reportó de moderada a alta, la cual se vio reflejada en una respuesta positiva y exitosa hacia la intervención, así como la adopción de un conjunto de nuevas conductas, que incluyen tanto la meditación formal como la informal.

Intervenciones basadas en la atención plena y presencia de enfermedad crónica

La sintomatología de ansiedad y depresión está presente muy a menudo en pacientes con enfermedades crónicas como consecuencia del malestar y discapacidad asociada (Hervás, y cols., 2016).

En un estudio de meta-análisis realizado por Bohlmeijer y cols., (2010) en pacientes con enfermedades crónicas como dolor crónico, afecciones cardiacas y cáncer, se evaluó su nivel de sintomatología ansiosa, depresiva y malestar en general antes y después de haber recibido una intervención REBAP. Los resultados mostraron que hubo un mayor impacto sobre los síntomas de ansiedad sobre los de depresión, esto probablemente debido a que desde el inicio de la medición fueron menores. Los autores concluyen que los resultados dependen de las características metodológicas de los estudios y que pueden variar de una población a otra.

En otro meta-análisis, Merkes (2010) analizó 15 estudios que emplearon la REBAP en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, dolor crónico, afecciones cardiacas, entre otras. Los resultados se evaluaron en torno a la salud mental, el bienestar y calidad de vida. En todos los estudios se observaron mejorías en las variables mencionadas aunque a través de distintos diseños de investigación e instrumentos de medición. Entre los

resultados a destacar se encuentra una mejoría en el afrontamiento de los síntomas de la enfermedad.

Finalmente Dermazo y cols., (2015), realizaron un meta-análisis de los resultados de seis estudios de intervenciones basadas en atención plena en primer nivel. Consideraron también estudios de pacientes con enfermedades crónicas. Los instrumentos que emplearon para evaluar las variables fueron el Inventario de depresión y ansiedad de Beck, la encuesta breve de Salud (SF-36), cuestionario de salud del paciente, entre otros. Los resultados de este meta-análisis muestra un tamaño efecto ($g=0.48$) moderado de la intervención sobre las variables medidas y relacionadas con la calidad de vida. Los investigadores mencionan que este tamaño del efecto es similar al reportado en otros estudios relacionados con el tema.

Con respecto a las características que comparte las intervenciones basadas en la atención plena con otros enfoques terapéuticos, Kabat-Zinn y cols. (1992) mencionan que las primeras y demás programas de relajación comparten algunos atributos con las aproximaciones cognitivas y conductuales utilizadas en otros trastornos. Sin embargo difieren estructural y teóricamente en un número notable de aspectos.

En cuanto a lo que comparten estas aproximaciones sobresale el énfasis que se le hace a la persona en notar las sensaciones y pensamientos que experimenta sin verlos como algo catastrófico, además de que se les insta en el uso de situaciones que inducen estrés como señales que comprometen nuevas conductas. Otro aspecto que tienen en común las aproximaciones cognitivo y conductuales con las meditativas es la asignación de tareas que refuercen lo que la persona aprendió durante la intervención. Sin embargo, existen diferencias en las intervenciones basadas en la atención plena y específicamente en el programa de Reducción de estrés con respecto al enfoque cognitivo-conductual.

El programa REBAP más que enfocarse en distinguir los pensamientos en positivos o negativos se enfoca en identificar los pensamientos sólo como eso, como pensamientos; reconociendo su potencial inadecuación y limitaciones, y no sólo como pensamientos que producen malestar. Esta actitud se cultiva en la práctica de meditación formal así como su aplicación durante la vida cotidiana de las personas.

La meditación formal se enseña como una disciplina diaria para ser practicada con regularidad independiente del estado emocional en el que se encuentre la persona. El programa hace énfasis en la meditación como una forma de ser, de vivir y de desarrollar estrategias alternativas para enfrentar el estrés y el malestar emocional, más que como una técnica para enfrentarse a un problema específico.

La intervención se lleva a cabo en escenarios no psiquiátricos con grupos heterogéneos de pacientes quienes presentan diversas situaciones emocionales. Esta es una característica distinta al modelo de terapia cognitivo-conductual, la cual es más focal. En cambio, el programa REBAP se dirige en la práctica de la meditación en sí misma más que en un trastorno o diagnóstico específico.

El programa no emplea como técnica la exposición al estímulo que causa el malestar con intención de desensibilizarse a él, sino que alienta a los pacientes a indagar con curiosidad y receptividad los síntomas de malestar emocional como una experiencia más y considerarla como una oportunidad para comprometerse con el desarrollo de la atención plena. Esto como una respuesta alternativa a los patrones habituales de reactividad emocional. El programa hace uso de una reestructuración cognitiva que se traslapa con otras aproximaciones cognitivas y conductuales.

Las habilidades que se cultivan en el entrenamiento de la atención plena difieren de aquellas que se desarrollan en las técnicas de monitoreo conductual. En los programas basados en la atención plena las personas reciben entrenamiento inicial para desarrollar la concentración a través de enfocar la atención de manera sistemática y continua sobre un campo restringido de observación, como puede ser la respiración o la propiocepción¹². La concentración proporciona estabilidad a la propia capacidad para observar los pensamientos y sentimientos atemorizantes en una forma no reactiva. Junto con la atención plena, la concentración da lugar a una experiencia directa del objeto de atención no discursiva y no analítica. Esta postura contrasta con la acumulación de datos externos involucrados en el análisis conductual de antecedentes y consecuencias.

¹² Se denomina propiocepción al sentido por el que se tiene consciencia del estado interno del cuerpo, o bien, del cuerpo con respecto al espacio.

Las personas a quienes les es posible identificar los pensamientos disruptivos sólo como pensamientos más que como una realidad; reportan que esta consciencia por sí sola reduce su malestar emocional e incrementa su habilidad para enfrentarse, de manera más efectiva, con situaciones que le producen malestar. La capacidad de darse cuenta de que uno no es sus pensamientos significa que la persona cuenta con un rango posibilidades para responder a ese pensamiento en lugar de reaccionar (Kabat-Zin, 2011; Moffitt, 2008). Este incremento en el número de opciones para responder está asociado con un sentido de control.

La manera en que se incorpora la práctica meditativa durante la intervención es paulatina, de forma que la duración se incrementa para propiciar que las personas logren habituarse a la nueva forma de relacionarse con su experiencia de sufrimiento cualquiera que esta sea. De manera que para el final de la intervención las personas ya han desarrollado la habilidad de permanecer con su experiencia tal y como surge durante más tiempo. Esto propicia una mejor pericia en la atención plena tanto en la práctica formal como en su vida diaria (Kabat-Zinn y cols. 1992).

Entonces ¿Por qué adaptar una intervención como el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena a población Mexicana? Por 2 razones principales: 1) Porque dadas las implicaciones que tienen la presencia de estrés y la relación que guarda con síntomas de ansiedad y/o depresión en la vida de las personas, el programa REBAP podría ayudar a disminuir el estrés y por tanto la sintomatología asociada. Lo hace a través del cultivo y desarrollo de la atención permitiendo una exploración profunda de la naturaleza de los pensamientos y emociones aflictivas. Es una intervención que no requiere de mayores elementos más que la propia presencia y el cultivo de la atención, momento a momento, para generar estados mentales armoniosos. O bien, para disminuir estados mentales aflictivos consecuencia de una reactividad emocional constante y 2) Porque en México se requieren de intervenciones que demuestren ser metodológicamente adecuadas y que representen un recurso de fácil acceso, sencillo, no costoso, que se pueda llevar a cabo en cualquier momento y espacio. En el caso específico del presente estudio, las mujeres con enfermedades crónicas resulta un grupo que puede verse beneficiado de este tipo de recursos. El manejo de una enfermedad crónica consume muchos recursos, tanto prácticos

como emocionales, lo que genera una afectación importante en la salud mental de estas mujeres.

Capítulo 4

Planteamiento del problema

De acuerdo con la OMS (2008), de los casos atendidos en el primer nivel de atención, alrededor de la tercera parte presentan síntomas somáticos que son medicamente inexplicables (p.e. dolor, fatiga, mareos, síndrome de colon irritable, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, etc.). Aproximadamente en el 15% de estos pacientes, el estrés psicológico es el elemento subyacente a dichos síntomas (Prince, 2007).

Las expresiones comunes para este tipo de malestar incluyen frases como: *'pienso demasiado'*, *'siento pesado el cuerpo'*, *'sufro de los nervios'*, *'siento calor o caliente la cabeza'*, *'siento como si me hubiera golpeado todo el cuerpo'*, *'siento hundimiento en el pecho'*, etcétera (Organización Mundial de la Salud, 2008).

De acuerdo con *Stress in American Survey* (APA, 2012), el 72% de los encuestados afirma que su nivel de estrés ha incrementado o se ha mantenido en los últimos 5 años. El 20% reporta un nivel crónico de estrés. El 70% reporta tener síntomas físicos y psicológicos de estrés (37% irritabilidad o ira, 37% fatiga, 35% sensación de estar abrumado, 30% alteraciones en los hábitos de sueño).

Esta información se fundamenta en literatura científica en la que se ha documentado una estrecha relación entre la presencia de estrés crónico, enfermedades físicas (p.e. cáncer, hipertensión, infartos, infecciones) y trastornos mentales (p.e. Ansiedad, depresión, consumo de sustancias, etc). (Selye, 1956; Lazarus y Folkman, 1984; Sapolsky, 1995; Olf, 1999; Vissoci y cols., 2004).

La asociación entre estrés, ansiedad y depresión es muy estrecha, dicha asociación puede ser de tipo estadístico, clínico y teórico (Olf, 1999; Vissoci y cols., 2004; Liu y Alloy, 2010; Rooij y cols., 2010; O'Connor y cols., 2010; Alves y cols. 2011; Judah y cols., 2013). Algunos estudios mencionan, incluso, un orden de temporalidad en cuanto a su aparición y manifestaciones clínicas. Existen modelos que dan cuenta del efecto mediador o

moderador de la relación de estrés y depresión incluyendo la diátesis biológica-cognitiva e interpersonal (Levinson, 2006; Beck, 1987; Van Order y cols. 2005).

De esta manera se observa que la prevalencia para la sintomatología ansiosa en el primer nivel de atención, se estima entre un 10% y un 30% (Sansone y cols. 2004; Stein y cols. 1995; Rucci y cols. 2003), mientras que la sintomatología depresiva se ubica entre un 10% y un 35% (Sansone y cols. 2004).

A pesar de ello, una proporción significativa de personas que presentan estrés crónico o síntomas de ansiedad y depresión, no reciben atención. Al no reunir los criterios diagnósticos establecidos para un trastorno mental, o al presentar síntomas medicamente inexplicables, corren el riesgo de no recibir la ayuda necesaria; presentando una discapacidad funcional significativa, así como una alta tasa de utilización de servicios médicos (Roy- Byrne y cols., 1994; Barlow y Campbell, 2000; Bojorquez y cols., 2009.).

El problema, entonces, se vuelve complejo pues se propicia una especie de amalgama entre el estrés subyacente, los síntomas de ansiedad y depresión, y la enfermedad física. Esta combinación produce un efecto de sinergia que en caso de no ser tratada puede dar lugar a una discapacidad importante (Scott y cols., 2009; Cano-Vindel y cols., 2011).

Actualmente existen una serie de intervenciones enfocadas a tratar los síntomas de ansiedad y depresión (Barkow y cols., 2004; Dowick y cols., 2009; Walters y cols., 2011; Prins y cols. 2011; Lara y cols., 2003; Riveros y cols. 2005; Sánchez y cols. 2006). Sin embargo, en dichas intervenciones los síntomas se abordan de manera colateral a otras enfermedades físicas y la mayoría de estas intervenciones sólo se encuentran disponibles en un nivel de atención especializado.

Con base en estas observaciones sobre las características clínicas de la población que asiste al primer nivel de atención, destaca la necesidad de contar con un programa de intervención dirigido a atender un componente que asociado a los síntomas de ansiedad y depresión, así como a otros padecimientos físicos: El estrés. Se considera que al brindar a las personas herramientas y recursos terapéuticos para reducir el nivel de estrés, se propicia una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión asociados, de manera que ello cause

un impacto positivo en su salud. De igual forma, se reconoce la necesidad de que éste programa sea de fácil acceso, de fácil aplicabilidad y sin costo para que pueda llevarse a cabo.

Justificación

Desde la perspectiva de la organización de los servicios de salud el primer nivel de atención se ha definido como la puerta de entrada al sistema asistencial, con mayor cobertura y menor complejidad. Se le ha identificado como el escenario en donde es común que se presenten problemas de salud mental y psiquiátricos (Saldivia y cols. 2005). Entre estos problemas se encuentran síntomas de tipo somático y psicológico, asociados con el estrés, la ansiedad y la depresión. A partir de estas características, el primer nivel se considera idóneo para la atención de ciertos padecimientos mentales (Berenzon y cols., 2003).

Sin embargo, y a pesar de los grandes esfuerzos que se han llevado a cabo para brindar la atención adecuada en este nivel, aún hay mucho por hacer. Las personas presentan malestar físico y emocional importante, por lo que se requieren intervenciones de fomento de la salud mental a partir del autocuidado (OMS, 2008), y no solamente enfocadas en la enfermedad. Intervenciones que brinden a las personas recursos para hacer frente a las problemáticas cotidianas cuando éstas aún pueden ser resueltas, ya que una vez que se acumulan y no se resuelven, llevan a la persona a un estado de desgaste y enfermedad.

Desde esta perspectiva y de la estrecha relación entre el estrés crónico y la sintomatología ansiosa y depresiva, se considera que sí se aborda el problema en sus primeras manifestaciones, se puede lograr un impacto positivo en la salud física y emocional de las personas. Así con la reducción de estrés se disminuirán los estragos emocionales relacionados con la ansiedad y la depresión, así como con la enfermedad física.

Se pretende fomentar en las personas: a) la identificación de sus estados emocionales y la manera en cómo gestionarlos de forma eficaz, b) al reconocer dichos estados, se propiciará un mejor manejo de los conflictos cotidianos a través de una evaluación más objetiva de la situación, c) lo que favorecerá un mayor autocontrol de las reacciones al estrés

(pensamientos, emociones, conductas), d) dichos elementos, a su vez, fomentarán un mayor bienestar emocional y físico.

Actualmente existe una intervención que ha sido dirigida tanto a población general como a población clínica, dicha intervención pretende mejorar las habilidades para afrontar el normal pero significativo estrés de la vida diaria y sus consecuencias asociadas. Esta intervención se ha probado en distintos estudios, mostrando una efectividad importante (Kabat-Zinn y cols. 1992; Kim, Lee y cols. 2009; Kabat-Zinn y cols. 1987; Tiefenthaler y Grossman, 2002; Davidson y cols. 2003; Vetesse y cols., 2009; Tanay y cols. 2012). Se trata del programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP, Kabat-Zinn, 1990).

El programa REBAP tiene por objeto fomentar la atención plena como foco de la intervención, a fin de reducir la vulnerabilidad o riesgo de presentar diversas formas de psicopatología (Tanay y cols. 2012). En el presente estudio se eligió adaptar el REBAP a la población mexicana con el objetivo de probar su utilidad para la reducción efectiva y la disminución del estrés, así como en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión asociados a éste.

A través de esta intervención, las personas pueden mejorar la evaluación que hacen de aquellas situaciones ante las cuales se sienten rebasadas o amenazadas, disminuyendo así el grado de amenaza percibido. La intervención lo logra a través de llevar a la persona a notar esas reacciones automáticas y profundamente arraigadas, y cómo estas reacciones, lejos de aportarle un beneficio, solo alimenta la sensación de amenaza y malestar. La intervención también fomenta un sentido de integración, es decir, lleva a la persona a experimentar directamente la interrelación de sus pensamientos, emociones y conductas. De manera que esta integración se refleje en aspectos de su vida cotidiana.

Con base en lo anterior se considera que el programa REBAP es una intervención que puede resultar de utilidad para una población en riesgo de presentar mayores problemas de salud mental debido a los altos niveles de estrés a los que está expuesta. De manera que, una vez que las personas aprendan a reconocer la fuente del estrés y la forma en cómo lo hacen frente, puedan relacionarse de manera distinta con él y con los problemas derivados

del mismo. Se pretende que este cambio de relación con las experiencias estresante de la vida cotidiana se logre a través del desarrollo de la atención plena.

Pregunta de investigación

¿Qué nivel de efectividad tiene una intervención de Reducción de estrés basada en la Atención Plena en un grupo de mujeres con enfermedad crónica y síntomas de ansiedad y depresión que acuden a un centro de primer nivel de atención en la Ciudad de México?

Hipótesis.

- Al incidir en la reducción del estrés cotidiano de las mujeres, a través de la intervención basada en la atención plena, se logrará una disminución de los síntomas de ansiedad y depresión asociados a dicho estrés.

Objetivo general.

Evaluar la efectividad de un programa de reducción de estrés basado en la atención plena dirigido a un grupo de mujeres con enfermedad crónica y síntomas de ansiedad y/o depresión que acuden a un centro de primer nivel de atención en la Ciudad de México.

Fase 1. Adaptación de la intervención

Objetivos específicos.

- Adaptar los materiales empleados en el programa original para ser utilizados en un grupo de mujeres con alguna enfermedad crónica que asisten a un centro de primer nivel de atención.
- Validar el instrumento *Mindful Attention and Awareness Scale* (MAAS).
- Examinar, mediante una prueba piloto, la comprensibilidad y aplicabilidad de los materiales de la intervención en el escenario propuesto.

Fase 2. Prueba de efectividad de la intervención

Objetivos específicos.

- Evaluar la asociación entre el estrés percibido y los síntomas de ansiedad y depresión.
- Evaluar el efecto de la intervención sobre el estrés percibido.
- Evaluar el efecto de la intervención sobre la sintomatología ansiosa.
- Evaluar el efecto de la intervención sobre la sintomatología depresiva.
- Evaluar el efecto de la intervención sobre la atención plena

En el siguiente apartado se describe el método empleado para cada una de las fases del presente trabajo, se aborda el tipo de estudio, las participantes, instrumentos y procedimientos empleados para cubrir cada uno de los objetivos planteados.

Capítulo 5.

Método

El estudio se llevó a cabo en dos fases. La primera estuvo constituida por la adaptación de la intervención y la prueba piloto, en la segunda fase se realizó la prueba de efectividad de la intervención. A continuación se presenta lo relacionado al desarrollo de la fase 1 y posteriormente se presenta la fase 2.

FASE 1. Adaptación de la intervención.

La fase 1 se constituyó por tres componentes: 1.1) la adaptación de los materiales de la intervención, 1.2) la validación del instrumento MAAS y 1.3) la prueba piloto de los materiales (Rounsaville y Carroll, 2001).

Para cubrir los objetivos de esta fase se llevó a cabo un estudio no experimental, transversal.

1.1. Adaptación de los materiales de la intervención

Objetivo. Adaptar los materiales empleados en el programa original para ser utilizados en un grupo de mujeres con alguna enfermedad crónica que asisten a un centro de primer nivel de atención.

Materiales. Desarrollo y adaptación de los materiales y contenidos de la intervención

- Grabaciones para guiar las meditaciones.

Se grabaron una serie meditaciones guiadas con una introducción y cuyo objetivo fue servir de apoyo a las personas en entrenamiento para el desarrollo de la atención plena. Estas grabaciones se tomaron del programa original en español (*Center for Mindfulness in medicine, health care and society*, 2012). En ellas se describe el tipo de práctica meditativa a realizar; por ejemplo, meditación en la respiración. El ritmo de las grabaciones fue

pausado para permitirle a la persona contactar a su propio ritmo e ir adentrándose en la práctica. El tiempo de cada práctica varió de acuerdo con su contenido.

Originalmente eran seis grabaciones, el número se conservó, pero su estructura se modificó. Se grabaron por separado las tres introducciones (Ver anexo 5). La introducción no se enumeró debido a que no es necesario escucharla repetidas veces. El orden fue el siguiente:

***Introducción General**

1. Introducción a la meditación en el cuerpo.
2. Meditación en el cuerpo.
3. Introducción a la meditación en la respiración.
4. Meditación en la respiración.
5. Introducción a la meditación sedente.
6. Meditación sedente.

El contenido de las meditaciones integró los distintos elementos que constituyen a la meditación, por ejemplo, se comenzaba con llevar el foco de la meditación hacia las sensaciones de la respiración, a manera de establecer y calmar la atención, para después expandirla hacia las distintas sensaciones del cuerpo y estímulos externos (sonidos, olores, tacto) y finalmente dirigirla hacia el contenido mental (pensamientos) y así observar el contenido mental como un fenómeno más de la experiencia.

Procedimiento

- Adaptación de audios

Primero se escucharon los audios originales y se transcribieron. Una vez transcritos, la investigadora a cargo revisó el contenido y el lenguaje utilizado, y con base en la opinión de un panel de expertos en el tema, se realizaron las modificaciones necesarias. Por ejemplo, hubo palabras o frases que en el español de México no se emplean con frecuencia como ‘barriga’, ‘acuéstese tumbado hacia arriba’, etcétera. Además se cuidó los tiempos de pausas entre las instrucciones, es decir, si en la grabación original las pausas eran muy cortas, en la nueva grabación se buscó hacer pausas más largas y mesurar más la cantidad

de lenguaje utilizado, privilegiando silencios más largos. Los audios se volvieron a grabar con la voz de la instructora, que fue lo recomendado por el panel de expertos, a fin de que los participantes mantuvieran la familiaridad con la instrucción y la voz.

- Desarrollo y estructura de cada una de las 8 sesiones de la intervención.

El desarrollo y estructura de las sesiones consistió en reunir los contenidos correspondientes a cada sesión junto con las técnicas y elementos a emplear. El desarrollo de esta tarea se basó en el manual del programa en español (*Center for Mindfulness in medicine, health care and society*, 2012) y se complementó con otros materiales, específicamente libros que describen los fundamentos de la intervención. El manual del programa en español contaba con una serie de instrumentos de evaluación al inicio, el contenido de las sesiones y material complementario como: poemas en inglés, láminas de ejercicios, algunos fundamentos teóricos y esquemas de las consecuencias negativas del estrés. Con base en las características de las participantes, se buscó que la selección del material fuera lo más práctica y sencilla posible, por ejemplo se evitó el uso de un lenguaje técnico o abstracto así como el empleo frecuente de definiciones o conceptos. De este material, se seleccionó sólo el necesario.

Lo primero fue definir cuáles eran los aspectos que debían desarrollarse para cada una de las sesiones. Tales aspectos fueron:

- Objetivo de la sesión. En este elemento se precisó cuál era el interés a trabajar durante la sesión. El objetivo determinó el contenido de la sesión, las técnicas a utilizar, el tipo de ejercicios, etc.
- Componentes principales. Se refiere a aquellos elementos que fueron centrales para el desarrollo de la sesión. Fueron una especie de eje vector que dirigió el desempeño de la misma. Por ejemplo, el tipo de práctica meditativa a llevar a cabo, los elementos que la constituían (ej. Meditación en el cuerpo) o elementos teóricos que

serían expuestos a manera de informar al participante (ej. Las consecuencias de la reactividad al estrés)

- Contenido temático. Este elemento se refería al tema que correspondía a cada una de las sesiones, además de las prácticas meditativas, se abordó un tema que era relevante a las prácticas. Estos temas eran aspectos como: qué es la atención plena o la meditación, la manera en cómo las personas podían tener un rol activo en el cuidado de su salud emocional y física, etc.
- Tareas. Una parte importante del desarrollo de la atención plena era que las personas la practicasen, no solo durante la sesión sino, más importante aún, que la incorporaran a su vida cotidiana. Por esa razón es que el papel de las tareas fue importante. Las tareas se dividían en dos tipos: 1) tareas formales y 2) tareas informales. Las tareas formales eran básicamente las prácticas meditativas que eran instruidas a través de las audio-guías y que debían realizarse diario. Las tareas informales eran la aplicación de la atención plena a actividades cotidianas de las personas (ej. comer, bañarse, entre otras).

Las Características principales de las ocho sesiones del Programa REBAP se encuentran en el anexo 2.

El contenido de cada una de las sesiones y las actividades que refuerzan los temas revisados se ordenaron y compilaron en un par de manuales: 1) El manual del usuario o cuaderno de tareas y 2) El manual del terapeuta. El primero tiene por objetivo dar seguimiento a los ejercicios y temas abordados en cada sesión a través de una serie de tareas a realizar en casa a lo largo de todo el programa. El segundo contiene paso a paso cada una de las sesiones de la intervención, de manera que pueda ser consultado y conocer cada una de las técnicas, ejercicios y la manera en que se transmitirá a los participantes. Ambos manuales se encuentran en los anexos 5 y 6 respectivamente.

En la próxima sección se describe el procedimiento para la validación del instrumento MAAS.

1.2. Validación del instrumento (*Mindful Attention and Awareness Scale-MAAS*).

Objetivo. Obtener una versión válida y confiable del instrumento en una muestra de usuarios de primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Muestra.

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Kerlinger y Lee., 2002).

Participantes

Los participantes fueron 124 usuarios de un centro de primer nivel de atención, el 74% fueron mujeres y el 26% fueron hombres con una media de edad de 39 años y una desviación estándar de (± 15.49). Las demás características se encuentran en la sección de resultados (capítulo 6).

Escenario

Un centro de Salud TIII perteneciente a la Jurisdicción 'Venustiano Carranza'. El centro contaba con 6 consultorios de consulta general, un laboratorio de análisis químicos, servicios de especialidad como son: dos consultorios de odontología, un área de trabajo social. Anexo al centro tenía un área de atención para adicciones y un consultorio de psicología. El centro se ubicaba en una zona popular rodeado de casas, escuelas, cerca había un parque, una iglesia y un mercado.

Instrumento.

El MAAS (Brown y Ryan 2003) es una escala de auto-reporte que consta de 15 reactivos que evalúan las diferencias individuales en la capacidad de las personas para estar atentos y conscientes de sus experiencias en la vida cotidiana. Se responde en escala de tipo Likert que reflejan la frecuencia con la que las personas están atentas a sus distintas actividades diarias. Las opciones son: 1. Siempre, 2. Casi siempre, 3. Frecuentemente 4.

Ocasionalmente, 5. Casi nunca, 6. Nunca. La calificación se obtiene al calcular el puntaje total, de manera que a mayor puntaje se refleja una mayor disposición a estar atento y consciente a las experiencias y viceversa. Su uso no requiere experiencia previa en meditación.

La escala originalmente fue validada en población de estudiantes y población general estadounidense. Su consistencia interna muestra un valor de alfa de 0.87. En cuanto a su estructura se obtuvo un solo factor que agrupa todos los reactivos. La aplicación de la escala se ha asociado con otras variables psicológicas, tales como el bienestar, la regulación de la atención, la toma de decisiones y el entrenamiento en la atención plena.

Procedimiento

Para fines de la validación del instrumento como parte del estudio, se siguió el procedimiento establecido para la validación de instrumentos.

1. Se tradujo del inglés al español y viceversa. La traducción se llevó a cabo por dos personas cuyo dominio en el idioma es del 100%. El procedimiento fue plantearles el objetivo de la traducción y pedirles que una vez hecha la traducción esta fuera enviada a través de correo electrónico. Ambas traducciones fueron revisadas por la responsable del proyecto.

Al revisar ambas traducciones se observaron algunas diferencias. En la traducción las diferencias fueron muy pocas, de sinónimos o tiempos conjugados, por ejemplo en el reactivo que dice '*I could be experiencing...*', se tradujo como 'puedo' en lugar de 'podría'; o en el reactivo 6 'percibir' como sinónimo de 'no darme cuenta'.

2. En cuanto a la retraducción el tipo de diferencias encontradas fueron más bien de sintaxis, es decir, el significado del enunciado daba a entender lo mismo, pero la forma en que fue escrito variaba un poco. Un ejemplo de ello es el siguiente reactivo '*I rush through activities without being really attentive to them*', enunciado que fue retraducido como '*I used to do things fast without really paying attention to them*'. Esto sucedió con un poco menos de la mitad de los 15 reactivos. Por lo demás, las traducciones fueron muy similares entre sí.

3. Una vez obtenida la traducción final, ésta fue piloteada en 10 usuarios de un centro de salud con el propósito de hacer los últimos ajustes necesarios antes de realizar la validación. Entre los cambios que se hicieron fue cambiar las etiquetas de la escala Likert. Por ejemplo, se cambió el ‘casi siempre’ a ‘siempre’, y ‘casi nunca’ por ‘nunca’, pues de la manera original, no discriminaba bien entre una opción de respuesta y otra. Se cambiaron algunas palabras como ‘darme cuenta’, en lugar de ‘tener conciencia’. Los participantes tardaron menos de 10 minutos en responderlo.
4. Con la versión final del instrumento se procedió a su aplicación, lo cual tomó alrededor de tres semanas. Los resultados de la validación se muestran en el capítulo 6 del presente trabajo.

Plan de análisis de resultados.

Los resultados se analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 22. Primero llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables, el cual incluyó la prueba de normalidad de los datos. Se calcularon frecuencias y porcentajes para describir las variables categóricas y medias (sociodemográficas), desviaciones estándar y rangos para las continuas (edad y los reactivos). Posteriormente se realizó la prueba de confiabilidad de los datos, a partir del índice de consistencia interna de Alfa de Cronbach.

Para la validación se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales. Primero se probó con rotación Varimax, teniendo como resultado dos factores, pero al comprobar la distribución de las cargas factoriales, se decidió forzarlo a un solo factor sin rotar y así agrupar todos los reactivos en él.

1.3 Prueba Piloto.

Objetivo. Probar los elementos principales que constituyen a intervención (la consistencia teórica, la estructura, la viabilidad, la comprensión, la usabilidad¹³, etc.), a fin de conocer los aspectos de deberán ser mejorados y aplicados en la prueba de efectividad.

De acuerdo con Rounsaville y Carroll (2001), para poder probar la efectividad de una intervención, se requiere de un conjunto de mediciones y pruebas empíricas previas, que asegure que la nueva intervención es sólida, y por lo tanto, posible de llevarse a cabo. Este objetivo se cumple a través de la prueba piloto, la cual se considera una versión cercana a la nueva intervención.

Participantes.

Las participantes pertenecían a lo que se denominó ‘población recurrente’. En esta categoría se ubicaron los grupos de programas de salud. Tales como un grupo de mujeres embarazadas que asistían al centro con el fin de recibir atención y seguimiento durante su periodo de gestación. También se consideró al grupo de ‘Mujeres Unidas por la Salud’ (MUSAS)¹⁴, constituido por mujeres con alguna enfermedad crónica, en lo general mayores de 50 años, que se reunían dos veces por semana para realizar ejercicios físicos. Estos grupos tenían la característica de que eran supervisados por un médico del centro de salud y un trabajador social. Las participantes fueron 18 usuarias. La media de edad fue de 46 con una desviación estándar de 17±. El 50% tenía pareja y el otro 50% estaba sin pareja. El 89% se dedicaba al hogar y el 11% tenía alguna actividad laboral.

Escenario.

El escenario fue el mismo centro de salud en donde se llevó a cabo la validación del MAAS (ver sección 1.2)

¹³ Usabilidad se refiere a la facilidad con la que las personas pueden utilizar una herramienta particular o cualquier objeto fabricado por humanos con el fin de lograr un objetivo concreto. Es este caso se refiere a la facilidad de uso de la intervención para que las personas puedan utilizarla.

¹⁴ El grupo de mujeres unidas por la salud (MUSAS) se reunían con el fin de hacer ejercicio físico y mantenerse activas, de manera que mejoraran su estado de salud en general. Del mismo modo, había un médico general a cargo del grupo al igual que una trabajadora social.

Instrumento.

Se elaboró un cuestionario para evaluar la opinión de las participantes acerca de elementos de la intervención, tales como: El contenido de las sesiones, el lenguaje empleado, la utilidad de los ejercicios, el nivel de comprensión de la información, el agrado o desagrado por los temas, etcétera. El cuestionario se encuentra en el anexo No. 8 del presente trabajo.

Procedimiento.

1. Se contactó a las autoridades del centro de salud, se presentaron los documentos correspondientes que avalaban la petición de trabajar en el lugar y se les explicó a las autoridades el objetivo y el procedimiento en general. Una vez que se obtuvo la autorización por parte del director del centro, se inició el trabajo de campo.
2. Durante las primeras semanas solamente se asistió a observar las dinámicas del centro, las cuales incluyeron identificar: la hora de mayor afluencia de los pacientes, el tipo de población que acude, su interacción con el personal de salud, el tiempo promedio que permanecen en la sala de espera, la manera en que solicitaban los servicios, etc. Estas visitas también sirvieron para establecer contacto con el personal del centro de salud y acercarse a la población.
3. Una vez realizado el proceso de acercamiento y conocimiento del funcionamiento general del centro de salud, interactuó con los usuarios, preguntándoles a qué consulta iban, si eran usuarios frecuentes, cuánto tiempo permanecían en el centro en espera de atención, si vivían cerca, etcétera.
4. Debido a los testimonios de los usuarios y a las observaciones que se realizaron, se notó que era complicado trabajar con la población que únicamente asiste a consulta médica, pues mencionaron no tener tiempo para participar en alguna otra actividad o no asistir con frecuencia al centro. Razones por las que se tomó la decisión de aplicar la prueba piloto con las usuarias de los grupos de mujeres embarazadas y *MUSAS*, es decir, la población recurrente. Previamente se contactó a los médicos y trabajadores sociales

responsables de ambos programas, se les habló del estudio y se les pidió permiso para trabajar con sus grupos.

5. Con la obtención de la autorización, se programaron los ejercicios y meditaciones de la intervención a incluir en la prueba piloto, se les explicó a los participantes en qué consistía y se dio paso a la aplicación de un audio de meditación o un ejercicio práctico de alguna de las ocho sesiones. Al finalizar la actividad se les evaluó el material, a través del cuestionario de opinión y se agradeció a las personas su participación.

Fase 2. Prueba de Efectividad de la intervención.

Para la realización de esta fase se empleó un estudio cuasi-experimental pretest-posttest con un grupo control no equivalente (Kerlinger y Lee., 2002).

Muestra.

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia (Kerlinger y Lee., 2002).

El diagrama de distribución de la muestra se representa en la figura 1, al término de la sección de escenario de esta sección.

Participantes

Las participantes conformaron dos grupos: I) el grupo experimental y II) el grupo control. A continuación se describe la constitución de cada uno de ellos y sus características. Con base en los resultados de la fase 1, las participantes de la fase 2 provinieron tanto de la población *recurrente* como de la población *fluctuante* que asistían a los centros de salud.

El grupo experimental estuvo constituido por 50 usuarias de la población *recurrente*, la cual la conformaron mujeres que pertenecían al Grupo de Ayuda Mutua (GAM)¹⁵. La característica principal para trabajar con este grupo fue que asistía de manera regular al centro a recibir atención médica y que presentaba una condición crónica, factor que contribuye a un mayor riesgo de presentar una sintomatología ansiosa y depresiva (Cano-Vindel, 2011).

El grupo control se conformó por 50 usuarias de la población *fluctuante*, se eligió de esta manera con el objetivo de balancear las características del grupo experimental. Como ya se

15 El grupo de Ayuda Mutua (GAM) es una estrategia de Prevención y Promoción de la Salud para proporcionar, de manera multidisciplinaria, redes de apoyo y estrategias de auto-cuidado con el fin de evitar la aparición de ciertos padecimientos, controlar lo que ya están presentes, o evitar sus complicaciones. Concretamente se enfoca en la prevención y atención de enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus, obesidad y padecimientos cardio y cerebro vasculares.

mencionó en la fase uno, la población fluctuante se caracterizó por asistir de manera ocasional al centro de salud y lo hacía por un motivo de consulta en particular.

Ambos grupos compartían características sociodemográficas similares, la media de edad para el grupo experimental fue de 59 años y para el grupo control fue de 51 años, el nivel de escolaridad fue en su mayoría de primaria para ambos grupos y más del 60% de las mujeres vivían en pareja. En la sección de resultados, en la Tabla 6, se muestran a detalle las características sociodemográficas de ambos grupos.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión a fin de seleccionar a las participantes del estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que asistían a un centro de atención sanitaria de primer nivel.
- Mayores de edad.
- Con presencia de estrés de moderado a alto (mayor a 21 puntos)
- Con presencia de síntomas de ansiedad y depresión por al menos las 4 últimas semanas. Los puntos de corte que se establecieron para considerar los casos con sintomatología fueron: 7 puntos o más para síntomas de ansiedad y de 6 puntos o más para síntomas de depresión.
- Que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Que presentaran un problema de salud que los incapacite física o mentalmente para desempeñar las actividades de la intervención.
- Que se encontraran participando en otra intervención al momento de participar en el estudio.

Escenario.

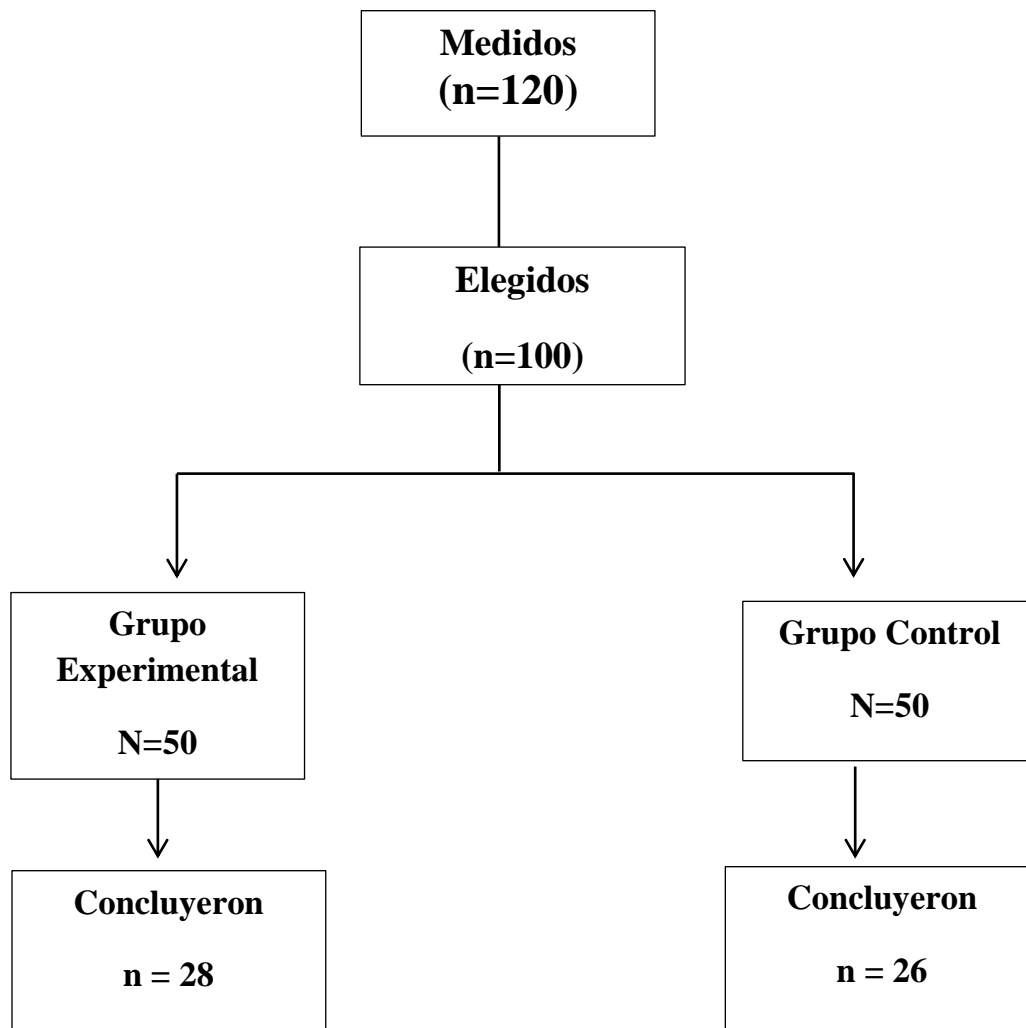
La fase 2 se llevó a cabo en el mismo centro de salud en el que se realizó la fase 1 del estudio y se agregó un centro más, con características muy similares. Ambos T-III y

pertenecientes a la misma delegación. De acuerdo con la clasificación oficial en que se dividen los centros de salud en la Ciudad de México, existen tres niveles: T-I, T-II y T-III.

El T-III se caracteriza por ser el nivel más completo en recursos y servicios brinda cobertura a un número mayor de población. Los servicios médicos con los que cuenta pueden variar según el centro que sea, pero en general tienen servicio de laboratorio, farmacia, rayos X, y algunas especialidades médicas. Los dos centros de este estudio fueron muy similares entre sí. Ambos eran T-III, contaban con servicios médicos similares y su población presentaba características sociodemográficas similares (mayor proporción de mujeres en comparación con los hombres, nivel económico bajo y nivel educativo básico). Ambos centros de salud contaban con servicio de psicología.

En cuanto a las diferencias, el centro de salud 1, como se denominará de aquí en adelante, tenía adjunto un Centro de Atención Primaria para las Adicciones (CAPA), lugar en donde se llevó a cabo la intervención debido a que era el único espacio disponible. El centro de salud 2 contaba con lo que se denomina 'Interrupción legal del embarazo' (ILE), que es un área especial para llevar a cabo este tipo de procedimientos. En este centro la intervención se llevó a cabo en el auditorio.

Figura 1. Esquema de distribución de la muestra.



En el esquema se observa que el estudio inició con una n de 120 participantes, esta muestra se constituyó por los grupos GAM de cada centro y por las usuarias que acudía al centro de salud por algún motivo de salud específico. A las 120 participantes se les aplicaron los tres instrumentos de evaluación, sin embargo 20 de ellas no cumplieron con el puntaje requerido en los criterios de inclusión.

La n de las participantes de los grupos GAM fue de 50 mujeres, por lo que se buscó reunir el mismo número de mujeres para conformar el grupo control. Este grupo provino de la población fluctuante del centro. Aunque se detallará con mayor precisión en el apartado del procedimiento, cabe mencionar que la diferencia entre el grupo experimental y el grupo control, es que el primero recibió la intervención mientras que el segundo no, y solamente fue evaluado en los mismos tiempos.

Ambos grupos iniciaron con 50 mujeres cada uno, al finalizar la intervención, el grupo experimental concluyó con 28 participantes (56%) y el grupo control con 26 participantes (52%). En el grupo experimental, la reducción en la muestra se debió a que las personas dejaron de asistir o lo hicieron en un menor número a 6 sesiones. En el grupo control se debió a que se perdió el contacto con las personas.

En el siguiente apartado se presentan las tablas 1 y 2 que contienen la definición conceptual como la operacional de cada una de las variables del estudio.

Definición de Variables.

Tabla 1. Definición conceptual de variables

Variables	Definición conceptual
Variable independiente. Intervención de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena para personas con presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva en primer nivel sanitario de atención.	El programa es una intervención que forma parte de un nuevo tipo de tratamiento que considera que los factores mentales y emocionales, la manera de pensar y de actuar; pueden tener un efecto significativo en la salud física y mental de las personas. Se basa en una sistemático y riguroso entrenamiento en la atención plena, la cual se considera una forma de meditación, desarrollada, en sus orígenes por las tradiciones budistas de Asia (Kabat-Zinn, 2011).
Variables dependientes.	
Estrés psicológico	El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991. pp. 43).
Sintomatología ansiosa	Se refiere al conjunto de manifestaciones subjetivas, físicas y mentales de ansiedad que no garantizan un diagnóstico psiquiátrico pero que conllevan un malestar significativo (Kessler y cols. 2009).
Sintomatología depresiva	Se refiere a aquellas manifestaciones de depresión que no garantizan un diagnóstico psiquiátrico pero que conllevan un malestar emocional (Bojorquez y cols., 2009).
Atención plena	Consiste en prestar atención, de manera deliberada, estable y no reactiva; a la experiencia del momento presente (Kabat-Zinn, 2011; Carmody, 2009).

Tabla 2. Definición operacional de variables.

Variables	Definición operacional
<p>Variable independiente.</p> <p>Intervención de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena para personas con presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva en primer nivel sanitario de atención.</p>	<p>Constituida por ocho sesiones semanales. Se trabaja de manera grupal y se requiere de ejercicios en casa a fin de practicar diario los ejercicios de meditación.</p>
<p>Variables dependientes.</p>	
<p>Estrés psicológico</p>	<p>Se empleó el instrumento <i>Perceived Stress Scale</i> (PSS). El cual ya fue adaptado a población mexicana (González y Landero, 2007) y que mide la percepción de estrés en las personas ante cualquier situación de su vida.</p>
<p>Sintomatología ansiosa</p>	<p>La variable se midió a través de <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS). Instrumento utilizado para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en población hospitalaria o con alguna condición médica.</p>
<p>Sintomatología depresiva</p>	<p>De igual manera, se empleó <i>HADS</i>, cuyas características ya fueron descritas.</p>
<p>Atención plena</p>	<p>Se midió a través del <i>Mindful Attention and Awareness Scale-MAAS</i> en su versión ya validada para la población del presente estudio.</p>

Instrumentos.

Se emplearon tres instrumentos, mismos que ya han sido adaptados y validados en población mexicana.

- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Elaborado por Zigmund y Snaith (1983). Se ha aplicado a diferentes enfermedades crónicas, diabetes y cáncer principalmente. Evalúa los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión y descarta los síntomas somáticos para ambos tipos de sintomatologías. Se ha utilizado en pacientes que acuden con frecuencia a algún servicio hospitalario, sin presencia de algún trastorno psiquiátrico, y población medicamente enferma (Noriega y Cols., 2013). Consta de 14 reactivos, 7 de ellos para evaluar síntomas

ansiosos y 7 para síntomas depresivos. Las respuestas son tipo Likert de 4 opciones. Para el presente estudio se utilizó una versión validada en población Mexicana (López- Alvarenga y cols., 2000), la cual presenta un alfa de *Cronbach* de 0.86 y coeficiente de correlación de 0.94.

Los puntos de corte que se utilizaron en este estudio fue de 7 o más para el caso de sintomatología ansiosa, este puntaje representa una nivel leve de la sintomatología. Para el caso de los síntomas depresivos el punto de corte utilizado fue de 6, que igualmente representa un nivel leve de sintomatología. Para este estudio, se decidió trabajar con los niveles leves y moderados de sintomatología, esto es, un punto de corte entre los 6 y los 11 puntos. A partir de un puntaje de 12 ya se considera una sintomatología relevante, puntaje que se consideró fuera del estudio, pues se podía sospechar de la presencia de un trastorno.

- *Perceived Stress Scale* (PSS). (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983). Adaptada a una muestra mexicana por González y Landero (2006). Escala de 14 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert con 5 opciones de repuesta (del 0 al 4) que mide el grado en el que los eventos de vida de las personas son evaluados como estresantes. La escala retoma la definición de estrés del modelo Transaccional de Lazarus y Folkman. En su versión adaptada a población mexicana mostró un coeficiente de confiabilidad de 0.83 y una validez convergente con un coeficiente de correlación de 0.553.
- *Mindful Attention and Awareness Scale* - MAAS (Brown y Ryan 2003). Es una escala auto-reporte que evalúan las diferencias individuales en la capacidad de las personas para estar atentos y conscientes de sus experiencias en la vida cotidiana. Se responde en escala de tipo Likert que reflejan la frecuencia con la que las personas están atentas a sus distintas actividades diarias. Las opciones son: 1. Siempre, 2. Casi siempre, 3. Frecuentemente 4. Ocasionalmente, 5. Casi nunca, 6. Nunca. Como parte del presente estudio, se llevó a cabo su validación en población mexicana. Se obtuvo una confiabilidad de 0.88. En cuanto a la validez de constructo, se obtuvo un

43 % del total de la varianza explicada. De acuerdo al análisis factorial confirmatorio, la versión final constó de 13 reactivos.

Procedimiento.

La fase 2 fue un continuo de la fase 1. Una vez que se estableció la comunicación con el área de trabajo social y habiendo conocido las características de los grupos GAM, se presentó la propuesta ante los directores del centro con su respectiva calendarización. Una vez que ambos directores dieron su autorización, se hizo el contacto con los integrantes de cada grupo GAM (centro de salud 1 y 2).

El grupo control se conformó al mismo tiempo que inició la intervención en el grupo experimental. Para la constitución del grupo control se invitó a usuarias de ambos centros de salud que asistían para alguna consulta médica específica, a participar en la evaluación inicial (PRE) y final (POST). Se les mencionó el objetivo del estudio y se les explicó que su participación consistía en responder una serie de cuestionarios donde se evaluarían algunos aspectos de su estrés y síntomas relacionados. Se les explicó que serían dos mediciones a realizar y, por lo tanto, serían recontactadas. Las usuarias que aceptaron se evaluaron a través de los instrumentos y quienes cumplían con los criterios de inclusión se les consideraba parte del grupo control

Una vez que se coordinaron las fechas y horarios de ambos centros, se inició la fase 2 del estudio y se inició la intervención en el grupo experimental. La medición previa a la intervención (PRE) se llevó a cabo en una sesión introductoria, donde también se abordó la manera en cómo se trabajaría el programa. Se dio a conocer a las participantes en qué consistía el programa, quién lo llevaría a cabo, la duración por sesión, el número de sesiones totales del programa y lo que se esperaba de su participación. Se les mencionó que la intervención, en la que participarían, formaba parte de una investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

En esta misma sesión, se les habló del consentimiento informado que debían autorizar y firmar y se les explicó el por qué era importante dicho documento. Una vez que las

participantes estuvieron de acuerdo en recibir la intervención, y que leyeron y firmaron el consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos de evaluación. Se hizo hincapié en la importancia de que los contestaran con honestidad y por completo. Se aclararon dudas y se enfatizó en la importancia de asistir regularmente a las sesiones, o de avisar, en caso contrario.

Después de esta sesión introductoria, y con base en los resultados de los cuestionarios aplicados, se eligió a las personas que debían formar parte del estudio. En caso de identificar un posible caso de trastorno debido a las puntuaciones en el HADS, las mujeres fueron informadas y se les proporcionó la información necesaria de lugares donde podrían recibir la atención necesaria.

Al inicio de la intervención se les entregó a las participantes un folder que contenía un calendario de las fechas del programa, su primera sesión de ejercicios y actividades, un disco que contenía las meditaciones para meditar en sus casas y un gafete para identificarlas.

La dinámica de las sesiones, en general, consistía en presentar el tema de la sesión, dar una breve explicación al respecto mediante una presentación. Se les guiaba para que compartieran situaciones de la vida cotidiana al tema que era revisado y así incorporar experiencias reales. Al finalizar el tema, se procedía al ejercicio de meditación guiada, las participantes tomaban su postura, ya fuera sedente o yacente, y tenía lugar la meditación. Para cerrar la sesión se recapitulaba brevemente su contenido y se invitaba a llevar a cabo las actividades en casa, apoyadas por las guías grabadas de meditación y por el cuadernillo de tareas. La duración de las sesiones fue de una hora y media, por razones de la disponibilidad del espacio.

La aplicación de la intervención estuvo a cargo de la investigadora del presente trabajo, quien contaba con una experiencia previa en la práctica meditativa a partir de un entrenamiento de dos años proporcionado por maestros budistas en México.

Consideraciones éticas.

De acuerdo con el Código de Bioética de la Ley General de Salud (2002), este proyecto se considera de riesgo mínimo porque no conlleva malestares mayores a los que puede vivir la persona en su vida diaria. En caso de que fuera necesario, se canalizará al entrevistado al servicio de salud mental del Centro de Salud.

Antes de iniciar la intervención, se les dio a conocer a las personas el consentimiento informado (ver Anexo 4). En él se describían las condiciones y características bajo las cuales se llevaría a cabo la intervención y los derechos que tenían en caso de que participaran o no en ella. Se les hizo saber a las participantes, que el acceso a la intervención era gratuito, así como los materiales que se les otorgaría. La participación fue voluntaria, sin ningún tipo de incentivo extra.

El proyecto ya fue aprobado por el comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría ‘Ramón de la Fuente Muñiz’ con la referencia CEI/C/60/2014.

Capítulo 6.

Resultados

Fase 1. Adaptación de la intervención

Se presentan los resultados correspondientes a la fase 1 del estudio. El primer apartado corresponde a la validación del instrumento (sección 1.2) que mide la atención plena (MAAS). El siguiente apartado contiene los resultados de la prueba piloto (sección 1.3) de la intervención, la cual se evaluó a través de los cuestionarios de opinión acerca de los contenidos y utilidad de la misma.

1.2 Validación del *Mindful Attention and Awareness Scale* (MAAS)

Datos sociodemográficos

En cuanto a los datos sociodemográficos se observó una media de edad de 39.6 años, con una desviación estándar de (± 15.49). Para la variable de sexo el 74.2% fueron mujeres y el 25.8% fueron hombres. En cuanto a la variable de ocupación el 40.3% de dedicaba al hogar, seguido por el 30.6% que era empleado; el resto de las ocupaciones presentaron porcentajes menores, entre ellas se encontraron: comerciantes, estudiantes o jubilados. Para la variable de escolaridad, se observó que el 37.91% estudió hasta la secundaria, el 26.6% hasta la preparatoria, el 14.5% hasta la primaria. Los porcentajes menores se distribuyeron para carreras técnicas, licenciaturas o sin escolaridad. Finalmente para la variable de estado civil, el 52.4% reportó estar casados, el 34.7% solteros y el 9.7% vivir en unión libre.

En cuanto a la escala, se obtuvo un puntaje medio de 66.73, con una desviación estándar de ± 12.77 , un máximo de 90 y un mínimo de 25. Para probar la normalidad de los datos, se solicitó al programa la prueba de Kolmogorov-Smirnof, obteniéndose una significancia de 0.31, de manera que el comportamiento de los datos se distribuyó de manera normal. Con respecto al coeficiente de confiabilidad, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.88.

Para el análisis factorial exploratorio se empleó el método de extracción por componentes principales. En un primer momento se pidió al programa el análisis factorial sin rotar. El análisis arrojó tres factores que explicaban el 56.29% de la varianza total. Sin embargo, los

valores sólo cargaron en el primer y tercer factor, los cuales explicaron el 48.96% de la varianza total. Trece reactivos cargaron en el factor uno, y sólo el reactivo 6 y 11, en el factor 3. Al revisar su contenido, se consideró que este par de reactivos mostraban correlaciones muy bajas con los reactivos restantes de la escala. Lo anterior puede tener una explicación teórica, en 2 sentidos: La primera es que podrían contener cierta connotación de discapacidad social ya que lo que plantea implica la relación con una tercera persona. El reactivo 6 dice: ‘Olvido los nombres de las personas casi tan pronto como me los dicen por primera vez’, y el reactivo 11, ‘Me encuentro escuchando a alguien con un oído y, al mismo tiempo, haciendo alguna otra cosa’. La discapacidad social es un aspecto muy reforzado en la población mexicana, y por tanto, esto podría influir a que las personas respondan más con base en cómo creen que es lo correcto y no como en realidad lo hacen. El planteamiento del reactivo 11 fue de difícil comprensión para la población de estudio, desde el pilotaje les costó trabajo saber a qué hacía referencia, y aunque se explicó, para algunas personas no hacía mucho sentido.

La segunda consideración teórica, y la más importante, para explicar el comportamiento de estos dos reactivos, es que, en realidad se estén refiriendo a un concepto distinto que no necesariamente refleja la atención plena. El reactivo 6 puede estar más asociado a una cuestión de memoria a corto plazo que de atención y el reactivo 11 hace más referencia a un tipo de atención focal y dividida (McGilchrist, 2009) que a una atención integral y abierta como es el planteamiento original de la atención plena.

Por lo anterior se tomó la decisión de eliminar ambos reactivos, principalmente por razones de tipo teórico, y reforzada esta decisión por el comportamiento estadístico de los reactivos en el Análisis Factorial Exploratorio.

Ahora bien, debido a que el factor 1 fue el que mayor carga factorial tuvo (6), se decidió correr nuevamente el análisis, forzándolo a un solo factor. De esta manera se obtuvo la estructura factorial definitiva, obteniendo el 43.08% de la varianza total explicada (ver gráfica de sedimentación y tabla).

Figura 2. Tabla de sedimentación que muestra los componentes principales en el análisis factorial.

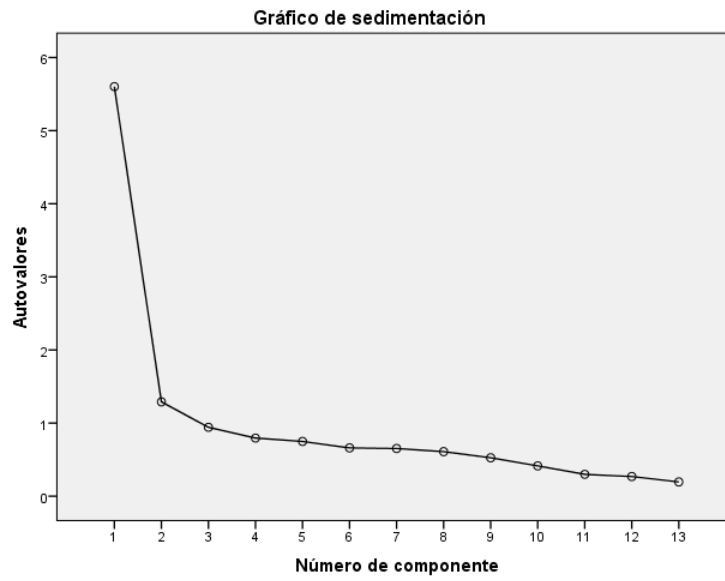


Tabla 3. Estructura factorial del *Mindfulness Attention and Awareness Scale* (MAAS)

Reactivo	Carga factorial
1. Puedo sentir una emoción y no darme cuenta de ella hasta después de un rato.	.485
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención o por estar pensando en otra cosa.	.542
3. Me resulta difícil permanecer concentrada(o) en lo que está sucediendo en el momento presente.	.657
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy, sin poner atención a lo que siento a lo largo del camino.	.607
5. Tiendo a no percibir sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que me molestan.	.528
6. Parece que estoy “funcionando en automático”, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	.814
7. Me apresuro con mis actividades, sin estar realmente atenta(o) a ellas.	.761
8. Me enfoco tanto en un objetivo que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el momento para lograrlo.	.664
9. Hago actividades automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	.748
10. Voy a algún lugar de “manera automática” y después me pregunto por qué fui.	.595
11. Me encuentro preocupada(o) con respecto al futuro o al pasado.	.537
12. Me encuentro haciendo cosas sin prestar atención.	.856
13. Como entre comidas sin prestar atención a lo que estoy comiendo.	.612

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

Para este análisis se trabajó con el software de Ecuaciones Estructurales EQS versión 6.1. A partir de los resultados obtenidos en el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se solicitó al programa el AFC con esa misma distribución. Sin embargo, el modelo resultante no ajustó los reactivos del instrumento en un solo factor. Cabe mencionar que, si bien, las correlaciones entre los reactivos fueron altas en el AFE, no sucedió lo mismo en el AFC, en donde lo que se trata de corroborar es la fuerza de las covarianzas de los reactivos.

Con base en lo anterior, y a partir de modelar de distintas maneras la estructura factorial del instrumento, sin obtener modelos ajustados adecuadamente, se decidió apoyarse en los

sustentos teóricos que subyacen el instrumento. De esta manera se propuso una estructura factorial de 3 factores que se denominaron de la siguiente manera: factor 1, meta-cognición; factor 2, conciencia del presente y factor 3 automatización. Se obtuvieron índices de bondad de ajuste que confirman el modelo propuesto y la validez de constructo. El modelo logró relacionar al factor 1 y 2, y el factor 3 quedó como independiente.

Los modelos se presentan a continuación con sus respectivos indicadores.

Figura 3. Estructura factorial del factor 1 y 2: Meta-cognición y conciencia del presente.

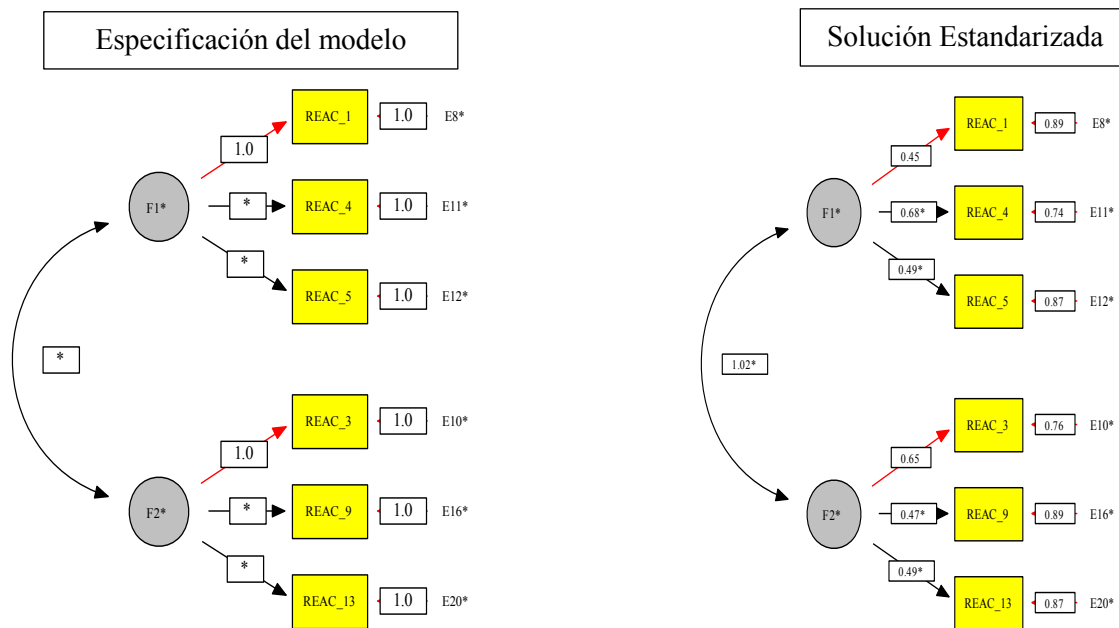


Figura 4. Estructura factorial de modelo del factor 3: Automatización.

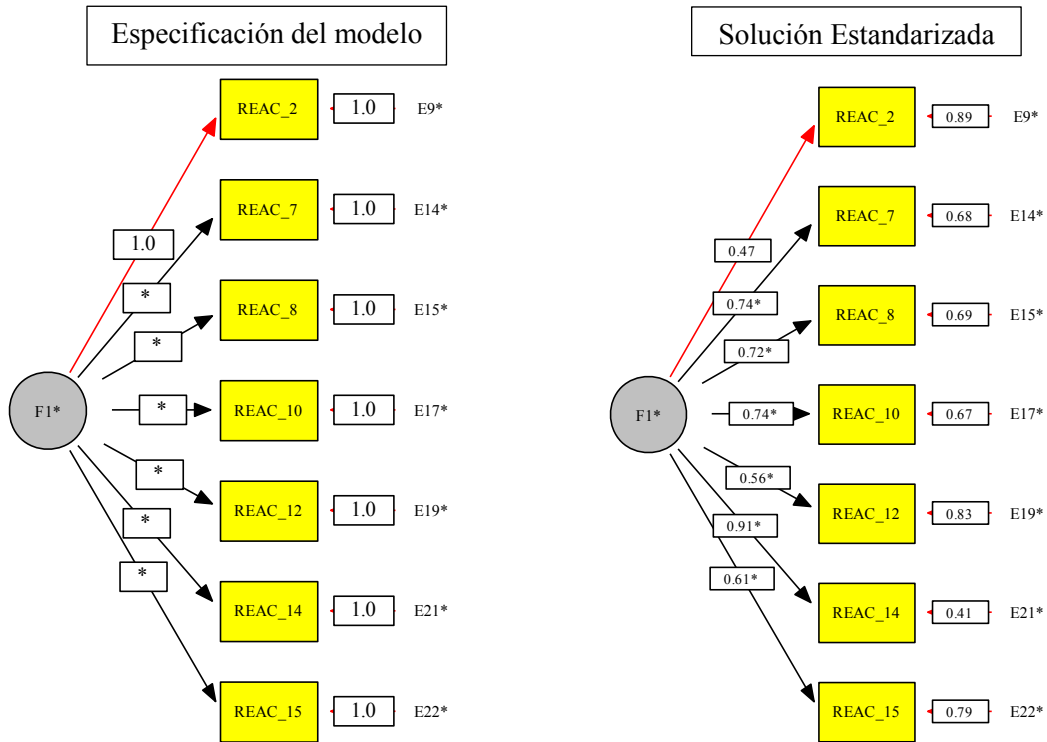


Tabla 4. Estadísticos de la bondad de ajuste para ambos modelos (F1 y F2; F3).

Modelos	Índice de Bondad de Ajuste						
	X2	P	Comparative Fit Index (CFI)	Joreskog-Sorbom's GFI Fit Index	Root Mean-Square Residual (RMR)	Root Mean-Square Error Of Approximation (RMSEA)	90% Confidence Interval Of RMSEA
Modelo 1. Factores relacionados (F1 y F2)	9.22	0.32	0.99	0.978	0.088	0.041	(0.000, 0.115)
Modelo 2. Factor independiente. (F3)	16.93	0.26	0.99	0.965	0.065	0.041	(0.000, 0.101)

X2: La Ji cuadrada permite contrastar la hipótesis nula, en este caso, que todos los residuos del modelo son nulos. Esto quiere decir que el modelo propuesto ajusto de manera adecuada con los datos o variables observadas.

P: La P corresponde al valor crítico del modelo, esto indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el modelo especificado y el reproducido, por lo cual, los datos se ajustan adecuadamente al modelo.

Índices de ajuste incrementados (CFI). Este índice mide la mejoría de ajuste a través de la comparación del modelo propuesto con un modelo que asume que no existe asociación entre las variables observadas. Se establece que el valor de este índice entre más cercano sea al 1, será un mayor ajuste del modelo, lo cual puede observarse en la tabla para ambos modelos.

Índices de bondad absolutos (GFI, RMR, RMSEA). Estos índices evalúan sí el modelo propuesto reproduce los datos adecuadamente. En el caso de ambos modelos el GFI estuvo muy cercano a uno, lo cual indica que fue un ajuste adecuado. Lo que se observa en el caso del RMR y el RMSEA para ambos modelos es que se encuentran dentro del rango razonable de error de aproximación, ambos son relativamente bajos.

A manera de hacer más comprensivo e integral los datos anteriormente presentados acerca de la validación del instrumento *Minfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)*, se puede decir que fue un instrumento que, presenta 3 dimensiones distintas. Sí bien éstas

dimensiones o factores hacen referencia a la atención plena, como se muestra AFE, al momento de probar esta consistencia con el AFC, se observa que los reactivos se comportan de una manera distinta. Estas diferencias se pueden atribuir a aspectos culturales de la población en la que se validó y también a aspectos más específicos de la población de estudio, la cual se describe en el siguiente apartado.

El *Mindfulness Attention and Awareness Scale* (MAAS) mostró ser un instrumento válido y confiable, sus propiedades psicométricas mostraron ser adecuadas para emplearse en usuarios de primer nivel de atención. En su versión adaptada a la muestra del presente estudio, se eliminaron 2 reactivos (el 6 y el 11), de manera que la versión final constó de 13 reactivos. Las implicaciones del uso de este instrumento se comentan más a detalle en la parte de la discusión.

1.3 Resultados de la prueba piloto de la intervención

A manera de probar los cambios realizados a los contenidos y materiales de a intervención, se aplicaron 18 cuestionarios de opinión que tenían por objetivos evaluar el nivel de comprensión y aceptación de dicha información. Estos cuestionarios constan de dos secciones: la primera es una escala que va del cero al diez en orden ascendente para calificar los contenidos, el lenguaje, la utilidad, la pertinencia, etc. de los ejercicios. La segunda parte son preguntas abiertas para conocer más a profundidad la opinión.

En la escala de opinión se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5. Encuesta de opinión del contenido de las sesiones

Preguntas	Promedio
¿Qué tan interesantes le parecieron los ejercicios?	9.58
¿Qué tan fácil fue entender el contenido de los ejercicios?	9.22
¿Qué tan comprensible fue el lenguaje de los ejercicios?	9.35
¿Qué tan útiles le resultan los ejercicios en su vida cotidiana?	9.52
¿Qué tan aplicables considera los ejercicios en su vida cotidiana?	8.70
¿Qué tanto le gustaron los ejercicios?	9.76
¿Qué tan adecuado le pareció el tiempo que le tomó hacer los ejercicios?	9.11

De manera general, tanto los ejercicios como las grabaciones, les parecieron comprensibles en cuanto al lenguaje y contenido, mencionaron que no tendrían dificultades para llevarlos a cabo, consideraron que el tiempo de duración fue adecuado, incluso hubo algunas que lo consideraron corto. El aspecto que se vio menos favorecido fue el encontrar un espacio en su vida cotidiana para hacer los ejercicios. Seis de las participantes hicieron la sugerencia de poner música de fondo a las meditaciones, a manera de hacerlo más amigable. Otras comentaron que se les hacía un tanto lenta la grabación. Pero en general reportaron sentirse bien después de llevar a cabo el ejercicio.

La segunda parte del cuestionario fueron preguntas abiertas y por tanto se obtuvo información descriptiva, a continuación, se muestran algunas de las respuestas que se obtuvieron a través de los cuestionarios:

- ¿Por qué considera que ejercicios como el que realizó podrían ayudarle a mejorar su estado de ánimo?

‘Porque te ayuda a quitar todas esas malas emociones y te ayuda a sentirte mejor, más relajada y a quitar todo el estrés que tienes’.

‘Porque me permite relajar todo mi ser, darme un tiempo para mí, pensar mejor y más claramente, tener mi cuerpo en paz’.

‘Soy muy nerviosa y porque vivo sola y esto me ayudaría a mejorar mi depresión’.

- ¿Qué cosas le cambiaría a las meditaciones que hizo?

‘Que también llevara a la imaginación, quizás algo de sonidos naturales, animales, lluvia, agua corriendo en el mar, cosas así...’

‘Yo le agregaría un fondo musical, como de un paisaje, el ruido del mar, siento que me ayudaría más a la relajación, sobre todo de la mente’.

‘Más tiempo y que tuviera música de fondo (relajante), sería mejor para el cerebro’...

- ¿Tendría alguna otra sugerencia u observación con respecto a las grabaciones?

‘Que se hicieran más ejercicios así y con más duración porque sí ayudan y me gustaron mucho’.

‘Tal vez en los espacios donde dice nada, [agregar] un poco de música o con algún fondo musical’...

‘Que la voz no fuera tan simple (ponerle más emoción) y ponerle un fondo musical’.

La información recabada con estas preguntas contribuyó a una comprensión más cercana y realista del contenido de las sesiones y grabaciones de meditación, sobretodo si se considera que era un tema nuevo para las participantes. Sus comentarios ayudaron la modificación del lenguaje empleado, a la duración algunos ejercicios y también a la manera en que serían abordados durante la intervención.

Con base en los resultados anteriores, se demuestra que se logró una intervención factible, también mostraron que por cuestiones de accesibilidad era más conveniente trabajar con los grupos ya conformados dentro del centro de salud. Como ya se mencionó, las personas de estos grupos (población recurrente) contaban con mayor disponibilidad para asistir a un programa de intervención. En cambio la población fluctuante era una población intermitente, con menor probabilidad de adherirse a un programa que requería disponer de un tiempo y una serie de actividades. Por lo que se consideró adecuado conformar el grupo experimental con la población recurrente que asistía a los centros de salud. Lo cual a su vez implicó un sesgo de autoselección en la muestra, implicación que será retomada en la parte de las limitaciones del estudio.

En esta primera fase del estudio se obtuvo una intervención factible de llevarse a cabo en el escenario y población de interés. Se modificó el contenido y la estructura de la intervención, se llevaron a cabo algunas modificaciones en el tipo de lenguaje empleado a manera de hacerlo más sencillo y directo. Se redujo la duración de las sesiones a una hora y media, se dio prioridad a la profundización de temas como el manejo del estrés y los patrones mentales aflictivos y se eliminó el tema de los hábitos alimenticios, esto debido a los objetivos del estudio. Se generaron dos manuales para la realización de la intervención,

el manual del terapeuta y el manual del usuario (ver anexos 6 y 7) que incluye las actividades y ejercicios en los que se apoya la intervención.

RESULTADOS

FASE 2. Efectividad de la intervención

En esta sección se presentan los resultados de la segunda fase del estudio y que responden a la siguiente hipótesis: Se presentará una disminución en el nivel de estrés percibido, a través de la intervención en atención plena, lo que a su vez propiciará una disminución en el nivel de síntomas de ansiedad y depresión asociados con el mismo. Al final del capítulo se presenta el tamaño del efecto de la intervención en el grupo experimental.

Cada apartado de los resultados corresponde a una comparación específica entre los grupos del estudio y las variables dependientes. En el primero se describen las variables sociodemográficas de las participantes. Después se demuestra la asociación entre el estrés y los síntomas de ansiedad y depresión en la población de interés. Posteriormente se presenta el apartado que muestra el comportamiento de las variables dependientes en ambos grupos (control y experimental) al inicio de la intervención (medición PRE) a manera de comparación.

Características de las participantes

La muestra para esta segunda fase se conformó por una n de 54 mujeres para ambos grupos ($n= 26$ para el grupo control y $n= 28$ para el grupo experimental). Las participantes del grupo control pertenecen a la población general que asistían al centro de salud por algún evento de enfermedad o por chequeos regulares. El grupo experimental fueron mujeres con una condición médica crónica, asistían de manera regular a un grupo de ayuda mutua en donde se les orientaba para manejar adecuadamente esta condición¹⁶. Los dos grupos acudían a centros de salud de la misma delegación política, tenían características sociodemográficas similares, sin embargo, la conformación del grupo control se hizo con usuarias que no tuvieran una condición médica crónica con el fin de disminuir el sesgo de la presencia de dicha condición.

¹⁶ En el apartado del método correspondiente a esta segunda fase, se describe a detalle las características de este grupo de apoyo y las condiciones médicas que presentan las mujeres que acuden a él.

En la siguiente tabla se presentan las variables sociodemográficas correspondientes a cada uno de los grupos. Ninguna de ellas presentó diferencias estadísticamente significativas, por lo que se consideran que son variables homogéneas para ambos grupos.

Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	Grupo				
	Control		Experimental		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	$\chi=51.81$, DE=8.4		$\chi=59.87$, DE=11.15		
Edad	35-44	6	23.1%	2	7.1%
	45-64	17	65.4%	17	60.8%
	65 o más	3	11.5%	9	32.1%
	Total	26	100%	28	100%
Estado civil	Sin pareja	10	40%	8	30%
	con pareja	16	60%	20	70%
	Total	26	100%	28	100%
Escolaridad	Primaria	11	42%	12	43%
	Secundaria	8	31%	7	25%
	Bachillerato	4	15%	5	18%
	Otro	3	12%	4	14%
	Total	26	100%	28	100%
Ocupación	No trabaja	17	65%	20	71%
	Trabaja	9	35%	8	29%
	Total	26	100%	28	100%

Como se observa en la tabla 6, las características sociodemográficas en ambos grupos fueron homogéneas. Para la variable de edad, el rango de edad con mayor porcentaje fue de los 45 a los 64 años para ambos grupos (65% para el grupo control y 60% para el grupo experimental).

Con respecto a la variable de estado civil, entre el 60% y 70% de las participantes de ambos grupos estaban casadas. En cuanto al nivel de escolaridad, la mayoría de las participantes

de ambos grupos contaban con un nivel educativo básico. Aproximadamente el 70% de las mujeres no trabajaban y sólo el 30% de ellas contaba con algún tipo de empleo.

Cabe mencionar que en cuanto a las variables dependientes sí se observaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes medios entre ambos grupos, excepto para la variable de estrés. Esto quiere decir que los grupos no fueron homogéneos en cuanto al comportamiento de las variables clínicas, esto podría atribuirse al hecho de que el grupo experimental tuvo un nivel mayor de sintomatología debido a la condición de la enfermedad crónica, lo cual implica una limitación del estudio en este sentido. Sin embargo, los grupos sí fueron homogéneos en las variables sociodemográficas.

El estrés percibido como predictor de los síntomas de ansiedad y depresión.

Una premisa central de este trabajo es la asociación entre la presencia de estrés percibido y los síntomas de ansiedad y depresión.

Las tablas 7 y 8 muestran los resultados de dos regresiones lineales simples realizadas con el objetivo de demostrar esta asociación. Las primeras dos regresiones corresponden a la variable de síntomas de ansiedad y depresión en el grupo control. Las dos siguientes al grupo experimental.

Tabla 7. El estrés percibido como predictor de los síntomas ansiosos y depresivos en el grupo control.

Componente	R²	F (P=)	B (P=)	IC95%
Síntomas ansiosos	0.403	16.22 (0.000)**	0.311 (0.000)	(.151- .470)
Síntomas depresivos	0.319	11.26 (.003)*	.272 (.003)**	(.105-.440)

* Significativo a p< 0.05

**Significativo a p< 0.001

Para el caso de los síntomas de ansiedad, el estrés percibido explica el 40% de la varianza total, y para los síntomas de depresión un 31%. Para los síntomas de ansiedad, el valor del estadístico de F presenta un valor crítico menor a 0.001. Para los síntomas de depresión se

observa un valor de F de 11.26 con un valor crítico menor a .05. Los coeficientes B, en ambas variables, también mostraron una significancia estadística menor a .001 y .05, respectivamente, para cada de las variables dependientes. La varianza explicada correspondientes a los síntomas de depresión es ligeramente menor que la que presenta la variable de los síntomas de ansiedad. Sin embargo, las dos regresiones se confirman la asociación entre ambas variables de sintomatología con el estrés percibido.

Tabla 8. El estrés percibido como predictor de los síntomas ansiosos y depresivos en el grupo experimental.

Componente	R²	F (P=)	B (P=)	IC95%
Síntomas ansiosos	0.522	28.44 (.000)	0.328 (.000)**	(.202-.455)
Síntomas depresivos	0.596	38.35 (.000)	.353 (.000)**	(.236-.470)

**Significativo a $p < 0.001$

En comparación con la tabla 7, en la presente tabla, correspondiente a los datos del grupo experimental, se observa que tanto en la variable de síntomas de ansiedad como en la de síntomas de depresión, la varianza total explicada es mayor. Para el caso de los síntomas de ansiedad el total de varianza explicada fue del 52%, mientras que para los síntomas de depresión fue del 59%. Ambas variables con un valor crítico de F menor a 0.001, al igual que el valor crítico que presentan para el valor de B. En este grupo también se demuestra la asociación entre las variables de síntomas ansiosos y depresivos con el estrés percibido.

Comportamiento de las variables dependientes al inicio de la intervención en ambos grupos.

Tabla 9. Comparación de los puntajes obtenidos en las variables dependientes entre el grupo control y el grupo experimental al inicio de la intervención (PRE).

	PRE (basal)		T	gl	P
	Grupo control (n=26) Media (d.e)	Grupo experimental (n=28) Media (d.e)			
Estrés percibido	23.34 (8.59)	26.39 (6.27)	1.49	52	0.14
Síntomas ansiosos	7.57 (3.67)	10.32 (3.65)	2.75	52	0.008*
Síntomas depresivos	5.50 (3.62)	7.57 (3.73)	2.06	52	0.044*
Atención plena	62.96 (9.00)	46.50 (14.99)	4.84	52	0.000**

*Probabilidad menor a .05

**Probabilidad menor a .001

En la tabla 9 se muestran los resultados obtenidos a partir de una prueba T de *Student* para muestras independientes a manera de conocer qué tan homogéneos se encontraban los grupos en las variables dependientes al momento de iniciar la intervención. La tabla contiene los puntajes medios con su desviación estándar (d.e) y los valores de T con su significancia asociada en cada una de las 4 variables dependientes: 1) estrés percibido, 2) síntomas de ansiedad, 3) síntomas de depresión y 4) atención plena. Al comparar el puntaje medio inicial de las variables, se puede observar que existen diferencias entre los puntajes de ambos grupos. La tabla 9 muestra que los puntajes medios de las tres primeras variables en el grupo experimental fueron mayores con respecto al grupo control. El grupo control presenta una media de 23.34 para la variable de estrés, mientras que la media para el grupo experimental fue de 26.39. Sin embargo, al observar el valor de la desviación estándar, puede notarse que en el grupo control hay una mayor variación del comportamiento del estrés percibido (8.59+-) en comparación con el experimental (6.27+-). Tanto para la variable de síntomas ansiosos y depresivos se mantuvo el comportamiento de una media mayor en el grupo experimental.

La variable de atención plena se expresa de una manera distinta en comparación con las otras tres variables dependientes. En este caso, a menor puntaje, se considera una presencia menor de atención plena y viceversa. Lo que se observa en la tabla es que el puntaje promedio para el grupo experimental fue menor ($\chi=46.50$) que el del grupo control ($\chi=62.96$), lo que quiere decir que el grupo experimental tenía un grado menor de atención plena.

Esta misma comparación entre grupos, de las tres variables clínicas, se muestra a continuación, pero ahora, de acuerdo con el nivel nominal de sintomatología presente al inicio de la intervención.

Tabla 10. Comparación entre grupos de las variables dependientes de acuerdo al nivel de sintomatología presente al inicio de la intervención (PRE).

Nivel		PRE			
		Control		Experimental	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estrés percibido	Bajo	5	19.2%	1	3.3%
	Moderado	15	57.7%	21	70.0%
	Alto	6	23.1%	8	26.7%
Síntomas de Ansiosos	Leve	16	61.5%	6	20.0%
	Moderado	4	15.4%	12	40.0%
	Relevante	6	23.1%	12	40.0%
Síntomas depresivos	Leve	20	76.9%	17	56.7%
	Moderado	3	11.5%	6	20.0%
	Relevante	3	11.5%	7	23.3%

De acuerdo con la tabla 10, el nivel de estrés percibido con el que ingresaron los participantes a la intervención fue moderado, con un 57% para el grupo control y un 70% para el grupo experimental. En cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión vario un poco más. En el caso del primero los participantes del grupo control se ubicaron en un nivel leve en su mayoría, y el grupo experimental se encontraban entre un nivel de moderado a relevante. Para los síntomas de depresión, en ambos grupos, la mayoría se ubicó en un nivel leve. Esta variable fue la que se presentó con los niveles más bajos de las tres variables clínicas. La variable de atención plena no se clasificó de esta manera, ya que el instrumento

original solo propone una calificación numérica sin definir ninguna etiqueta. En las tres variables dependientes se observa que el nivel de malestar es mayor para el grupo experimental en comparación con el grupo control.

El apartado siguiente muestra los resultados de las mediciones clínicas antes y después de la intervención en los dos grupos y el cambio generado en el grupo experimental y la magnitud de dicho cambio.

Comportamiento de las variables dependientes antes y después de la intervención en ambos grupos.

A continuación, en la tabla 11, se muestran los resultados con las medias de los puntajes que presentaron ambos grupos del estudio (experimental y control), antes (PRE) y después (POST) de la intervención en las variables dependientes. Para ello se utilizó un ANOVA de un solo factor a manera de hacer la comparación antes y después de la intervención y de manera intra e inter-grupo.

Tabla 11. Comparación de los puntajes iniciales (PRE) y finales (POST) de las variables dependientes entre el grupo control y experimental.

	Grupo control (n= 26)		Grupo Experimental (n= 28)		F	P
	PRE Media (d.e)	POST Media (d.e)	PRE Media (d.e)	POST Media (d.e)		
Estrés percibido	23.34 (8.59)	24.07 (6.97)	26.39 (6.27)	22.75 (7.96)	.422	.519
Síntomas ansiosos	7.57 (3.67)	8.23 (3.40)	10.32 (3.65)	7.96 (3.61)	.077	.782
Síntomas depresivos	5.50 (3.62)	6.42 (3.36)	7.57 (3.73)	6.28 (3.63)	.021	.886
Atención plena	62.96 (9.00)	61.03 (9.63)	46.50 (14.99)	53.85 (14.62)	4.465	.039*

*Probabilidad menor a .05

Nota: Los estadísticos F y P, solamente corresponde a la comparación de la medición final (POST) entre grupos.

La presente tabla muestra la comparación entre grupos de los puntajes iniciales y finales. Al describir el comportamiento de cada una de las variables (POST), se observa que en cuanto a la variable de estrés percibido el grupo control inició con un puntaje medio de 23.34 y terminó con un puntaje de 24.07. Con lo que respecta al grupo experimental, inició con un puntaje medio de 26.39 y concluyó la intervención con una media de 22.75.

Para la variable de síntomas de ansiedad en el grupo control, el puntaje medio al inicio fue de 7.57 y el puntaje final fue de 8.23, es decir aumento ligeramente al tiempo transcurrido de la intervención. En el caso del grupo experimental inició con un puntaje 10.32 y terminó con un puntaje de 7.96. En ambos grupos y ambas mediciones, la desviación estándar fue muy similar, es decir, el grado de variación fue homogéneo. Los síntomas depresivos se comportaron de manera similar a las variables anteriores, con un ligero aumento en el grupo control en la medición final y un decremento pequeño en el grupo experimental al finalizar la intervención.

La variable de atención plena tuvo un comportamiento sin variación en el caso del grupo control, inició con un puntaje medio de 62.96 y concluyó con un puntaje de 61.03. En el grupo experimental este comportamiento fue distinto, inició con un puntaje medio de 46.50 y terminó con un puntaje de 53.85, aumentó. En este sentido, se puede decir que la atención plena fue la variable que resultó con diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental, en su medición antes y después de la intervención. Se propició un incremento de la atención plena.

La comparación entre grupos en la medición final de las tres variables clínicas: estrés percibido, síntomas de ansiedad y de depresión, aunque mostró que disminuyó el nivel de sintomatología, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, no al compararlas con el grupo control. Sin embargo, algo que es importante destacar, es el hecho de que el puntaje final en el grupo experimental terminó siendo muy similar al puntaje que presentó el grupo control al inicio de la intervención, es decir, uno de los efectos más importantes de la intervención sobre el grupo experimental fue que logró disminuir su sintomatología clínica al nivel basal del grupo control.

Una de las características del grupo control fue que no presentaban una condición de enfermedad médica crónica. Lo cual hace probable que el beneficio de la intervención en el grupo experimental consistió en disminuir la sintomatología a niveles muy similares al de un grupo de personas sin una condición médica crónica. En la siguiente tabla se observa la comparación intra-grupo del grupo experimental en su medición de antes y después de la intervención.

Comportamiento de las variables dependientes en el grupo experimental antes y después de la intervención.

En los apartados anteriores se mostraron los resultados de la comparación entre ambos grupos del estudio. En esta sección se presenta la comparación únicamente intra-grupo del grupo experimental antes y después de la intervención. Con el objetivo de evaluar si hubo cambios en las variables de estrés percibido, síntomas ansiosos, síntomas depresivos y la atención plena al finalizar la intervención, se llevó a cabo la prueba *T de Student* en cada una de las variables para dos muestra relacionadas. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 12. Comparación entre la media de los puntajes de cada variable antes y después de la intervención en el grupo experimental.

	Grupo experimental (n=28)		T	Gl	P
	PRE Media (d.e)	POST Media (d.e)			
Estrés percibido	26.39 (6.27)	22.75 (7.96)	2.81	27	.009*
Síntomas ansiosos	10.32 (3.65)	7.96 (3.61)	4.19	27	.000**
Síntomas depresivos	7.57 (3.73)	6.28 (3.63)	2.73	27	.011*
Atención plena	46.50 (14.99)	53.85 (14.62)	-3.23	27	.003*

*Probabilidad menor a .05

**Probabilidad menor a .001

Como se observa en la tabla 12, en las cuatro variables dependientes hubo una disminución de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión; así como un aumento en la atención plena. En la variable de estrés percibido se observa una media de 26.39 puntos (antes de la intervención), lo que equivale a una percepción moderada de estrés, misma que se redujo a 22.75 (después de la intervención), con una diferencia significativamente estadística menor a .05. Este puntaje corresponde cualitativamente haber transitado de un nivel moderado de estrés a un nivel leve.

Para las variables de síntomas ansiosos y depresivos, también se observa una disminución en el puntaje promedio de ambas. En el caso de los síntomas de ansiedad, el puntaje medio disminuyó de 10.32 al inicio de la intervención, a uno de 7.96 al finalizarla, mostrando una diferencia estadísticamente significativa menor a 0.001. Para los síntomas de depresión la disminución fue baja (de 7.57 a 6.28), sin embargo, mostró diferencias estadísticamente significativas. Para la variable de atención plena, el puntaje promedio aumento, lo cual era de esperarse, ya que de acuerdo al instrumento de medición de esta variable. Pasó de 46.50, (con una desviación estándar de casi 15) a 53.85 al finalizar la intervención; lo cual implica un desarrollo de la atención plena.

El desarrollo de esta cualidad era una de las apuestas más importantes de este estudio, pues en ello se asienta toda la perspectiva teórica en que se sustenta esta investigación. En la parte de la discusión se mencionarán las implicaciones teóricas de dicha asociación.

Como se puede observar, todas las variables dependientes resultaron con cambios estadísticamente significativos antes y después de la intervención. Los síntomas de depresión fueron los que presentaron puntajes promedio más bajos tanto al inicio como al final de la intervención. Por otro lado, la variable que muestra un nivel de significancia mayor, es la sintomatología ansiosa.

Con lo que respecta a la proporción de personas que iniciaron la intervención y la concluyeron para este grupo experimental, fueron 50 participantes los que iniciaron la intervención y la concluyeron 28 de ellas, esto representa el 56%. Al averiguar los motivos por los que dejaron de asistir, se mencionaron algunas de las siguientes situaciones: a) falta de tiempo b) tener que atender a algún familiar enfermo o de edad avanzada (mamá, suegros) o c) presentar algún problema de salud que les impedía el desplazamiento constante al centro de salud, por ejemplo, problemas de cadera u óseos.

A las participantes que lograron concluir la intervención también se les preguntó los motivos por los que continuaron. Entre ellos mencionaron que sintieron una mejoría visible en su estado de ánimo, se sentían motivadas a asistir, o bien, lo visto en el taller les había ayudado a afrontar de mejor manera algún problema cotidiano.

El mayor porcentaje de la asistencia a la intervención se ubica en las siete sesiones. El 42% asistió a siete sesiones, el 29% a ocho sesiones y el otro 29% a seis sesiones. Por debajo de las 6 sesiones ya no se consideraba un cumplimiento exitosos de la intervención, esto según criterios del programa original (una asistencia mínima de 6 sesiones).

Tamaño del efecto.

Un indicador importante para saber qué tan efectiva resultó la intervención es evaluar en qué medida se dio el cambio con respecto a las variables independientes. A esta medida se le conoce como el Tamaño del efecto (TE), el cual se define como la magnitud de un efecto entre dos mediciones (Ledesma y cols. 2008). En el caso de una intervención, el TE se obtiene a través de la diferencia entre las medias obtenidas al haber recibido la intervención y no haberlo hecho.

La Tabla 13 el tamaño del efecto (TE) obtenido para cada una de las variables dependientes de la intervención.

Tabla 13. Tamaño del efecto en la variables dependientes con la *d* de Cohen y la su valor como correlación.

Variable dependiente	<i>d</i> de Cohen	R (TE)
Estrés percibido	0.49	0.25
Síntoma de ansiedad	0.65	0.31
Síntoma de depresión	0.35	0.17
Atención plena	-0.50	-0.24

La *d* de Cohen se considera una medida no estandarizada, por lo que, a manera de hacerlo más interpretable, se convierte en *r*, es decir en una correlación. Lo que se puede observar en la tabla 13, es que el tamaño del efecto va de bajo a moderado, sí lo consideramos a partir de su valor como correlación. La variable de síntomas de ansiedad fue la que mostró una correlación un poco más alta (0.31) con respecto a las demás variables, seguida por el estrés percibido. La variable de síntomas de depresión fue la que resultó con un TE muy bajo. Por su parte la variable de atención plena mostró un TE similar al estrés percibido. El

signo negativo en esta última variable significa que es inversamente proporcional, es decir, a mayor atención plena, menor malestar.

En general, lo que se puede concluir en este punto, es que el efecto de la intervención sobre las variables dependientes fue de bajo a moderado.

Los resultados de la segunda fase del estudio confirman la asociación entre 3 de las variables dependientes: estrés percibido, sintomatología ansiosa y depresiva en la muestra del estudio. Así mismo, se observó una disminución en las variables dependientes del estudio en el grupo experimental y un aumento en la atención plena. El tamaño del efecto fue moderado para el estrés percibido y los síntomas de ansiedad, y bajo para los síntomas depresivos. Se observaron diferencias entre ambos grupos, en donde el grupo experimental inició la intervención con un nivel de síntomas más elevado en comparación con el grupo control. Al finalizar la intervención, el grupo control aumentó ligeramente su nivel de sintomatología y el grupo experimental la disminuyó. Los resultados muestran que la intervención fue efectiva.

Capítulo 7

Discusión

El objetivo principal del estudio fue probar la efectividad de una intervención basada en la atención plena en usuarias de primer nivel de atención de la Ciudad de México. El interés de llevar a cabo el estudio se derivó de la necesidad de brindar a la población recursos para disminuir su nivel de sintomatología ansiosa y depresiva debido a la alta prevalencia que presente en el primer nivel de atención. El objetivo se cumplió, se obtuvo una versión factible de ser aplicada en el primer nivel de atención y se observó una disminución de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, así como un aumento de la atención plena en las mujeres que participaron en la intervención. Uno de los hallazgos más importantes de esta investigación fue demostrar que una intervención que, en lo general, había resultado efectiva para poblaciones de países como Estados Unidos o Europa, también resultó ser factible y efectiva para una muestra de participantes mexicanas con características sociodemográficas y clínicas adversas. Este hallazgo quizás habla de la universalidad de la condición humana, piedra angular que sostiene todo el paradigma de la atención plena desde sus orígenes. La intervención de reducción de estrés basada en la atención plena logra disminuir emocional asociado a otras condiciones físicas médicas (Wong y cols., 2011; Hoffman y cols., 2012; Dermazo y cols. 2015)

Fase 1. Adaptación de la intervención

La fase de adaptación de los materiales y contenidos aportó información necesaria para que la intervención pudiera ser inteligible y accesible a este grupo de mujeres. Aun así, hubo situaciones que surgieron a lo largo del proceso que tuvieron que ser resueltas. La experiencia de haber trabajado una intervención bajo la aproximación de la atención plena con un grupo de mujeres como las del presente estudio fue una experiencia enriquecedora. En algunas ocasiones fue evidente que los recursos más sencillos y naturales están a la mano de cada persona si está receptiva a ellos. Las mujeres del estudio mostraron una disponibilidad constante a aprender, a participar y a enfrentar sus propios desafíos.

Cabe mencionar que al inicio de la intervención había cierto escepticismo por parte del equipo de investigación de que una intervención basada en una aproximación tan distinta al tipo de ideología de la cultura mexicana pudiera funcionar. La población de este estudio presenta características del contexto que son complejas. Es una población con recursos muy limitados, no solo en lo que a salud se refiere, sino en general a recursos básicos. Son mujeres de bajo nivel educativo, con bajos ingresos, la mayoría de ellas no trabaja, y también la mayoría es la encargada de alguien más de la familia, ya sea de los propios padres, los suegros o los nietos. Esto implica una carga importante de actividades.

Debido a algunos de los elementos mencionados, al inicio del estudio se tuvieron ciertas reservas en cuanto a la factibilidad e inteligibilidad de una intervención basada en la atención plena en esta población. Sin embargo, fue un proceso que poco a poco fue tomando forma. Durante la prueba piloto las personas no tenían muy claro qué es lo que se trabajaría durante la intervención, hubo que aclarar ciertos puntos que podían causar confusión o malentendidos. Por ejemplo, al explicarles qué en qué consistía la meditación y la manera en cómo podía aportarles beneficios en su salud. Se les explicó que la meditación no tenía nada que ver con poner la mente en blanco o dejar de pensar. Se tuvo cuidado en que el lenguaje empleado fuera lo suficientemente claro y preciso, pero al mismo tiempo sencillo.

De esta manera el aprendizaje fue en las dos direcciones, primero se tuvo que ser receptivo a las necesidades de las mujeres que participaron en el estudio y así hacer accesible la información y las herramientas de la intervención. En segundo lugar, y basado en esta comprensión, se adaptó y transmitió la información de acuerdo con las necesidades del contexto.

El proceso de adaptación de la intervención requirió no solamente del contacto con las participantes y sus características, sino que fue necesario el contacto con el contexto del primer nivel de atención. Desde adaptarse a las condiciones físicas del lugar, a sus dinámicas en cuanto a las actividades del lugar y al trato con el personal de salud. Todos ellos fueron factores que tuvieron que ser tomados en cuenta en el proceso de adaptación. El objetivo era obtener una versión lo más comprensible y accesible posible.

El primer nivel de atención, si bien, su función es un primer contacto con el usuario, la cobertura que brinda es amplia, esto implica que es un sistema saturado. Así que lograr un espacio y un tiempo para una actividad extra, no es algo sencillo. Sin embargo, a través de una coordinación con el área de trabajo social se logró tanto el espacio físico como el acceso a las participantes.

La validación del instrumento (*MAAS*) para la muestra del estudio fue necesaria como parte de la adaptación de la intervención, pues se requería de un instrumento válido y confiable que evaluara la atención plena considerando las características propias de dicha muestra. Sin embargo, durante en el proceso de validación se observó cierta dificultad para que el instrumento captara conductas concretas que se relacionaran con la atención plena. Se observó que algunos reactivos estaban más enfocados en una atención focal y de trabajo, más que en capturar realmente el estado de conciencia de la persona. Por ejemplo, el reactivo 6 y 11 de la escala original, fueron eliminados, por 2 razones, la primera obedeció a un criterio estadístico del análisis factorial y la segunda, es que se consideró que su contenido tenía más una connotación de memoria que de atención. Al retomar la definición de atención plena presentada en el capítulo tres, se afirma que no sólo se trata de prestar atención a una experiencia en particular, sino que la atención plena también implica una clara comprensión' [*sampajañña*] que es lo que da lugar a una conciencia [*insight*] de lo experimentado.

La razón de porqué utilizar una aproximación distinta a las otras aproximaciones que ya existen y que han mostrado buenos resultados en el tratamiento del malestar emocional es la siguiente: Porque la atención plena, tiene que ver, en su esencia, con el reconocimiento del sufrimiento o insatisfacción [*Dukkha*] presente en la condición humana. Es a través del desarrollo de esta conciencia lúcida y abierta que las personas pueden reconocer la fuente de su sufrimiento o desasosiego y generar formas distintas de relacionarse con su mente, y por lo tanto, con todo lo que ella contiene. Este sufrimiento o malestar no se circunscribe únicamente a síntomas de ansiedad, depresión o de un estrés sostenido, sino a la condición misma de ser un ser vivo y un ser humano a la vez. Que si bien, los objetivos de este estudio se enfocaron a síntomas de estrés, ansiedad y depresión por su alta prevalencia y la

fuerte asociación que presentan entre sí, la intervención puede tener un efecto por el simple hecho de vivir el día a día con sus retos, sus incertidumbres y sus constantes cambios.

La utilización de aproximaciones basadas en la atención plena en contextos clínicos o de salud se consideran adecuada porque se ha observado que la dirección de la atención es un determinante clave para el bienestar en los procesos de atención y regulación de emociones (Carmody, 2009).

Las investigaciones realizadas en primer nivel son escasas comparadas con niveles especializados (Dermazo y cols., 2015) por lo que los resultados de este estudio constituyen uno de los intentos en México por conocer los alcances de este tipo de intervenciones para tratar la salud mental. El estudio se enfocó en enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, mismas que son altamente prevalente entre la población mexicana femenina (Rojas y cols., 2018).

Uno de los aspectos más importantes a destacar en este estudio es, además del escenario, el tipo de población con la que se trabajó. Un grupo de mujeres con una enfermedad crónica, baja escolaridad y bajos recursos económicos. Condiciones que son muy disimiles a las características sociodemográficas promedio de las muestras reportadas en otros estudios (Toneatto y cols., 2007; Grossman y cols., 2004; Hoffman y cols., 2010; Goya y cols., 2014; Dermazo y cols., 2015). Dichos estudios generalmente reportan los resultados de la intervención en población con un nivel educativo medio, con recursos y acceso a atención en salud y con mayores ingresos. Estas características permiten destacar que aún bajo condiciones adversas, las mujeres que participaron en la intervención del presente estudio, aprendieron estrategias de auto-regulación para el manejo de su estrés y síntomas relacionados, beneficiándose del trabajo realizado en la intervención, de manera similar a lo que se reportan los estudios en distintos países con poblaciones mayoritariamente femeninas (Dermazo y cols., 2015). Este hallazgo es particularmente relevante sí se consideran las barreras para la atención en salud mental que existen actualmente en México (Galván y cols., 2017).

Una de las principales aportaciones del presente estudio es el desarrollo de un programa REBAP adaptado, probado, factible y efectivo que puede ser adoptado por un sistema de

salud mexicano como el de primer nivel. Es una intervención de bajo costo que ya cuenta con material para que la persona que lo requiera pueda llevarla a cabo de manera personal, no requiere de un contexto especializado, ni de un profesional de la salud (lo que quizás la hace menos accesible). Estas características permiten que la intervención basada en la atención plena sea un recurso de salud mental accesible en un sistema donde son escasas las opciones de tratamiento oportuno.

Fase 2. Efectividad de la intervención

Con respecto a cuáles son los elementos que podían explicar el impacto de la intervención sobre los síntomas de ansiedad y depresión, Goyal y cols., (2014), mencionan que, tanto el estrés como la sintomatología ansiosa y depresiva, se consideran distintos componentes del afecto negativo. Los autores afirman que es posible mejorar este efecto negativo a través una intervención basada en la atención plena. Así lo demuestran los resultados obtenidos en este estudio: Una disminución moderada de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión como uno de los principales efectos de la intervención. Evidencia que es similar a los encontrado por otros estudios (Hofmann y cols., 2010; Vøllestad y cols., 2011, Strauss y cols., 2014).

Se observó un aumento en la atención plena, tal y como se ha reportado en otros estudios (Brown y cols., 2007; Bohlmeijer y cols., 2010; Quintana y Rincón. 2011). El aumento en la capacidad de estar atentos, tanto de manera focal como integral, es uno de los objetivos principales de intervenciones de este tipo (Bishop y cols., 2004; Carmody 2009), pues es a partir de la observación atenta que se logra una reperiencia de la experiencia.

Las mujeres reportaron un mejor manejo de su condición crónica, sobre todo a nivel emocional. Mencionaron que, aprendieron a reconocer la manera en cómo se sentían, se dieron cuenta que, desde hacía tiempo, se sentían enojadas, tristes o cansadas. Al reconocer dichas emociones, experimentaron cierto alivio, mismo que asociaron con un desbloqueo de emociones viejas y atoradas. Este aspecto es uno de los componentes más importantes de las intervenciones basadas en atención plena: Volverse consciente de los estados mentales y emocionales. No buscar necesariamente un cambio de manera directa, sino dejar de ser dominados por dichos estados y por su fuerza reactiva e inconsciente que los

caracteriza, y estar dispuestos a experimentarlos tal y como se producen (Quintana y cols., 2011; Coffey y cols. 2010 y Kabat Zinn, 2011). Como consecuencia, su nivel de estrés, así como la sintomatología ansiosa y depresiva disminuyeron al término de la intervención. La atención plena aumentó, lo cual es lo esperado al observarse una mejoría en su estado emocional (Brown y cols., 2007).

Al considerar los componentes de la intervención, se podría decir que la disminución de los síntomas se puede explicar desde distintos aspectos.

- Los componentes principales de la definición de atención plena. En la definición de la atención plena se destacan 2 aspectos que la constituyen: 1) el atencional y 2) el actitudinal (Coffey y cols., 2010). El primero se relaciona con desarrollar la capacidad de atender al momento presente y el segundo con la disposición aceptar lo que se experimenta sin juzgarlo (Kabat Zinn, 1991; Bishop y cols. 2004). Lo observado en el grupo de mujeres del estudio, conforme se desarrolló la intervención, fue que el grado de dificultad para desarrollar el primer componente (atencional) fue alto. Mencionaron distraerse muy fácilmente tanto con sus propios pensamientos como con estímulos del exterior. La instrucción de la meditación se dirigió a que incluso observaran esos pensamientos, esas distracciones, y la manera en que reaccionaban a ellas. Paulatinamente esta instrucción llevo al segundo componente: La disposición a aceptar lo que estaba ocurriendo. Podría considerarse que fue este componente el que permitió la reducción en la reactividad mental y emocional.
- Reducción de la reactividad emocional. La reactividad mental y emocional se considera el grado en que las personas muestran una mayor intensidad en pensamientos o emociones negativas en respuesta a una situación de malestar (Kabat-Zinn 2011, Hervás y cols., 2016). La reducción de la reactividad emocional podría estar vinculada al reconocimiento y aceptación de la experiencia interna, aún y que sea desagradable. Esta disposición a aceptar lo que se experimenta, ya sea a nivel de pensamiento o emoción contribuye al bienestar mental (Coffey y cols. 2010). Al inicio del estudio, las mujeres mencionaron no estar conscientes de algunas emociones o malestares físicos, sino que fue hasta después de las primeras

sesiones en donde reportaron el reconocimiento de dicho malestar (Ej. Tristeza, enojo, resentimiento dolores de cabeza, tensión en todo el cuerpo, etc.). La aceptación de la propia experiencia sea cual sea, y abstenerse de juzgarla, o en su defecto, reconocer el juicio, se considera un aspecto que contribuye a la salud mental (Coffey y cols. 2010).

- Una reevaluación positiva de las situaciones estresantes se considera así a la capacidad de reconstruir la interpretación de eventos estresantes de manera que la respuesta a ellos se modifique (Garland, Gaylord y Fredrickson, 2011; Hervás y cols. 2016). En el caso del grupo de mujeres, tanto el nivel de estrés percibido, como la sintomatología ansiosa y depresiva, disminuyeron al finalizar la intervención. Esta disminución podría asociarse al hecho de reevaluar una situación estresante, por ejemplo, la enfermedad crónica. Más que percibir la enfermedad como algo irremediable y fatal, reenfoclarla, más bien, como una situación manejable y controlable. Esta posible reevaluación podría generar una disponibilidad a aceptar la presencia de la enfermedad, más que a percibirla como una situación estresante y adversa sobre la que poco se puede hacer. A través de reconocer las emociones y estados de ánimo derivados de dicha situación se propicia una liberación de la tensión. La práctica de la atención plena parece incrementar la reevaluación positiva y propiciar una mejoría en los niveles de estrés (Carmody y Baer, 2008, Garland y cols., 2011, Hervás y cols. 2016). De manera que las personas aprenden a responder de una manera distinta a estímulos que generan malestar (Kabat-Zinn, 2011).

Es así que al disminuir los síntomas de ansiedad y depresión asociados al estrés, se puede considerar que la intervención basada en la atención plena demostró ser efectiva para la población para la que fue adaptada. De acuerdo con Flay y cols., (2005) la efectividad se refiere a los efectos de un programa bajo condiciones o escenarios reales. Uno de los retos mayores de este estudio consistió en mantener la estructura original del programa lo más apegada posible, no sólo a las condiciones del contexto, sino principalmente accesible a la población de mujeres con las que se trabajó. Cómo ya se mencionó, es una población

distinta a las poblaciones que, casi en su mayoría, reportan la literatura en donde se ha aplicado intervenciones basadas en la atención plena.

Al evaluar una intervención, no basta con saber si hubo cambios al terminarla, es necesario conocer la magnitud de dichos cambios (Nezu 2008). El tamaño del efecto (TE) encontrado en este estudio para el estrés percibido y a sintomatología ansiosa fue moderado, para la sintomatología depresiva fue bajo, lo cual es similar a lo reportado en otros estudios (Demarzo, 2015; Goyal y cols. 2014). Esto puede atribuirse a que dado que es un estudio de factibilidad, aún requiere afianzarse elementos metodológicos a fin de asegurar un mayor tamaño del efecto.

Es innegable que los recursos en salud mental en nuestro país son necesarios y deseables por las poblaciones más vulnerables y afectadas. Con frecuencia estas necesidades no pueden ser cubiertas de manera adecuada o suficiente (Berenzon y cols., 2014 y Galván y cols., 2017). Al dotar de recursos y estrategias personales a la población, a través de identificar sus emociones, nombrarlas, aceptarlas; al igual que a sus pensamientos y a sus sensaciones; las personas podrán gestionar mejor su bienestar emocional y mental, aun cuando el acceso a servicios de salud mental sea limitado o insuficiente.

Esta intervención representa un recurso útil para una población mexicana donde los servicios de salud mental son escasos (Berenzon y cols. 2014; Galván y cols. 2017) y los que existen se encuentran saturados o son poco adecuados a la población (Goyal y cols., 2014). Es una intervención auto-dirigida, de bajo costo y de fácil acceso que le regresa el poder a las personas de ser ellas mismas quienes gestionen su bienestar.

Una consideración ética importante a tener en cuenta en el trabajo con atención plena es algo que el mismo Kabat Zinn lo menciona (2011), asegurarse de contar con el conocimiento, tanto práctico como ético, para la instrucción en la atención plena. Si bien a lo largo de este trabajo, se ha mencionado en repetidas ocasiones lo natural que es la atención plena en cada ser humano, su desarrollo y práctica deben apearse a las instrucciones originales. De lo contrario, se corre el riesgo de relativizar problemas clínicos y no darles un manejo adecuado. En el caso del presente estudio, este aspecto se cuidó a través de los criterios de inclusión y de asegurarse que no fueran cuadros clínicos más

severos. No por el hecho de contar con elementos comunes a todos los seres humanos, la atención plena escapa de una práctica inadecuada en ciertas circunstancias.

Limitaciones.

Las limitaciones de este estudio se observaron principalmente en la fase 2 y corresponden, en su mayoría, a cuestiones metodológicas. Debido a que este trabajo es un primer acercamiento a la manera de introducir una aproximación distinta a un contexto de salud, algunas de las estrategias empleadas presentaron limitaciones o no fueron las más adecuadas. Dichas limitaciones fueron:

1) Sesgo muestral o de selección. La manera en que se asignaron a los participantes a la intervención fue intencional y no aleatoria debido a que fue más viable adaptarse a la accesibilidad de condiciones del contexto. Esta condición disminuye la generalidad de los resultados pues no hubo representatividad en la muestra.

2) La diferencia en los puntajes iniciales de las dos sintomatologías entre el grupo control y el experimental afectó la contundencia de los resultados, pues más que observar resultados concluyentes, lo que se observó fue una tendencia. Solamente se observaron diferencias estadísticamente significativas, en la comparación de las mediciones Pre y Post intervención, al interior del grupo experimental. Por lo que en estudios posteriores deberá cuidarse la homogeneidad de variables clínicas entre los grupos de comparación.

3) No contar con seguimientos de los efectos de la intervención. Por cuestiones de tiempo y de recursos no se pudo hacer evaluaciones más allá del término de la intervención. Lo cual impidió observar el mantenimiento de los cambios a través del tiempo. En general se puede decir que para fortalecer la fase 2 del estudio, se requiere de una evaluación que considere mayor rigor metodológico que permitan resultados más precisos y robustos y que puedan ser generalizables.

Sugerencias

Al considerar la manera en que se llevó a cabo este estudio y los resultados obtenidos, a continuación se enumeran una serie de sugerencias con el fin de que en futuros estudios se considere la manera de enriquecer a la investigación. 1) Elegir una manera o aproximación

distinta para medir la atención plena. A lo largo del proceso de adaptación y validación del instrumento se observó que sus alcances presentan limitaciones que dejan fuera aspectos que son parte de la atención plena. Por lo que se sugiere el empleo quizás de una aproximación fenomenológica o quizás cualitativa que explore a mayor profundidad y detalle las características que constituyen la atención plena. 2) Realizar una asignación aleatoria de los participantes a la intervención y a los grupos correspondientes. 3) La inclusión de un grupo control con puntajes iniciales homogéneos sería recomendable en futuros estudios. 4) Hacer evaluaciones de seguimientos a fin de medir el mantenimiento de los efectos de la intervención y 5) Incluir la medición de variables fisiológicas, como puede ser nivel de cortisol en sangre, niveles de glucosa, presión arterial, de manera que se cuenten con elementos más precisos que apoyen los cambios observados a partir de la intervención.

Conclusiones.

Se logró el objetivo general del presente estudio al obtenerse una intervención, de reducción de estrés basada en la atención plena, factible y efectiva para una muestra de mujeres con enfermedades crónicas y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el primer nivel de atención de la Ciudad de México.

A partir de las modificaciones realizadas durante la prueba piloto, los contenidos y materiales de la intervención resultaron factibles de aplicar. El instrumento MAAS logró las características psicométricas necesarias, sin embargo se observó una baja especificidad para captar todos los elementos que constituyen la atención plena.

A pesar de las condiciones generales de esta población (ej. restricciones educativas y económicas, limitaciones del acceso a servicios de salud mental, desconocimiento de los servicios existentes, entre otros), las participantes redujeron sus niveles de estrés y su sintomatología ansiosa y depresiva.

El presente trabajo es uno de los primeros esfuerzos en México por documentar y sistematizar la aplicación de la atención plena en el campo de la Salud Mental Pública y por lo tanto representa un recurso válido y efectivo para ser aplicado en escenarios que

requieran de una herramienta sencilla y universal para fomentar el bienestar emocional y mental de las personas.

Referencias

- Álvarez, E. Gastó, C. y Roca, M. (2008). Epidemiología de la sintomatología ansiosa. En E. G. Álvarez, Sintomatología ansiosa en atención primaria. *Algoritmos diagnósticos y terapéuticos*. Barcelona, España: Marge Medical Books.
- Arroyo, C., Hu, F.B., Ryan, L.M., Kawachi, I., Colditz, G., Speizer, F.E. and Manson, J. (2004) Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 27, 129–33.
- Astin, J., Shapiro, Sh., Eisenberg, D. y Forsys, K. (2003). Mind-Body medicine: state of the science, implications for practice. *Journal American Board Family Practice*, 16, 131-147.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Foa, E., Kessler, R. y McFarlane, A. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 60-66.
- Barkow, K., Heun, R., Üstün, B., Berger, M., Bermejo, I., Gaebel, W., Härter, M., Schneider, F., Stieglitz, R. y Mair, W. (2004). Identification of somatic and anxiety symptoms wich contribute to the detection of depression in primary health care. *European Psyhyatry*, 19, 250-257.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety disorders and panic*. New York: The Guilford Press.
- Barlow, D. y Campbell, L. (2000). Mixed anxiety-depression and Its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 55-60.
- Barrera I, Fuentes P y González C.(2013) Estrés y salud mental. Estrategias para el manejo integral del estrés. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Batchelor, S. (2008). *Budismo sin creencias*. Madrid, España: Gaia.
- Beck A. Cognitive models of depression (1987). *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quaterly*; 1:5-37
- Berenzon, S., Saavedra, N. y Galván J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica. *Salud Pública de México*, 60 (2):184-191
- Berenzon, Sh., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L y Tiburcio, M (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a

- centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental*, 37(4), 313-319.
- Berenzon, Sh., Medina-Mora, M.E. y Lara, A. (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental*, 26(5), 61-72.
- Birniel, K., Garland, S y Carlson, L. (2009). Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psycho-Oncology*, 19, 1004-1009.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Bojorquez, I., Villalobos, V., Manrique, B., Tellez, M. y Salinas, A. (2009). Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Panamerican American Journal of Public Health*, 26(1), 70-76.
- Bohlmeijer, E., Prengera, R., Taala, E and Cuijpersb, P. (2010) The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 68, 539-544.
- Brooks, K. y Robles, T. (2009). Recent depressive and anxious symptoms predict cortisol responses to stress in men. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1041-1049.
- Brown, K., Ryan, R. y Creswell, J. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211-237.
- Bystritsky, A., Danial, J. and Kronemyer, D. 2014: Interactions between diabetes and anxiety and depression: implications for treatment. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 43, 269-83.
- Campos, P. (2009). *Hipnosis Ericksoniana y relajación asistida por biorretroalimentación en el trastorno de pánico. (Tesis de Doctorado)*. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cano-Vindel, A (2011). Los desordenes emocionales en la atención primaria. *Ansiedad y estrés* 17 (1), 75-105.
- Carmody, J. (2009). Evolving Conceptions of Mindfulness in Clinical Settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quaterly*, 23(3), 270-280.
- Clark, L. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.

- Colman, Sh., Brod, M., Potter, L., Bueshing, D. y Rowlnad, C. (2004). Cross- sectional 7-year follow-up of anxiety in primary care patiens. *Depression and Anxiety* (19), 105-111.
- Colunga-Rodríguez, C.,García deAlba, J.E., Salazar-Estrada, J.G. y Ángel-González, M. (2008) Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. *Revista de Salud Pública* 10, 137-49.
- Craske, M. y Zucker, B. (2001). Prevention of anxiety disorders: A model for intervention. *Applied and Preventive Psychology*, 10(3), 155-175.
- Csemerly P (Ed). (1998). Stress of life from molecules to man. New York: New York Academy of Sciences.
- Damasio, A. (s.f.). Looking for Spinoza: Joy, sorrow and the feeling brain. En Carmody (2009) Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quaterly*, 23(3), 270-280.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Shumacher, J., Rosenkraz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, R., Harrington, A., Bonus, K. y Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune fuction produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta, E., Mahtani, K, Vellinga,A.,Vicens., López-del-Hoyo, Y. and García-Campayo, J (2015). The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: A meta-analytic review. *Annals of Family Medicine* 13(6), 573-583.
- Donovan, L. C., y Spence, H. S. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509-531.
- Dowrick, C., Gask, L., Edwards, S., Aseem, S., Bower, P., Burroughs, H., Catlin, A., Chew-Graham, C., Clarke, P., Gabbay, M., Gowers, S., Hibbert, D., Kovandzic, M., Lamb, J., Lovell, K., Rogers, A., Lloyd-Williams, M., Waheed, W. y the AMP Group. (2009). Researching the mental health needs of hard-to-reach groups: managing multiple sources of evidence. *BMC Health Services Research*, 9 (226), 1-12 doi:10.1186/1472-6963-9-226.
- Familiar, I., Borges, G., Orozco, R. y Medina-Mora, M.E. (2011). Mexican migration experiences to the US and risk for anxiety and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 130, 83-91.

- Flay, B., Biglan, A., Boruch, R., González, F., Gottfredson, D., Kellam, S., Mósckicki, E., Schinkes, S., Valentine, P. y Ji, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*; 6 (3), 151-175.
- Folkman, S (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*; 46(4):839-852.
- Galván, J., Saavedra, N., Bartolo, F. y Berenzon, Sh., Perceptions of Mexican women regarding barriers in mental Health Services in primary care. *BMC Women's Health* 17(70), 1-6
- García-Campayo, J. y Lou Arnal, S. (2004). Comorbilidad ansiedad-depresión: Problemas diagnósticos. *Claves en Salud*, 3.
- Goldin, P., Ramel, W. y Gross, J. (2009). Mindfulness Meditation Training and Self-Referential Processing in Social Anxiety Disorder: Behavioral and Neural Effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 242-257.
- González, M y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*: 10 (1): 199-206.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G. y Barraza-Lloréns, M. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud en México. *Salud Pública de México*, 49 (supl I:S37-S52).
- Groosman, P., Nieman, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E., Gould, N., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Ranasinghe, P. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 174,357–368
- Hammen C. Kim EY, Eberhart NK, Brennan PA. (2009). Chronic and acute stress and the prediction of major depression women. *Depression and Anxiety*; 26, 718-723.
- Hansson, M., Bodlund, O. y Chotai, J. (2008). Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: a randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 105, 235-240.
- Harkness KL, Steward JG. (2009). Symptom specificity and the prospective generation of life events in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*; 118:278-287.

- Hellman, C., Budd, M., Borysenko, J., McClelland, D. y Benson, H. (1990). The study of the effectiveness of two group behavioral medicine interventions for patients with psychosomatic complaints. *Behavioral Medicine*, 16, 165-173.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2001). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud* 27, 115-124.
- Hoffman, S., Sawyer, A., Witt, A. and Oh, D. (2010) The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(2), 169-183
- Hoffman, C., Ersser, S., Hopkinson, J. Nicholls, P., Harrington, J y Thomas, P. (2012) Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction in Mood, Breast- and Endocrine-Related Quality of Life, and Well-Being in Stage 0 to III Breast Cancer: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 30. 1-9
- Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME (2007). The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: A prospective study. *Journal of Personality Disorders*; 21: 371-383.
- Judah M, Grant D, Mills A, Lechner W, Slis M (2013)., The Prospective role of depression, anxiety, and worry in stress generation. *Journal of Social and Clinical Psychology*; 32 (4): 381-399.
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona, España: Kairós.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R. y Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
- Kellner, R. y Sheffield, B. F. (1973). A self rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3, 88-100.
- Kendler KS, Karkowsky LM, Prescott CA. (1998) Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat and diagnostic specificity. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 186: 661-669.
- Kercher A, Rapee RM (2009). A test of cognitive diathesis stress-generation pathway in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 37:845-855.

- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. Mc Graw Hill: México.
- Kessler, R., Ruscio, A., Shear, K y Wittchen, H-U. (2009). Epidemiology of Anxiety Disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2, 22-32 doi:10.1007/7854_2009_9.
- Kim, B., Lee, Sh., Kim, Y.W., Choi, T.K., Yook, K., Suh, S.Y., Cho, S.J y Yook, K.H. (2009). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601-606.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M. y Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*, 4(19), 1-93.
- Klerman, G., Budman, S., Berwick, D., Weissman, M., Damico-White., Demby, A. y Feldstein, M. (1987). *Efficacy of a brief intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care*, 25(11), 1078-1087.
- Kohn, R. y Levav, I. (2009). La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el caribe. En J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona, España: Paidós.
- Lara, A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L y Rubí, N. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud mental para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lazarus R. y Folkman S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lerma TA (2012). *Ensayo clínico controlado aleatorizado para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica mediante una intervención cognitivo conductual comparada con la atención médica convencional*. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Levison, D. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*; 60:84-92.

- Lewinsohn PM, Allen NB, Seeley JR, Gotlib IH. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*; 108: 483-489.
- Liu R, Alloy, L. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychological Review*; 30 (5): 1-26.
- Martin, A. y Murray, S. (2009). *Oxford handbook of anxiety and related disorders* . Nueva York: Oxford University Press.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. y Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican Natio. *Psychological Medicine*, 35, 1-11.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental* , 26(4), 1-16.
- Merkes. M (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health* 16(3) 200-210
- Moffitt, P. (2008). *Bailando con la vida*. Barcelona, España: Kairós.
- Monroe S. y Harkness K. (2005) Life stress, the “kindling” Hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*; 112:417-445.
- Muntingh, A., Feltz-Cornelis, C., Marwijk, H., Spihoven, P., Penninx, B. y Balkom, A. (2011). Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study od depression and anxiety (NESDA). *BMC Family Practice*, 12(66), 1-6.
- Nolin, M. J y Chandler, K. (1996). *Use of cognitive laboratories and recorded interviews in the National Household Education Survey U.S. Departament of Education*. Washington, D.C.: National Center for Education Statistic.
- Oficina de Institutos Nacionales de Salud (NIH). (05 de abril de 2012). *Protección de los participantes humanos de la investigación*. Recuperado el 05 de abril de 2012, de <http://pphi.nihtraining.com/users/login.php>

- Olson, P. (1995). *Definitions of biofeedback and applied psychophysiology*. En Campos (2009). *Hipnosis Ericksoniana y relajación asistida por biorretroalimentación en el trastorno de pánico*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ong, J y Sholtes, D. (2010). A mindfulness-based approach to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychology: In session*, 66(11), 1175-1184.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra, Suiza.
- Orsillo SM, Roemer L. (2011). *The Mindful Way through Anxiety. Break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: The Guildford Press.
- Prins, M., Verhaak, P., Hilbink-Smolders, M., Spreeuwenberg, P., Laurant, M., Meer, K., Marwik, H., Penninx, B. y Bensing, J. (2011). Outcomes for depression and anxiety in primary care and details of treatment: a naturalistic longitudinal study. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 1-9.
- Prins, M., Verhaak, P., Meer, K., Penninx, B. y Bensing, J. (2009). Primary care patients with naxiety and depression: Need for care from the. *Journal of Affective Disorders*, 119, 163-171.
- Quintana, M. y Rincón, M. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y Salud* 22(1), 51-67.
- Rait, G., Walters, K., Giffin, M., Buszewicz, M. Petersen, J. y Nazareth, I. (2009). Recent trend in the incidence or recorded depression in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 520-524.
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R.M. and Román-Álvarez, J. (2011) Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco* 17, 30–35.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. y Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Rojas, R., Basto, A., Aguilar, C, Zarate, E., Villalpando, S. y Barrientos, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico medico previo en México. *Salud Pública de México*. 60.1-9

- Rounsaville, B. y Carroll, K. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage 1. *Clinical Psychology: Science and practice*, 8(2), 133-142.
- Roy-Byrne, P., Katon, W., Broadhead, E., Lepine, JP., Richards, J., Brantley, P., Russo, J., Zinbarg, R., Barlow, D. y Liebowitz, M. (1994). Subsyndromal ("Mixed") anxiety-depression in primary care. *Journal of general internal medicine*, 9, 507-512.
- Rucci, P., Gherardi, S., Tansella, M., Piccinelli, M., Berardi, D., Bisoffi, G., Corsino, MA. y Pini, S. (2003). Subthreshold psychiatry disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 76, 171-181.
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R. y Levav, I. (2009). La epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la atención primaria a la salud. En J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola, *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda, J. (2006). Eficacia cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58(6), 540-546.
- Sansone, R., Hendricks, M., Gaither, G. y Reddington, A. (2004). Prevalence of anxiety symptoms among a sample of outpatients in an internal medicine clinic: a pilot study. *Depression and anxiety*, 19, 133-136.
- Sapolsky R. (1998). *Why Zebras Don't Get Ulcers*. New York: W.H Freeman and Company.
- Schulberg, H., Lee, P., Bruce, M., Raue., Lefever, J., Williams., Dietrich, A. y Nutting, P. (2005). Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 523-528.
- Seekles, W., Straten, A., Beekman, A., Marwijk, H. y Cuijpers, P. (2011). Effectiveness of guides sel-help for depression and anxiety disorders in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 187, 113-120.
- Shahar, G., Joiner, T., Zuroff, D. y Blatt, S. (2004). Personality, interpersonal behavior, and depression: co-existence of stress-specific moderating and mediating effects: *Personality and Individual Differences*; 36:1583-1596.
- Sobel, D.S. (1995). Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic Medicine*, 57, 234-244.

- Solano, N. y Gallagher-Thompson, D. (2001). Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española Geriátrica Gerontológica*, 36(4), 189-194.
- Stein, M., Kirk, P., Prabhu, V., Grott, M. y Terepa, M. (1995). Mixed anxiety depression in primary-care clinic. *Journal of affective disorders*, 34, 79-84.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A. y Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS One*, 9(4)
- Stroud, C., Davila, J. y Moyer A. (2008). The relationship between stress and depression in first onset versus recurrences: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*; 117: 206-213.
- Stulz, N. y Crits-Christoph, P. (2010). Distinguishing anxiety and depression in self-report: purification of the Beck anxiety inventory and Beck depression inventory-II. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 927-940.
- Tanay, G., Lotan, G. y Berstein, A. (2012). Salutary proximal process and distal mood and anxiety vulnerability outcomes of mindfulness training: a pilot prevention intervention. *Behavior Therapy*, 43, 492-505.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau. M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Thomas, L., Abel, A., Ridway, N., Peters, T., Kessler, D., Hollinghursts, S., Turner, K., Garland, A., Jerrom, B., Morrison, J., Williams, C., Campbell, J., Kuyken, W., Lewis, G. y Wiles, N. (2012). Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment resistant depression in primary care: The CoBaIT randomised controlled trial protocol. *Contemporary clinical trials*, 33, 312-219.
- Tiefenthaler, U. y Grossman, P. (2002). Buddhist psychology's potential contribution to psychosomatic medicine: Evidence from a mindfulness program for fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 64.
- Toneatto, T and Nguyen, L. (2007). Does Mindfulness Meditation Improve Anxiety and Mood Symptoms? A Review of the Controlled Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 260-266.
- Vargas, B. y Villamil, V. (2016) La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1):3-9

- Vøllestad, J., Sivertsen, B. y Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 281–288.
- Van Order, K.; Wingate, L., Gordon, K., Joiner, T. (2005). *Interpersonal factors as vulnerability to psychopathology over the life course*. En: Hakin, B.; Abela JR., Editors. *Development of psychopathology: A vulnerability stress- perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vettese, L.C., Toneatto, T., Stea, J.N., Nguyen, L., y Wang, J.J. (2009). Do mindfulness meditations participants do their homework? And does it make a difference? A review of the empirical evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 198–225.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo de Medicina Interna* 1.
- Visser EM, Odebrecht S, Kaminami H. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *Oncology*; (5): 617- 625.
- Waikar, S y Craske, M. (1997). Cognitive correlates of anxious and depressive symptomatology: An examination of the helplessness/hopelessness model. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(1), 1-16.
- Wallace, A. y Shapiro, L. (2006). Mental balance and well-being: building bridge between Buddhism and western psychology. *The American Psychologist*, 61(7), 690-701.
- Walters, K., Buszewicz, M., Weich, S. y King, M. (2011). Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 472-478.
- Whitebird, R., Kreitzer, M y O'Connor, P. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 22(4), 226-230.
- Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. (2007). *The Mindful Way through Depression. Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: *The Guildford Press*.
- Wong, Y., Chan, F., Wong, R. Chu, M., Yu-Yuk., Stewart, W. y Ma, S. (2011). Comparing the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction and Multidisciplinary Intervention Programs for Chronic Pain: A Randomized Comparative Trial. *The Clinical Journal of Pain*. 27(8). 724–734
- Zalta, A. (2011). A meta-analysis of anxiety symptom prevention with cognitive-behavioral interventions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 749-760.

Zinbarg, R., Barlow, D., Brown, T. y Hertz, R. (1992). Cognitive-Behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. *Annual Review of Psychology*, 43, 235-262.

ANEXOS

Anexo 1.

Instrumento Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)

Mindful Attention and Awareness Scale- MAAS

Edad:	Sexo:	Ocupación:
Escolaridad:	Estado civil:	Fecha:

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con lo que le sucede en sus experiencias cotidianas. Utilizando la siguiente escala, indique la frecuencia con la que usted experimenta cada situación. Por favor, conteste conforme a lo que *realmente refleje* lo que le sucede y no en cuanto a lo que usted piensa que debería sucederle.

	Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Casi nunca	Nunca
1. Puedo sentir una emoción y no darme cuenta de ella hasta después de un rato.	1	2	3	4	5	6
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención o por estar pensando en otra cosa.	1	2	3	4	5	6
3. Me resulta difícil permanecer concentrada(o) en lo que está sucediendo en el momento presente.	1	2	3	4	5	6
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde voy, sin poner atención a lo que siento a lo largo del camino.	1	2	3	4	5	6
5. Tiendo a no percibir sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que me molestan.	1	2	3	4	5	6
6. Parece que estoy "funcionando en automático", sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
7. Me apresuro con mis actividades, sin estar realmente atenta(o) a ellas.	1	2	3	4	5	6
8. Me enfoco tanto en un objetivo que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo en el momento para lograrlo.	1	2	3	4	5	6
9. Hago actividades automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5	6
10. Voy a algún lugar de "manera automática" y después me pregunto por qué fui.	1	2	3	4	5	6
11. Me encuentro preocupada(o) con respecto al futuro o al pasado.	1	2	3	4	5	6
12. Me encuentro haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5	6
13. Como entre comidas sin prestar atención a lo que estoy comiendo.	1	2	3	4	5	6

¡Gracias por su participación!

Anexo 2.

Características principales de las ocho sesiones del Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena

Sesión	Descripción
1	<p>Bienvenida al programa. Introducción a la práctica meditativa y la atención plena. Introducción a la práctica del escáner corporal y de la respiración. Las 8 actitudes cultivar en la atención plena.</p>
2	<p>Exploración de las pautas habituales de pensamiento. Práctica del escáner corporal y de la respiración. La influencia de las ideas y prejuicios sobre la manera en que las personas se relacionan con su entorno y con ellas mismas.</p>
3	<p>Introducción a la práctica de <i>Yoga</i> El cuerpo como vehículo para estar atento al momento presente</p>
4	<p>Explorar qué es el estrés, cómo opera, sus consecuencias y el papel que juega en la reactividad de las personas. El efecto del estrés a nivel del sistema nervioso Continuar con la práctica del yoga y la respiración.</p>
5	<p>Explorar las ventajas de responder al estrés en lugar de reaccionar a él, generando respuestas eficaces en pro del bienestar. Indagar en la manera reconciliarse con emociones o situaciones desagradables a través de la práctica de la atención plena. Práctica meditativa en posición sentada</p>
6	<p>Propiciar en los participantes el reconocimiento y amor por sí mismos de manera que pueden enfrentar de manera más eficaz las emociones y situaciones aflitivas de su vida. Práctica meditativa en posición sentada Práctica meditativa de la bondad como herramienta para trabajar con el miedo.</p>
7	<p>Destacar el papel de la atención plena en las relaciones interpersonales a manera de propiciar relaciones más sanas y armoniosas con los demás. Cualidades para desarrollar la atención plena en la relación con los demás. Práctica meditativa a elección personal</p>
8	<p>Concluir el programa propiciando la práctica de la atención plena en la vida cotidiana. Enfatizar la importancia de continuar practicando hasta incorporarla como una forma de vida. Plan de acción para continuar con la práctica de la atención plena.</p>

Anexo 3.

Aprobación del comité de ética

Anexo 4.

Consentimiento informado



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

Carta de consentimiento informado para pacientes

Nombre del estudio: Evaluación de un programa de reducción de estrés basado en la atención plena (REBAP) para personas con sintomatología ansiosa y/o depresiva en primer nivel de atención

La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de su posgrado y en coordinación con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, (INPRFM) le invita a participar, de manera voluntaria, en una investigación que lleva por nombre Evaluación de un programa de reducción de estrés basado en la atención plena (REBAP) para personas con sintomatología ansiosa y/o depresiva en primer nivel de atención.

El estudio tiene por objetivo conocer el efecto de un tratamiento para aliviar los síntomas de ansiedad y depresión en las personas que los padecen. **El tratamiento se basa en una serie de ejercicios de relajación, de respiración, meditación y yoga suave**, a través de los cuales las personas puedan mejorar su estado emocional. Actualmente, este tratamiento se está probando en México debido al éxito que ha tenido en otros países.

¿En qué consistirá su participación?

En caso de que usted acepte participar, de manera inicial se le pedirá que responda tres cuestionarios que evalúan la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión y la atención que presta al momento de realizar sus actividades cotidianas. Esto a fin de conocer cómo se encuentra antes de iniciar la intervención. Le tomarán alrededor de 30 minutos responder estos cuestionarios.

Su participación consistirá en asistir a ocho sesiones que conforman la intervención, una vez a la semana, con una duración aproximada de 2 horas por sesión. Las sesiones se llevarán a cabo dentro del centro de salud al que usted acude comúnmente.

Como parte de las actividades que usted realizará durante la intervención están:

- Llevar a cabo ejercicios de meditación que le ayudarán a trabajar con el malestar emocional y físico asociado a los síntomas de ansiedad y depresión.

- Realizar ejercicios de respiración y observación del cuerpo a fin de disminuir la tensión que siente.
- Realizar ejercicios suaves de yoga con el objetivo de que tenga una mayor atención en su cuerpo.
- Hacer algunos ejercicios de tarea en casa junto con las meditaciones indicadas.

Una vez concluida la intervención usted volverá a contestar los tres cuestionarios que contestó al inicio de la intervención.

A través de un procedimiento, se determinará el momento en que usted recibirá la intervención. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello afecte la atención que recibe en el centro de salud. Solo necesitará informarlo, en cuanto le sea posible, a la investigadora del estudio.

Beneficios

A través de su asistencia a la intervención, usted podrá contar con recursos que le permitan mejorar su estado emocional, propiciando un mayor bienestar.

Riesgos

Dado que el objetivo del tratamiento es ayudarle a mejorar su estado emocional, se espera que no haya presencia de riesgo. Sin embargo, si usted llegará a sentir algún malestar inesperado como, por ejemplo, emociones aflitivas, tales como: nervios, angustia, enojo, tristeza, entre otras. Háblelo con la investigadora quien está facultada para tratar con tales eventos y en caso de considerarlo necesario, canalizarlo a la atención que corresponda.

Si esta situación llegara a presentarse fuera de la sesión, como en su casa, por ejemplo, usted puede contactar a la investigadora a cargo de la intervención, la Psicóloga Pilar Bernal al teléfono 5534405631 o al correo electrónico pilar18_24@hotmail.com

Confidencialidad

La información que usted nos proporcione es completamente confidencial, sus datos estarán identificados con una clave en lugar de su nombre, su identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio ni en la publicación de los resultados. Ninguna persona ajena a la investigación tendrá acceso a la información que nos proporcione.

Si tiene alguna duda o necesita información adicional puede solicitarla a la persona que le entregó este formato o bien puede comunicarse con la Dra. Shoshana Berenzon al teléfono 41605168 o al correo electrónico berenz@imp.edu.mx En caso de tener dudas

sobre sus derechos como participante del estudio podrá contactar a la Comisión de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente al teléfono 41605074.

Consentimiento

He leído la información referente al proyecto Evaluación de un programa de reducción de estrés basado en la atención plena (REBAP) para personas con sintomatología ansiosa y/o depresiva en primer nivel de atención y entiendo de qué se trata el estudio. Me han explicado en qué consiste mi participación y han contestado todas mis preguntas en términos que he podido comprender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento del estudio y que tengo derecho a que me respondan.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención que recibo del centro de salud. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de este documento. Con base en esta información, acepto libre y voluntariamente participar en el estudio.

México D. F. a ____ de _____ de 2014

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2

Anexo 5

Transcripción de grabaciones.

Introducción general

La atención plena es una cualidad humana que todos poseemos, pero muy pocos usamos. Se encuentra en nuestra experiencia de estar vivos y no es otra cosa más que notar la manera en cómo vivimos. Es lo que hacemos a diario, como comer, caminar o platicar. Lo único que se requiere es refinar nuestra capacidad de vivir concientemente, esto quiere decir poner atención de manera intencional y curiosa al momento presente que vivimos, sin tratar de cambiarlo y sin juzgarlo. La podemos practicar mientras nos bañamos, hacemos fila en un lugar o contemplamos un amanecer. Se trata de estar atentos a lo que hacemos, de una manera interesada y curiosa, a fin de notar y disminuir la fuerza de los hábitos nocivos que nos dominan, tales como pueden ser sentirnos nerviosos o estresados. La atención plena nos ayuda a relacionarnos mejor con nuestras emociones, y por lo tanto, nos ayuda a sanar, pues hace que nos demos cuenta de cómo funciona nuestra mente.

Así que el Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención plena se trata justamente de guiarle en este descubrimiento, de verse a sí mismo y a su vida, desde un lugar distinto, más amable y bondadoso. De inicio le doy la bienvenida al programa y la felicito por su decisión en tomar un rol activo y poderoso en el cuidado de su salud. En las siguientes grabaciones trabajaremos y exploraremos juntos algunos ejercicios de respiración y relajación muy sencillos que lo ayudaran en el restablecimiento y mantenimiento de su salud. Estas prácticas son un complemento a las enseñanzas y ejercicios realizados en el programa al que asiste. Son un total de (5) grabaciones y se encuentran en el orden en el que las iremos utilizando.

Le sugiero dedicar un tiempo especial para a llevar a cabo los ejercicios, busque un espacio en donde se sienta segura, protegida y libre de distracciones. Permítase un tiempo para estar consigo misma.

Introducción a la meditación en la respiración.

La vida está llena de momentos, pero debido a que solemos pensar mucho sobre el pasado o nos preocupamos demasiado por el futuro, se nos hace difícil experimentar la vida en el momento presente.

Los ejercicios de respiración y exploración basados en la atención plena que le presento a continuación, le ayudarán a ponerse en contacto con su experiencia del momento presente, con el objetivo de que se familiarice, cada vez más, con los recursos naturales con los que ya cuenta para vivir la vida de una manera más plena y libre.

La mente, sobre todo la mente distraída, aquella que por una razón u otra nos atrapa descontroladamente en nuestros pensamientos y emociones, puede convertirse, si esta actitud persiste, en uno de los principales impedimentos para la salud y la curación. Al aceptar el compromiso de incorporar estas prácticas de atención plena en su vida diaria, estará invitando a su mente a calmarse, reduciendo así sus niveles de ansiedad y estrés, y muy pronto esto hará que se sienta más vivo, aprendiendo a cuidarse mejor y a que participe de forma más activa y eficaz en la mayoría de su propia salud y bienestar.

Hablemos de la respiración, la respiración es la principal fuente de energía y vitalidad para el organismo, sin la respiración uno no puede vivir, es decir, nos acompaña durante toda la vida surgiendo siempre en el momento presente desde el primer hasta el último aliento. En momentos de dificultad, nerviosismo o ansiedad, si observa su respiración notará que está muy alterada, entrecortada y superficial como si le faltara el suministro de aire y vitalidad, alterando todo el organismo. El poner atención en la respiración puede ser útil de varias maneras, le ayuda a estar centrado y consciente en el presente, literalmente el momento presente es el único en el que está viviendo y en el cual tiene la posibilidad de elegir responder de una u otra manera a algo sin perder el control. Conectarse con la respiración es una forma práctica y confiable de hacer más lento el ritmo personal, de moderar la urgencia de los sucesos del día, los compromisos, las responsabilidades, los quehaceres y también aquietar el ímpetu de la propia mente. El notar la respiración le permite ponerse en contacto inmediato con su cuerpo y con su mente, el simple hecho de hacerse más consciente de la respiración, le permitirá sentirse más vivo, más conectado con su propia realidad, con su unidad esencial.

Meditación con atención a la respiración.

Busque un lugar tranquilo donde nadie pueda molestarle, una vez ahí, establezca su postura de práctica de manera que le sea cómoda, ya sea en una silla o en un cojín, con la espalda lo más recta posible. Permítale a su cabeza balancearse con los hombros, y el resto del torso se mantiene derecho, pero no rígido. Cierre los ojos si esto le resulta confortable y note el contacto de sus pies con el suelo, de los muslos y los glúteos con la silla o el cojín, note cómo su espalda surge desde la base de la columna hacia arriba y cómo su cabeza apunta hacia el cielo. Permita que sus brazos y manos reposen sobre sus piernas, quizá las manos juntas en el regazo o sobre los muslos y permita que sus hombros se relajen. Sentado, sentada en una postura que exprese dignidad, total presencia, en un tiempo dedicado para usted.

Ahora lleve la atención a la respiración, allí donde se le haga más fácil notarla, quizás en la nariz, en el pecho o en el estómago, respirando de forma natural, permitiendo que la inspiración y la exhalación fluyan tranquilamente (pausa larga). Al inhalar sabe que está inhalando (pausa larga) y al exhalar sabe que está exhalando (pausa) manteniendo su atención en el flujo de la respiración (pausa) dejando que su atención se mezcle con el ir y venir de la respiración, el aliento vital (pausa), sí nota que la mente se distrae fácilmente quizá le pueda ayudar el contar mientras respira, de forma que al inhalar cuente mentalmente, en silencio claro está 1...2...3...4...5 y al exhalar 1...2...3...4...5... esto le puede ayudar a que la mente no se distraiga con tanta facilidad (pausa). Al inhalar sabe que está inhalando, inspirando (pausa); al exhalar sabe que está exhalando (pausa larga). Pronto descubrirá que no es tan fácil mantener su atención en la respiración, no tarda notar que, la mente parece tener vida propia, regresando al pasado o yéndose hacia el futuro, planeando o preocupándose, pensando en lo que le agrada y en lo que no, impaciente o aburrida, sintiendo sueño. Esto es totalmente normal y no hay ningún problema con ello. Cuando note que su mente no está atenta a su respiración, observe en dónde está en ese momento y amablemente deje ir lo que sea en lo que esté. Esto no significa apartarlo o evitarlo, sino sólo reconocerlo y dejarlo ser. Regrese su atención a la sensación de la respiración en el estómago o en la nariz, en la inhalación o en la exhalación (pausa larga: 39’’).

Inhalando y exhalando (pausa: 29’’) manteniendo una expresión de dignidad en su cuerpo, en su postura mientras el aliento de vida, la respiración, entra y sale del cuerpo (pausa: 12’’), meciendo su atención en ese vaivén, en su propia presencia (pausa: 7’’) ningún lugar donde ir, nada para hacer, simplemente estar, asistir, ser en el aquí y el ahora. Con esta inhalación y con esta exhalación y cada vez que su mente se distrae, con suavidad, con gentileza, invítela de nuevo a que se enfoque en el flujo de la respiración, al inhalar sabe que está inhalando y al exhalar sabe que está exhalando y ahora para terminar esta corta meditación, abra poco a poco los ojos y le invito a que practique unos diez minutos de meditación con especial atención a la respiración, por la mañana temprano o antes de irse a dormir, o en cualquier momento del día, al medio día. Tome estos diez minutos para usted, para volver al aquí y al ahora, permitiendo que la respiración sea un nuevo comienzo.

Introducción a la Meditación en el cuerpo

Esta es una meditación guiada recorriendo diversas partes del cuerpo especialmente diseñada para ayudarle a entrar en un estado de profunda relajación física y mental. Es mucho mejor que se prepare para hacer esta meditación en un lugar abrigado y protegido en el que se sienta confortable y seguro y a una hora en la que ni ruidos, ni persona alguna pueda interrumpirle. Una vez que haya elegido el lugar, tienda un tapete o una manta gruesa sobre el suelo, y recuéstese boca arriba sobre ella, cuide apoyar su cabeza en algo suave. Cierre suavemente los ojos sí así lo prefiere, repose los brazos junto al cuerpo con las palmas de las manos hacia arriba sí esto le resulta cómodo. Separe ligeramente las piernas y deje que los pies caigan confortablemente hacia los lados. Trate de usar ropa holgada y confortable, sobretudo ropa que no le oprima la cintura o dificulte su respiración. Procure mantenerse alerta hasta el final, no importa cuán relajado se sienta. Puede abrir los ojos de vez en cuando sí así lo desea.

Sienta este momento únicamente dedicado a usted, haga todo lo posible para que este sea un momento de provecho, un merecido momento para darse energía positiva y atención.

Al hacer esta actividad es importante que recuerde no hacer demasiado esfuerzo para relajarse, pues esto creará más tensión, lo que haremos a continuación será tomar consciencia de cada instante y aceptar lo que está ocurriendo dentro de nosotros aquí y ahora. Observándolo con claridad, mirándolo tal y como es porque está aquí y es parte de la experiencia presente, ya sea para mejor o no, libérese de la tendencia que todos tenemos de querer que las cosas sean diferentes en este instante, diferentes de lo que son y déjelas ser. Así mismo permítase a usted mismo ser exactamente tal y como ya es. Trate de seguir las instrucciones, pero recuerde que lo más importante no es lo que dice la grabación, sino la conciencia de lo que usted está experimentando en cada momento, incluso en los momentos de incomodidad o de sensaciones desagradables, o del surgimiento de pensamientos y emociones. De hecho, es importante que en esos momentos ponga especial atención a la experiencia y permanezca con el corazón receptivo a lo que sucede de la mejor manera que pueda. Recuerde que no hay una forma exacta de sentirse al hacer esta práctica, lo que siente en este momento es lo que hay, aceptándolo tal y como es, y permitiéndose sentir lo que siente, comprendiendo que está bien.

Si el estar recostado sobre la espalda no le resulta confortable, haga el ejercicio en una postura más cómoda, lo que importa es su nivel de atención y sensibilidad y no la postura. Recuerde practicar la respiración abdominal de acuerdo a cómo la explicamos en la meditación en la respiración.

Meditación en el cuerpo

Vamos a dar inicio al ejercicio, lleve su atención a la respiración como sea que esté en este momento, sin tratar de cambiar su ritmo. Para la atención plena, desde el momento en que usted respira, hay más cosas buenas que malas, no importa las condiciones que enfrente ahora.

Observe cómo el aire entra y sale por la nariz de manera natural, libremente. Poniendo ahora la atención en el abdomen, sienta cómo este sube al entrar el aire a los pulmones, hinchándose como un balón (pausa) y cómo se desinfla con la exhalación (pausa). Siga observando con su mente los movimientos rítmicos del abdomen con cada respiración (pausa). En cada inhalación el abdomen se expande y en la exhalación el abdomen se contrae (pausa) permitiendo que el cuerpo se relaje más y más con cada exhalación (pausa). A continuación lleve la atención a las piernas, a ambos pies, al pie izquierdo y al pie derecho, específicamente a los dedos de los pies, sin necesidad de moverlos, simplemente notando su presencia a través de cualquier sensación que esté ahí presente en los dedos, quizás sienta hormigueo, picazón, humedad o calor (pausa) poniendo similar nivel de atención a cada uno de los dedos (pausa). Ahora en la próxima exhalación, deje que los dedos se disuelvan en el ojo de nuestra mente y llevando la atención a la planta de los pies, la parte superior de ambos pies (pausa), los empeines, los talones (pausa), los tobillos (pausa), simplemente notando que están ahí, sin tratar de hacer nada, sin dejarse atrapar por los pensamientos, en caso de que surjan (pausa), sin trata de corregir nada (pausa). Conforme practica, notará que la naturaleza de la mente es preguntarse y pensar, así que esto pasará muy a menudo. Note que no hay nada de malo en ello.

Cuando esté listo para regresar al cuerpo, lleve su atención a ambos pies y relájelos completamente. Ahora lleve su atención a la parte inferior de ambas piernas. Note los músculos en la parte de atrás (pausa), los huesos, la piel, en toda esta zona, entre los tobillos y las rodillas. Notando cualquier

sensación ahí presente o falta de sensación (pausa) y en la próxima inhalación, invite a la energía vital que llegue a la parte inferior de las piernas y al exhalar relajando esta zona del cuerpo, llevando su atención a ambas rodillas. Las rodillas es una zona del cuerpo que es compleja, pues tiene serie de mecanismos que nos permiten andar y que algunas veces traen complicaciones, ahora tiene la oportunidad de prestarles atención. Note la presencia o ausencia de sensaciones en las rodillas (pausa) ¿qué pasa ahí? Quizá los cambios del tiempo le afecten a usted dándole algún dolor aquí o allá, note si hay algo de este tipo presente o no (pausa). En la próxima exhalación deje que las rodillas desaparezcan de su atención y lleve ahora la atención a los muslos (pausa), explórelos a través de sensaciones o falta de ellas, no hay necesidad de moverlos, note que estos grandes músculos y los huesos son dos grandes pilares que soportan el cuerpo cuando caminamos (pausa) y en próxima inhalación invite, con su imaginación, que el aire se dirija a las piernas, los muslos, las rodillas, la parte inferior de las piernas, los pies; suavizando, refrescando, purificando, dando bienestar a esta zona del cuerpo y al exhalar deje que las piernas se relajen completamente desde las caderas hasta los pies mientras lleva su atención a la zona de la pelvis, de las caderas, notando el hueso de la zona pélvica (pausa), los glúteos o nalgas reposando contra el suelo, la zona de los genitales conscientes de cualquier sensación o la falta de ella. Los órganos internos en esta zona del cuerpo (pausa) y permitiendo con la próxima inhalación que un aire refrescante llene toda la zona pélvica, relajando y llevando a continuación su atención a la espina dorsal, a la columna vertebral, pero en su zona baja, en la zona precisamente de la pelvis y subiendo su atención vertebra tras vertebra como si fuera una escalera, hacia arriba, recorriendo las distintas zonas de la espalda, primero la zona baja de la espalda en la que algunas puede doler o ser incómoda, explore las sensaciones presentes en este momento aquí.

A continuación moviendo la atención hacia la zona media y alta de la espalda (pausa), recorra la atención hacia arriba, haciéndose conciente de todo la espalda a través de las sensaciones o la ausencia de ellas, la espalda como un todo y en la próxima exhalación, relaje y lleve toda la atención a la parte frontal del tronco; primero hacia el abdomen, notando de nuevo el estómago cuando sube y baja, el ombligo, la zona justo debajo de las costillas (pausa), y a continuación, lleve la atención hacia arriba, a la caja torácica compuesta por las costillas y el esternón, cuya función es proteger al corazón y a los pulmones (pausa), note toda esta zona, la zona del pecho consciente de la presencia de los pulmones y del corazón, quizás notando los latidos de este al poner un atención precisa (pausa) y en la próxima inspiración, permita que una aire vitalizante llene todo el tronco desde la parte superior del pecho hasta las caderas, refrescando, suavizando (pausa) y al exhalar, relajando. A continuación lleve la atención a los brazos y a ambas manos, notando los dedos de las manos, las palmas, la parte de arriba de las manos, a través de cualquier sensación presente o la falta de ella (pausa) y en la próxima exhalación, relaje las manos y lleve la atención a ambas muñecas, a veces incluso uno puede sentir el pulso en las muñecas (pausa). Lleve la atención a la parte inferior de los brazos y los codos y también la parte superior de los brazos (pausa). Al inhalar, permita que un aire refrescante recorra los brazos y al espirar relajándolos mientras lleva la atención a los hombros y al cuello, una zona del cuerpo donde se acumula grandes tensiones esta es una oportunidad para permitir que se suavicen. Al inhalar lleva energía vitalizante a la zona del cuello y los hombros y el cuello, y al exhalar, permite que se relajen

Ahora lleve la atención a la cara, a su cabeza, se hace conciente de la barbilla (pausa), de la mandíbula (pausa), de las mejillas (pausa), de la boca, los labios (pausa), de la lengua, los dientes y

las encías (pausa), de la nariz, de los ojos, los párpados, las cejas, conscientes de la frente, de las sienas (pausa), de los oídos (pausa), de la parte posterior de la cabeza (pausa), de la parte superior de la cabeza y del cerebro; invita a una energía refrescante inundar nuestra cabeza, relajando, suavizando.

A continuación, imagine que puede respirar con todo el cuerpo y que un aire vitalizante entra por la parte superior de su cabeza refrescando todo el cuerpo, como una lluvia de estrellas de energía saludable, y permitiendo que todas las toxinas y tensiones del cuerpo salgan por los pies. Respire de esta forma integral varias veces, al inhalar aire refrescante éste entra por la cabeza bañando todo el cuerpo; al exhalar y utilizando su imaginación, imagine que todas las tensiones e impurezas salen por los pies, ofreciendo energía sanadora y refrescante al todo el cuerpo, a todos los órganos, a todos los sistemas (pausa).

Poco poco, vaya abriendo los ojos, y antes de ponerse en movimiento, le invito a que ponga en movimiento los dedos de los pies, ligeramente, los dedos de las manos, para ponerse de nuevo en contacto con la realidad externa. Mueva un poco las manos y los pies, estire los brazos en cualquier dirección antes de incorporarse de nuevo al ajetreo de la vida diaria. Y recordando que son estos momentos tranquilos los que le ofrecen la oportunidad de invitar a su cuerpo y mente a que se calmen, que se armonicen y es en esta quietud que las fuentes de salud y mente se ponen en actividad, ayudándole a recuperar el equilibrio, el bienestar.

Antes de ponerse en movimiento de nuevo, le invito a que mueva los dedos de los pies ligeramente, los dedos de las manos para ponerse de nuevo en contacto con la realidad externa. Mover un poquito las manos mismas y los pies, estirando los brazos y las piernas en cualquier dirección antes de incorporarse de nuevo al ajetreo de la vida diaria. Y recordando que son estos momentos tranquilos los que le ofrecen la oportunidad de invitar a su cuerpo y mente a que se calmen, que se armonicen y es en esta quietud que las fuentes de salud y mente se ponen en actividad, ayudándole a recuperar el equilibrio, el bienestar, la salud y la alegría de vida, gracias.

Introducción a la Meditación sedente (en postura sentados).

La gente cree que la meditación es una especie de actividad especial, pero eso no es del todo correcto. La meditación es la simplicidad misma, a veces se dice en broma que consiste en no hacer nada, en quedarse solamente sentado, sin pensar. Pero la meditación no se trata tampoco de entrar en una especie de pasmo, al contrario, se trata de detenerse activamente y de forma curiosa y abierta, a explorar cómo se siente la experiencia de estar vivos en el momento presente. La meditación es una manera intencionada y sistemática de ponerse en contacto consigo mismo, que en el fondo no intentar mejorar nada, ni llegar a ninguna otra parte, sino sólo comprender la experiencia de estar vivo. Se inicia al observar la vida tal y como es, sin juzgar, momento a momento.

Cuando note que su mente empieza a emitir juicios, como por ejemplo, evitar algo que no quiere o aferrarse a algo que desea, simplemente observe que esto está ocurriendo. La meditación es tener consciencia, sin esfuerzo, ni selección, de la totalidad de la vida tal y como aparece, dentro y fuera de usted, en este y cada momento. Es un estado de ser, no una actividad, por lo que no es algo que tiene que hacer, sino algo que le permite ser. Es importante que reconozca que esto no es un proceso preparatorio, es estar presente en una profundidad mayor basada en el sentido de ser.

Siéntese cómodamente en una silla, sobre un cojín o en el piso con la columna vertebral recta, pero sin forzarla, manteniendo una postura de dignidad, de presencia total. Es mejor que no apoye la espalda contra el respaldo de la silla o contra la pared, pero si esto le resulta incómodo o doloroso, apóyese, pero trate de mantener una postura erguida. Encuentre una posición en la que se sienta a gusto con los músculos relajados, pero manteniendo el cuerpo derecho. Si le parece bien, imagínese ser como una montaña, sentado firmemente sobre sus glúteos, apoyando pies y piernas en la superficie de la tierra, como si estos fueran la base de la montaña, elevando su tronco y cabeza con presencia hacia arriba como tocando el cielo. Si prefiere no sentarse, acuéstese sobre una manta o un sitio cálido y cómodo y dese cuenta cómo su cuerpo se relaja y descansa confiadamente sostenido por el piso.

Meditación sedente

(Suenan campanas 3 veces) Comencemos, ahora tómese un momento para averiguar el lugar de su cuerpo donde siente la respiración más clara y fácilmente, este lugar puede ser la nariz donde puede notar el aire entrando y saliendo, o quizás el pecho, notando cómo se ensancha y se encoge con cada respiración, o tal vez el estómago que sube y baja con los movimiento de su respiración. Cualquiera que sea el sitio, lleve su atención a ese lugar y dese cuenta de las sensaciones al respirar (pausa 13’’). Al hacer esto trate de no cambiar la respiración en ninguna forma, de no controlarla en ningún momento, simplemente note el flujo de su respiración y su movimiento (pausa 9’’), haga amistad con su aliento llevando la atención a la respiración, manteniéndola y siguiendo la inhalación desde que comienza hasta que acaba y siguiendo la exhalación desde su principio hasta su fin (pausa); incluso estando presente en el lugar donde la inspiración y la exhalación se encuentran (pausa), siguiendo el ritmo de la respiración, prestando atención total a la respiración

(pausa) sabiendo que la respiración es un ancla al momento presente, es una manera de estar en contacto con su experiencia en presente, momento a momento (pausa).

Permanezca en contacto con la respiración aliento tras aliento, momento tras momento (pausa 48''). De vez en cuando puede ser que experimente sensaciones de cierta intensidad, y quizá luche al intentar permanecer con ellas cara a cara, especialmente si son altamente desagradables. Si es el caso y se descubre tratando, repetidamente, de escapar de la sensación de su cuerpo y la respiración, tal vez le funcione llevar su atención hacia esa sensación, hacia la parte del cuerpo en donde se origina esa intensidad. Trate de explorar a profundidad y en detalle cómo es esa sensación, sus características precisas, la manera en cómo cambian momento a momento alrededor del cuerpo. No piense en la sensación, simplemente permítase sentir lo que sea que ya esté presente. (pausa 17'').

Regrese amablemente su atención a la respiración, a este momento (pausa 13''), inhale, exhale (pausa), note el flujo del aliento, el fluir de vida, notando esa respiración que nos acompaña desde el día que nacemos hasta el último día y siempre está en el momento presente. Aproveche para relajar cualquier tensión en su cara o en sus hombros, con cada exhalación pero manteniendo la postura de dignidad (pausa), siéntase alerta, presente, en su aliento, sin dejarse seducir por sus pensamientos (pausa), flotando en las olas de su respiración (pausa), notando el mecer del aliento (pausa), y de nuevo si la mente se distrae, con gentileza, con tranquilidad, sin prisa, enfocándonos de nuevo en la respiración (pausa); es una invitación a la mente, que se tome un ratito de descanso, que deje de estar agobiada por las situaciones de su vida diaria, momento especialmente dedicado para su bienestar (pausa 23''), inspirando y exhalando (pausa 26'').

Vamos ahora a ampliar un poco el foco de atención (pausa) abriendo la presencia al cuerpo en su totalidad (pausa), como si estuviera respirando con todo el cuerpo (pausa), permitiendo que la vitalidad que acompaña a la respiración se expanda desde la cabeza hasta los pies (pausa), haciéndose consciente de cómo está sentado, de su postura (pausa) y de todo el cuerpo físico (pausa), haciéndose consciente también de la sensación general del cuerpo en este momento, de frío, de calor, de tensión, de quizá alguna sensación agradable, tranquilidad, sin ánimo o deseo de cambiar lo que hay allí, sino simplemente notando el cuerpo (pausa). Y si nota alguna sensación específica de picor, de tensión, de frío o calor en una parte del cuerpo, invite a su atención a esa parte específica, a ese dolor, a ese picor. Con ánimo quizás científico de investigación introduciendo su atención en profundidad, en el picor, en el dolor, en el cosquilleo. Y al poner su atención ahí, percibiendo si esa sensación se incrementa, disminuye (pausa), si se hace muy fuerte hasta el punto de que no podemos soportar. Note de nuevo todo el cuerpo o simplemente ponga la atención de nuevo en la respiración (pausa) y cuando se sienta listo lleve la atención de nuevo a esa sensación u otras sensaciones que aparezcan aquí o allá en el cuerpo, creando esa conexión de la mente con lo que ocurre en el cuerpo en este momento, conociendo a su cuerpo mejor, escuchándolo al mismo tiempo que respira (pausa larga). Y de nuevo si la mente se escapa, si se va de viaje a algún sitio, con tranquilidad, con calma traiga la atención de nuevo a la respiración, a las sensaciones del cuerpo, esté totalmente presentes en el aquí y en el ahora (pausa larga). ¿dónde está su mente? ¿dónde está su atención? ¿qué está haciendo ahora? ¿inspirando? O ¿exhalando? Este entrenamiento de la mente, de mantenerla clara no es algo fácil, trate de tener tremenda paciencia cada vez que se va, traerla de nuevo al aquí y al ahora y si le empieza a invadir una angustia de que tiene muchas cosas que hacer, puede que le duela mucho aquí o allá y no quiere estar más sentado,

o está cansado de esta práctica, note eso también, note esa crítica y conversación de la mente, note lo que está pasando en este momento en su mente y con tranquilidad, con paciencia deje que esas críticas y esos pensamientos se desvanezcan y traiga la atención de nuevo a la respiración (pausa 21'') permitiendo que el aliento entre y salga libremente (pausa 16'') sumergiéndose en la paz y silencio interior, en ese lugar dentro de usted en el que la sabiduría, la paz, la compasión moran y desde ahí, haciéndose vigía del aliento, del cuerpo, de las sensaciones, emociones y pensamientos; respirando con la totalidad de su ser (pausa 25'') y felicitándose quizás a usted mismo por otorgarse este espacio de tiempo para su quietud, para su bienestar, para permitir que todas las energías de su cuerpo se estabilicen, se recuperen, todos los órganos, cada célula, dándose cuenta de la importancia que tiene el vivir el momento presente, no sólo cuando se sienta a hacer esta práctica de meditación, si no también llevando esta experiencia a su vida diaria, permitiéndose estar totalmente presente en aquello que le suceda, notando en su respiración, en los momentos agradables y en los momentos desagradables, tomando una pausa para tratar de aprender, para tratar de ver lo que la vida le presenta y lo que puede aprender de esas circunstancias.

Bien, terminando esta meditación ponga de nuevo su atención en el aliento, en la inspiración, en la exhalación (termina con el sonido de una campana).

ANEXO 6. MANUAL DEL USUARIO
Cuadernillo de Tareas

Anexo 7.

Manual del terapeuta

Manual del terapeuta.

*Programa de Reducción de Estrés basado en la
Atención Plena aplicado a usuarios en el primer
nivel de atención*

Presentación	3
Sesión 1. La atención plena	4
Sesión 2. El papel del cuerpo en la atención plena	9
Sesión 3. Meditación en movimiento: Presencia	13
Sesión 4. La sobra del estrés	15
Sesión 5. ¿Cómo ayuda la atención plena a reducir el estrés?	18
Sesión 6. La atención plena y la bondad hacia uno mismo	22
Sesión 7. La atención plena y ¿cómo nos relacionamos con los demás?	24
Sesión 8. El mantenimiento de la práctica en la vida diaria	27

Presentación

Este manual es producto de la adaptación del Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena a un escenario de Primer Nivel de Atención en Salud. El objetivo del manual es guiar al lector en el desarrollo de las diferentes actividades, tales como las meditaciones empleadas, sus técnicas, los temas a explorar, etc. Todos estos recursos están encaminados a mejorar, a través del cultivo de la atención plena, el manejo de estrés y sus síntomas de ansiedad y depresión asociados, en personas que acuden a un centro de salud en busca de atención.

¿Qué es lo que contiene este cuadernillo?

En él usted encontrará:

- La estructura y contenido de cada una de las ocho sesiones con conforman el programa.
- Las meditaciones empleadas en cada uno de los ejercicios.
- El material con el que se presentan cada uno de los temas revisados en las sesiones.

¿Cómo está organizado?

El manual está conformado por ocho secciones que corresponden al número de sesiones del programa, por lo que le pedimos que siga ese orden para que sea más sencillo para usted trabajar con él.

¿A quién está dirigido el manual?

A profesionales de la salud mental que estén interesados en conocer a detalle en qué consiste la atención plena aplicada al campo de la salud. Es importante mencionar que, si bien se presenta toda la información necesaria para aplicar el programa, se pide atentamente atender a un principio ético del programa original. Este principio establece el compromiso personal, no sólo de tener un entrenamiento formal en el desarrollo de la atención plena, sino también comprometerse a la práctica personal de la misma. Pues ello está en concordancia con los principios éticos de la transmisión del saber de la atención plena. Al final del manual encontrará

algunas recomendaciones de sitios y lugares en donde podrá entrenarse, sí así lo desea, en el desarrollo y enseñanza de la atención plena.

¿Cómo utilizar el manual?

Es muy sencillo, cada apartado corresponde a una sesión, que a su vez, se encuentra en el orden en el que se aplica. Orden que es importante mantener de esta manera. Algunas meditaciones o ejercicios lo referirán a la sección de anexos en donde encontrará el material de manera completa.

SESIÓN 1. LA ATENCIÓN PLENA

Objetivo de la sesión. Establecer los lineamientos a través de los cuales se llevará a cabo la intervención y explicar a los participantes en qué consiste la práctica de la atención plena.

Componentes principales. Introducción a la práctica de meditación de:

- ‘Presencia mental’.
- Actitud y compromiso hacia el desarrollo de la atención plena.
- Chequeo atento.
- Escáner corporal.

Contenido. La sesión da inicio con la bienvenida y presentación del programa por parte de la instructora, fomentando, a su vez, la presentación de los participantes entre sí, hablando de la razón por la que asisten y qué es lo que esperan trabajar a lo largo de la intervención.

✓ Presencia mental.

A continuación se guiará la práctica de *presencia mental*, esta práctica consiste en comer atentamente una pasa. Con ello se busca acercar a los participantes a su primer experiencia con la meditación, a través de indagar de manera atenta y curiosa e involucrando sus cinco sentidos a la experiencia de comer. El ejercicio dura alrededor de cinco minutos y es el siguiente:

Se le proporcionará al participante tres uvas, después se le pide que imagine que viene de otro planeta, que acaba de llegar a la Tierra por primera vez y no conoce qué es el objeto que tiene en la mano (la pasa).

Se le invita a que explore la pasa con todos sus sentidos. Centre la atención en uno de los aspectos de la pasa, como si nunca antes la hubiera visto. Concéntrese en su aspecto, obsérvelo ¿cómo es? Pásaselo por entre sus dedos y advierta su color. Observe las partes más brillantes de su superficie y luego las más opacas.

Explore la textura de la pasa, sienta las partes blandas, las partes duras, si es tosca o suave.

Acepte cualquier pensamiento que aparezca mientras hace el ejercicio, por ejemplo, ¿por qué estoy haciendo esto? ¿para qué servirá? ‘la verdad es que no me gusta hacerlo’, cualquiera que sea el pensamiento, déjelo estar y permita que su atención regrese nuevamente al objeto.

Aproxime la pasa a su nariz y huélala con mucha atención. Ahora acérquela a su oreja, presione suavemente, hágala girar entre los dedos y escuche con mucha atención todos los sonidos que procedan del movimiento de la pasa.

Ahora acerque la pasa a su boca. Observe el movimiento de su brazo mientras lo hace, note que tal vez su boca está empezando a salivar. Introduzca lentamente la pasa en su boca, colóquela sobre su lengua.

Cuando lo decida, muerda deliberadamente la pasa y observe cómo va de un lado a otro de la boca, al mismo tiempo que toma consciencia del sabor que desprende.

Mástiquela lentamente. Sea consciente de la saliva impregnando su boca y del cambio de consistencia de la pasa mientras la mastica.

Dese cuenta, cuando llegué el momento, de su intención de tragar la pasa y vea si puede sentir cómo desciende por su garganta, pasando por el esófago hasta llegar al estómago.

Finalmente dese las gracias por haberse permitido experimentar el hecho de comer atentamente.

Se introduce a los participantes a lo qué es la atención plena y en qué consiste.

¿Qué es la atención plena? La atención plena es una cualidad humana que todos poseemos, pero muy pocos usamos. Se encuentra en nuestra experiencia de estar vivos y no es otra cosa más que notar la manera en cómo vivimos. Es lo que hacemos a diario, como comer, caminar o platicar. Lo único que se requiere es refinar nuestra capacidad de vivir conscientemente, esto quiere decir poner atención de manera intencional y curiosa al momento presente que vivimos, sin tratar de cambiarlo y sin juzgarlo. La podemos practicar mientras nos bañamos, hacemos fila en un lugar o contemplamos un amanecer. Se trata de estar atentos a lo que hacemos, de una manera interesada y curiosa, a fin de notar y disminuir la fuerza de los hábitos nocivos que nos dominan, tales como pueden ser sentirnos nerviosos o estresados. La atención plena nos ayuda a relacionarnos mejor con nuestras emociones, y por lo tanto, nos ayuda a sanar, pues hace que nos demos cuenta de cómo funciona nuestra mente.

La meditación, entonces, consiste en el vehículo para desarrollar esa capacidad de ser conscientes de la experiencia de cada momento de nuestras vidas. Misma que pondremos en práctica a lo largo del programa, pues es el fundamento en el que se basa.

✓ Actitud y compromiso hacia el desarrollo de la atención plena.

La actitud con la que se emprende la práctica de la atención plena y estar en el presente es crucial, se puede considerar una especie de tierra fértil en la que se cultivará la capacidad de calmar la mente y relajar el cuerpo, de concentrarse y ver con más claridad. Si la energía y compromiso de practicar son pocos, será difícil propiciar dicha calma y relajamiento. La conciencia requiere únicamente que se preste atención a las cosas y que se vean tal y como son. No requiere que se cambie nada.

Existen 8 factores esenciales para la práctica de la atención plena, cada uno de ellos se influyen entre sí:

- a) **Mente de principiante.** Cualidad de la conciencia que permite contemplar las cosas de un modo nuevo como sí, movidos por la curiosidad, se vieran por primera vez.
- b) **No juzgar.** Cualidad que implica el cultivo de la observación imparcial de cualquier experiencia, sin etiquetar (juzgar) los pensamientos, sentimientos y sensaciones como buenas o malas, correctos o equivocados, justos o injustos, sino simplemente notando su

surgimiento instante tras instante. Dado que la mente categoriza y etiqueta casi todo lo que ve, las personas reaccionan a todo lo que experimentan basadas en el valor que les otorga sus creencias. De ahí la importancia de tomar conciencia de esos juicios automáticos.

- c) Aceptación. Cualidad de la conciencia que admite y reconoce las cosas tal cual son. Intentando no imponer las ideas propias acerca de lo que debería sentir o pensar de la experiencia, sino solo recordar mostrarse receptivo y abierto a lo que la persona sienta o piense y aceptarlo porque está ahí.
- d) No esforzarse. La meditación consiste en no hacer, no hay ningún objetivo más que ser uno mismo, prestando atención a lo que ocurra. Por ejemplo si se está tenso, prestar atención a esa tensión. Si algo duele, prestar atención a ese dolor. El no esforzarse significa no tratar de escaparse del lugar en el que se está.
- e) Ecuanimidad. Cualidad de la consciencia que alienta el equilibrio y la sabiduría. Facilita la comprensión profunda de la naturaleza del cambio comprendiéndolo compasivamente.
- f) Ceder. Cualidad que permite que las cosas sean tal cual son, sin necesidad de deshacerse de lo que esté presente, ni de aferrarse a ello.
- g) Confianza. Se refiere a la confianza en sí mismo y en sus sentimientos, a través de la tomar la responsabilidad de escuchar al propio ser y tener confianza en él.
- h) Paciencia. Se refiere a cultivar paciencia hacia la mente y el cuerpo a través de cultivar el amor hacia sí mismo tal cual se es, sin culparse ni criticarse de ninguna forma.

Además de la aplicación de estas actitudes, el participante necesitará aportar energía y motivación a la práctica. El propio malestar y la posibilidad de hacer algo por sí mismos constituyen la motivación para comprometerse con el programa. Así mismo, la auto-disciplina y la práctica habitual son esenciales para desarrollar el poder de la atención plena. Por lo que es importante incitar al participante a organizarse para encontrar tiempo y disponibilidad para poder practicar.

Una vez que se expongan y expliquen los puntos anteriores, se da paso a las siguientes prácticas de la atención plena, explicando en qué consisten cada una de ellas.

✓ Chequeo atento.

Al finalizar esta práctica, se continúa con la práctica del chequeo atento que es otra forma de practicar la atención plena, a partir de que el participante reconozca la manera en cómo se siente a nivel físico, mental y emocional con la intención de que vuelva a centrarse en lo que le ocurre en el momento presente.

La práctica se sugiere llevarla a cabo con los ojos cerrados ya que ello permite el contacto con la experiencia interna de la mente y el cuerpo, pero si el participante prefiere, puede hacerla con los ojos ligeramente abiertos. La práctica se presenta como sigue:

Comience dedicando unos instantes a tranquilizarse. Dese las gracias por permitirse el tiempo necesario para llevar a cabo la práctica meditativa.

Comience sintiendo su cuerpo y su mente, abriendo un espacio a todos los pensamientos, emociones o sensaciones físicas que surjan.

Tal vez haya tenido un día complicado, nótelo, mientras deja a un lado el mundo del hacer y se adentra en el del ser y presta atención al recorrido que siguen las sensaciones que surgen en su interior.

No hay ninguna necesidad de juzgar, analizar ni imaginar nada. Permítase simplemente estar atento, aquí y ahora, en medio de todo lo que, en este mismo instante, está presente. Permanezca conectado, de esta forma, unos tres minutos consigo mismo.

Al finalizar dese nuevamente las gracias por haberse permitido llevar a cabo la práctica y haber contribuido su salud y bienestar.

✓ Escáner corporal.

Gran parte de la preocupación por nuestra apariencia proviene de una profunda inseguridad en relación con nuestros propios cuerpos. Lo que pensamos sobre él puede restringir drásticamente la gama de sensaciones que nosotros mismos nos permitimos experimentar. Entonces ¿no deberíamos entrar más en contacto con lo maravilloso que es contar con un cuerpo? Esto lo podemos hacer a través de la meditación en el cuerpo o exploración corporal. Al observar de forma minuciosa y detallada el cuerpo podemos desarrollar la concentración y flexibilidad de la atención.

La práctica del escáner corporal se describe y forma parte de las grabaciones de apoyo para realizar tareas en casa.

Tareas.

Con el objetivo de alentar a los participantes a la realización de las tareas en casa y de asegurar que harán un espacio en su rutina para ello, se les instruirá en el manejo de un calendario en el que puedan, de acuerdo a sus actividades, programar y comprometerse con la práctica diaria correspondiente.

Las tareas, estarán contenidas en lo que se denomina *cuaderno de tareas*. El cuaderno contendrá las tareas a realizar, organizadas por sesión y tipo de tarea, así como los formatos de auto-registro. También contará con una sesión libre en donde el participante puede anotar reflexiones, dudas o cualquier cosa relacionada con el programa.

Las tareas a realizar en casa se dividen en dos categorías, las que se denominan *prácticas formales* y *prácticas informales*. Las primeras se refieren a aquellas que requieren un espacio y un tiempo dedicado exclusivamente a llevar a cabo el ejercicio, los cuales son establecidos por el participante. La mayoría de las veces cuentan con un formato de auto-registro en el que el participante anota aspectos específicos de los ejercicios a manera de que pueda ser claro para él el objetivo y los resultados de la práctica. Dentro las *prácticas formales* se encuentran las prácticas meditativas que son guiadas a través de las audio-grabaciones.

Las *prácticas informales* son aquellas que tienen que ver con la práctica de la atención plena en actividades cotidianas que el participante lleva a cabo. De ahí que no requiera nada más que la intención deliberada de prestar atención a dicha actividad mientras la ejecuta. Él participante es libre de elegir la actividad y el momento en que pondrá en práctica la atención plena.

Práctica formal.

- ✓ Meditación con atención plena a la respiración. Apoyándose en las audio-grabaciones, el participante practicará diariamente esta meditación (No. 2) durante 10 minutos.
- ✓ Meditación del escáner del cuerpo. Apoyándose en las audio-grabaciones, el participante practicará diariamente esta meditación (No. 3) durante 30 minutos.
- ✓ Ejercicio de los 9 puntos. En el cuaderno de tareas el participante encontrará 9 puntos distribuidos en forma de un cuadrado. La instrucción es conectarlos todos con cuatro líneas rectas, sin levantar el lápiz del papel y sin pasar dos veces por la misma línea. El ejercicio toma de cinco a diez minutos.

Práctica informal.

- ✓ Comer atentamente. Elija alguno de los alimentos que toma durante el día y mientras come, propóngase hacerlo como el ejercicio de comer la pasa, es decir, con atención plena, deliberada y completa. Observe con curiosidad, objetividad y sin prejuicios lo que ocurre en su mente y en su cuerpo. Haga esta práctica diario durante la próxima semana.

SESIÓN 2. El papel de cuerpo en la Atención Plena

‘La conciencia del cuerpo significa escapar de la cabeza del dragón y del cuerpo de serpiente. Significa sentir las sensaciones del cuerpo, quedarse en ellas, vivir desde ellas. Significa estar más arraigados en el cuerpo’. Maitreyabandhu.

Objetivo de la sesión

A partir de la experiencia directa de las sensaciones del cuerpo, reconocer las tendencias a reaccionar de manera automática a los estímulos, tanto internos (pensamientos y emociones), como externos (sentidos), a fin de relajar dichos hábitos y dar lugar a respuestas más creativas y eficaces.

Componentes principales

- ✓ Práctica meditativa a través de escáner del cuerpo.
- ✓ La forma de percibir y su papel en la manera de responder a distintas situaciones: la influencia de los hábitos y el estrés.
- ✓ Las trampas de la mente a través de las pautas habituales de pensamiento.
- ✓ Introducción a la meditación en la respiración.

Contenido

La sesión da inicio con una meditación en el cuerpo, guiada por la instructora. La duración será de 30 minutos aproximadamente.

A continuación se formarán, entre los participantes, pequeños grupos que intercambiarán y explorarán su experiencia acerca de la práctica del escáner corporal, tanto en la clase como en la práctica en casa (con la audio-guía), poniendo especial atención en cuán exitosos fueron en encontrar el tiempo para realizarla. Propiciar un diálogo entre los participantes para que hablen acerca de los problemas y obstáculos con los que se encontraron y cómo los solucionaron. Hablar acerca de lo que están aprendiendo acerca de ellos mismos a partir de la exploración del cuerpo. Se enfatizará en la tendencia de la mente a dispersarse y cómo trabajar con dicha dispersión.

La instructora hablará acerca de cómo los patrones mentales negativos llevan a experimentar ansiedad y tristeza (Ver presentación de ‘sesión 2’).

Una de las formas en que la atención plena contribuye a trabajar con el estrés y las emociones aflictivas es que nos ayuda a ver las trampas mentales que pudieran estar influyendo en el estrés o la reacción ante él. Estas trampas son hábitos que funcionan automáticamente y que suelen intensificar el estrés y el sufrimiento, de manera que cuando las reconocemos, podremos evitarlas. Se describen a continuación:

- a. Pensamientos negativos de uno mismo. Continuamente estamos hablando con nosotros mismos y lo hacemos con una tendencia automática de pensar e interpretar las situaciones que nos ocurren, y con frecuencia, de forma negativa, tales como: “qué tonto soy”, “no sé hacer bien las cosas”, “las cosas nunca van a cambiar”, etc. Los sentimientos de estrés, ansiedad o depresión son lentes que distorsionan nuestra visión de la realidad volviéndola más inquietante todavía. De forma que nuestro discurso negativo se reproduce de forma incesante en nuestra cabeza, intensificando y alimentando las emociones aflictivas, por ejemplo: “no soy bueno”, “jamás encontraré una pareja”, “todo lo malo que me pasa es mi culpa”. El papel de la atención plena en este caso será ayudarnos a considerar este tipo de pensamientos, no como hechos, sino simplemente como eventos mentales que surgen, pasan y desaparecen, sin identificarse con ellos, es decir, sin sentir que esos pensamientos somos nosotros.
- b. Catastrofizar. Es un estilo de pensamiento que amplifica la ansiedad. En situaciones difíciles, las personas tienden a imaginar el peor escenario posible. Por ejemplo, si algo nos duele, pensamos que ese dolor nos puede llevar a la muerte.
- c. Exagerar lo negativo y descartar lo positivo. Sucede cuando al no prestar atención a las experiencias que nos suceden, descartamos los estados de ánimo positivos y engrandecemos los detalles negativos, permitiendo que se incremente la ansiedad y la depresión. Un ejemplo sería “me estoy sintiendo mejor, pero todavía me falta mucho por mejorar”.
- d. Leer la mente. Esta pauta se basa en el convencimiento de que, por actuar de cierta manera, sabemos lo que los demás están pensando sin tener la menor evidencia objetiva al respecto. Este tipo de interpretaciones nos lleva a asumir incorrectamente que las cosas son de determinada manera, lo cual también intensifica la ansiedad y depresión que podemos experimentar. Un ejemplo sería: “pensar que sí alguien no nos saluda un día por la mañana es porque le caemos mal”.
- e. El perfeccionismo. Esta pauta intensifica el estrés porque nos obliga a estar continuamente en guardia. Al no permitirnos cometer errores, nos obligamos a defender nuestras opiniones y acciones ‘con uñas y dientes’.
- f. El “debería”. Esta pauta no sólo incrementa el estrés, sino que nos puede hacer sentir culpables o enojados, pues establece una lista de reglas que nadie, ni nosotros ni los demás, puede desobedecer. De ser así, uno se siente culpable, por no haber actuado de acuerdo a las propias expectativas, y si es el otro quién las rompe, probablemente acabaremos enojados con él.
- g. Sensación de culpa. Se manifiesta de 2 formas: 1) responsabilizarnos a nosotros mismos de los problemas ajenos, o 2) hacer responsables a los demás de nuestro sufrimiento. Culpar a

alguien o algo de lo que nos pasa, implica atribuir al exterior la causa de nuestros problemas y nos despoja del poder para llevar cabo los cambios necesarios.

Estas pautas de pensamiento contribuyen de manera significativa al estrés, la ansiedad y depresión. Pero al observarlas con atención plena, imparcial, sin juicios, dejamos de estar atrapados en el pensamiento automático de nuestra mente y podemos empezar a trabajar con ella.

Retomando la tarea de la *sesión 1* de los nueve puntos, se pide a algunos participantes a resolver el ejercicio delante del grupo. Una vez que lo hayan hecho, se da paso a la explicación acerca de que la forma en cómo se perciba una situación, determinará la manera de responder a ella. El ejercicio sugiere que se puede tener la necesidad de adoptar una visión más amplia de determinados problemas si deseamos resolverlos, fomentando lo que se denomina visión sistemática, es decir identificar la totalidad de la cual forma parte la situación

Puede que tengamos que extendernos más allá de nuestras formas habituales de ver, pensar y actuar para poder llegar a resolver determinados tipos de problemas. Con frecuencia, el ver las cosas de manera separadas y fragmentadas, incluso vernos a nosotros mismos de esta forma, nos impedirá ver nuevas opciones y formas de resolver los problemas. Nos hará que nos inclinemos quedarnos atorados en ellos, tener más problemas y empeorarlos. Es así que somos nosotros, quienes con nuestras ideas y creencias, determinamos nuestros propios límites. Lo que podamos hacer dependerá de la manera en que veamos las cosas y de nuestras creencias acerca de nuestros propios límites y recursos sobre la vida misma.

✓ Introducción a la meditación en la Respiración.

La respiración constituye un fundamento básico de la práctica meditativa porque, dado que siempre nos acompaña, puede ser utilizada como un ancla para asentarnos en el presente. Además constituye el eje central de todas las diferentes facetas de la práctica de la meditación (sedente, del cuerpo, yoga, etc.).

Prestar atención a la respiración quiere decir solamente prestar atención, nada más. No hay necesidad alguna de controlarla. La atención plena a la respiración significa sencillamente darse cuenta de la sensación que produce cada inhalación y cada exhalación. La respiración permite recordar la importancia de sintonizarse con el cuerpo y contactar el resto de la experiencia con atención plena. Al prestar atención en la respiración es más fácil tranquilizar la mente y el cuerpo.

La respiración diafragmática también es llamada abdominal o del estómago, ya que la idea es relajar el estómago lo más que se pueda. Puede llevarse a cabo con los ojos cerrados por la concentración que proporciona, pero también puede llevarse a cabo con los ojos entreabiertos, mirando de manera desenfocada en la superficie que se tenga enfrente.

Adopte una postura cómoda, ya sea acostado o sentado. Si opta por sentarse, mantenga la columna recta y deje caer los hombros. Dese unos minutos para tranquilizarse y agradézcase por permitirse este tiempo para la práctica de la meditación.

Preste atención al lugar del cuerpo al lugar del cuerpo en el que sienta más claramente la respiración. Puede que sea en las fosas nasales, en el cuello, el pecho, el vientre o cualquier otro lugar. Sea consciente, al inspirar, de la entrada del aire, y al espirar, de la salida del aire. Sea consciente de la respiración, de la inspiración y de la espiración.

Tareas.

Formal

- ✓ Continuar con la meditación del escáner del cuerpo. Apoyándose en las audio-grabaciones, el participante practicará diariamente esta meditación (No. 3) durante 30 minutos.
- ✓ Incorporar la meditación con atención plena a la respiración. Apoyándose en las audio-grabaciones, el participante practicará diariamente esta meditación (No. 2) durante 10 minutos.

Informal

- ✓ Continuar practicando la atención plena en algunas de las actividades cotidianas que lleva a cabo el participante como pueden ser: comer, cepillarse los dientes, lavar los platos, bañarse, etc. El participante lo decidirá.
- ✓ Aplicar las 8 actitudes de la atención plena a su vida.
- ✓ A lo largo de la semana observar aquellos eventos que el participante considera agradables y registrar uno por día en el formato que está en el cuaderno de tareas.
- ✓ Prestar atención a lo largo de todo el día.

SESIÓN 3. Meditación en movimiento: Presencia

Sí queremos comprender la naturaleza de la experiencia y sí queremos descubrir el significado de la vida, hemos de prestar atención a esa parte del universo que conocemos desde dentro: el cuerpo.
Maitreyabandhu.

Objetivo de la sesión

Guiar al participante a una exploración más profunda de su cuerpo como vehículo para estar atento al momento presente a través de sentir su cuerpo en movimiento, de manera que sea consciente de las señales que su cuerpo le envía, respetando sus mensajes.

Componentes principales

- ✓ Aplicación de la atención plena a través de ejercicios suaves de *yoga*.
- ✓ Reconocimiento de eventos agradables.

Contenido

La sesión dará inicio con la revisión la tarea de la clase anterior que consistió en registrar eventos agradables en la vida cotidiana de los participantes y con las tareas pendientes en general. Se enfatizará en la importancia de estar cada vez más atentos a las cosas buenas que les pasan a las personas, en lugar de solo fijarse en las cosas desagradables. Invitar a cultivar este gozo en las cosas más cotidianas, pues incluso el disfrutar de las cosas es algo que puede aprenderse y entrenarse en la vida.

A continuación se dará paso a la introducción de lo que es el yoga y por qué practicarlo en el programa.

El yoga fue desarrollado hace miles de años en la India, como una manera de poder meditar de manera más cómoda y amigable, propiciando que las personas se sintieran más tranquilas.

Después de las prácticas de meditación que lleva hasta ahora (el escáner corporal y la meditación en la respiración), podrá advertir la necesidad de estirar y mover el cuerpo después de pasar un rato en una sola postura estática.

De acuerdo a su significado original, la palabra sánscrita *yoga*, significa “unir”, que en este caso se refiere a la unión entre el cuerpo y la mente. Además de que es una práctica que permite desarrollar la atención plena, también ayuda a mantener en buen estado los huesos, articulaciones, músculos y flexibilidad de los órganos.

La práctica del yoga consiste en prestar atención a la respiración, el movimiento, la postura, los pensamientos y las emociones. Esté atento a los mensajes que su cuerpo le envía y respételos.

Tenga en cuenta que el cuerpo de cada persona es diferente. No todas las personas tienen la misma flexibilidad, así que no trate de compararse con nadie. En caso de que alguna postura le

cueste trabajo, escuche lo que el cuerpo le dice y trátelo compasivamente. Avance atenta y lentamente, es mejor empezar poco a poco que empezar de forma intensa, ya que eso conlleva el riesgo de que pueda lastimarse. Es mejor no insistir en una postura que puede lastimarlo hasta causarle una lesión. Siéntase en la libertad de dejar de hacer una postura si ésta le resulta imposible de llevar a cabo. Este reconocimiento también es importante pues significa que está escuchando a su cuerpo. Al fin y al cabo, todo lo que haga o deje de hacer será parte de la experiencia de su práctica de yoga.

La práctica se demostrará de manera presencial durante la clase y a través de diagramas en secuencia, se guiará al participante para que realice los ejercicios en su casa.

Tareas

Formal

- ✓ Llevar a cabo, diariamente, la meditación en movimiento con los ejercicios de *yoga* siguiendo los diagramas en donde se muestra cada postura.
- ✓ Continuar con la práctica meditativa de la respiración en la salud (No. 2).

Informal

- ✓ A lo largo de la semana observar aquellos eventos que el participante considera desagradables y registrar uno por día en el formato que está en el *cuaderno de tareas*.
- ✓ Tratar de identificar los momentos durante el día en los que el participante actúa en *piloto automático* y en qué circunstancias ocurre.
- ✓ Prestar atención a lo largo de todo el día.

SESIÓN 4. La sombra del estrés

Objetivo de la sesión

Explorar qué es el estrés, cómo opera, sus consecuencias y el papel que juega en la reactividad de las personas.

Componentes principales

- ✓ Práctica meditativa de yoga.
- ✓ Práctica meditativa con atención a la respiración.
- ✓ El papel del estrés en la vida y salud de las personas.

Contenido

La sesión da inicio con una práctica meditativa con atención en la respiración y en las sensaciones del cuerpo, por aproximadamente 30 minutos (ver en anexo la guía de las meditaciones).

Posteriormente se invitará a los participantes a comentar acerca de su experiencia con la práctica de yoga, indagando sobre su efecto en el cuerpo ¿qué sintieron? ¿qué aprendieron? El objetivo será propiciar retroalimentación al interior del grupo y compartir sus experiencias.

Se dará paso a abordar el tema del estrés. Comenzando por su definición hasta la manera en cómo afecta a las personas en su salud.

El estrés como tal podría considerarse una respuesta natural del organismo para adaptarse a los constantes e inevitable cambios tanto internos como externos a fin de lograr una adaptación. Actúa en distintos niveles: físico, psicológico, social que a su vez interactúan entre si afectando la manera en cómo enfrentamos dichas situaciones estresantes. Algo que caracteriza al estrés es que prepara al organismo para responder de manera generalizada en su esfuerzo para adaptarse a las demandas y presiones que experimenta. Es decir, en nosotros se desencadena toda una respuesta fisiológica para poder enfrentar aquello que consideramos amenazante.

De manera natural y como parte de la evolución, nuestro organismo está preparado para reaccionar de tres maneras posibles antes una amenaza: puede pelear, puede huir o puede paralizarse ante una situación de peligro. A su vez la situación de amenaza o peligro desencadena una serie de reacciones físicas como son: incremento de la tasa cardiaca y presión arterial a manera de enviar más sangre a la extremidades (brazos y piernas), dilatación de las pupilas para dejar entrar más luz y poder ver mejor, erizamiento del vello del cuerpo para que seamos más sensibles a la vibraciones, supresión de actividades tales como la digestión o el deseo sexual. Además nuestro cuerpo segrega hormonas tales como el cortisol y neurotransmisores como la epinefrina y norepinefrina.

Todas estas reacciones son controladas por el sistema nervioso autónomo, el cual a su vez se encuentra dividido en dos: 1) el sistema nervioso simpático cuya función principal es la de activación (ej. Huir o luchar) y 2) el sistema nervioso parasimpático cuya función principal es la

calmar y disminuir las reacciones. Además participan otras estructuras tales como el hipotálamo, el sistema límbico y la amígdala.

Ahora bien, si estas reacciones de nuestro cuerpo son parte de nuestra naturaleza ¿en qué momento se vuelve un problema y por qué? Simplemente porque la gran mayoría de nuestras reacciones de este tipo no son hacia una amenaza real, (ej. nuestra vida en peligro), sino hacia amenazas imaginadas, es decir, creadas por nuestra mente. Dado que nuestro cerebro no distingue entre el peligro físico y el peligro psicológico, en ambos casos activa el mismo tipo de respuesta fisiológica. Es así que cuando esta reacción al estrés permanece por un tiempo prolongado, sus efectos pueden llegar a ser devastadores, tanto a nivel físico, como mental. Pueden presentarse enfermedades como la hipertensión, tensión muscular, problemas de ansiedad, insomnio, trastornos gastrointestinales y digestivos, así como una disminución en la respuesta del sistema inmunológico.

El estrés psicológico se produce, entre otras cosas, cuando la persona percibe como amenazadora la relación con su entorno, evaluándola superior a sus recursos y peligrosa para su bienestar. Es decir, le otorga un significado de peligro o amenaza. Es así que somos presas del estrés, no por causas estresantes en sí, sino por la manera en cómo percibimos y nos relacionamos con nuestro entorno. Son nuestras reacciones automáticas a las situaciones estresantes las que determinan, en gran medida cuánto estrés experimentemos. El problema es que al ser reacciones automáticas, no somos conscientes de ellas, no las “vemos” y por lo tanto no solemos hacer nada al respecto.

La buena noticia es que si nos entrenamos para darnos cuenta de la manera en que el estrés afecta nuestra vida, nuestro cuerpo y nuestra mente, podemos empezar a desarrollar habilidades que nos ayuden a alcanzar un equilibrio y generar respuestas más eficaces al estrés.

Por respuestas eficaces se refiere al hecho de que cuanto más atentamente aprendamos a responder al estrés, más se debilitarán los viejos hábitos inconscientes que se activan de manera automática y se abrirán las puertas a nuevas formas de enfrentarnos a él, transformándolo. Cuanto más claro podamos ver, más adecuada será también nuestra respuesta.

En este sentido, la atención plena nos permite reconocer una amplia gama de experiencias, entre las que también se encuentran estados internos difíciles, como la ansiedad, el miedo o la tristeza. De esta forma, la práctica de la atención plena constituye una herramienta poderosa para asumir un papel activo para cuidar de nosotros y contribuir a la mejoría de nuestro bienestar.

Cuanta más conciencia cobremos de los desequilibrios y los hábitos inconscientes, más aumenta la posibilidad de tomar decisiones que aliente nuestro equilibrio. La atención plena nos ayuda a ver con más claridad nuestra experiencia y a tomar una mayor conciencia de los efectos del estrés, ayudándonos a elegir una respuesta más adecuada. De esta forma podemos tener un papel más activo en el cuidado de nuestra salud y enfrentarnos a cualquier situación, independientemente de lo difícil que sea, de forma más tranquila y equilibrada.

La exposición del tema del estrés se relacionará con la lista de hechos desagradables que los participantes hicieron como tarea de la sesión anterior, así como con la práctica de meditación y presencia mental en la vida cotidiana. Se propiciará hacer una conexión de la práctica meditativa de atención plena con la aparición de emociones reactivas.

La sesión concluirá con la práctica de atención a la respiración.

Tareas

Formal

- ✓ Continuar con la práctica meditativa de yoga.
- ✓ Continuar con la práctica de la respiración.

Informal

- ✓ Registrar, en el formato del cuaderno de tareas, hechos tanto agradables como desagradables que le acontezcan a los participantes a lo largo de la semana.
- ✓ Prestar atención a las reacciones emocionales que surjan, sin tratar de modificarlas.
- ✓ Darse cuenta de cuando se siente atrapado o bloqueado emocionalmente, solo notándolo.
- ✓ Prestar atención a los hábitos, tanto a los que contribuyen a la salud como a los que no e identificar que otras opciones de responder a ellos tiene.

SESIÓN 5. ¿Cómo ayuda la atención plena a reducir el estrés?

Objetivo de la sesión

- ✓ Profundizar en las ventajas de responder al estrés en lugar de reaccionar a él.
- ✓ Notar la sensación de aversión y explorar la manera reconciliarse con aquellas emociones y situaciones desagradables a través de la práctica de la atención plena.

¿cómo reconciliarse con los eventos y emociones desagradables de nuestra vida?, aprender a estar con los momentos agradables y desagradables que experimentamos.

Componentes principales

- ✓ Meditación en sedente con atención a la respiración.
- ✓ Exploración de nuevas formas de responder al estrés y a las situaciones o emociones desagradables.

Contenido

Se mencionará que esta sesión inicia la segunda parte del curso. Se propiciará que los participantes hablen acerca de cómo les ha ido hasta ahora ¿qué han aprendido? ¿han cambiado algo? ¿en dónde se encuentran? ¿están llevando a cabo el programa tal y como se comprometieron al principio? Preguntarles si están dispuestos a continuar con la segunda parte del programa. Se les recordará a los participantes que el progreso en el programa no tiene por qué ser lineal. Se les invitará a dejar de lado expectativas que puedan provenir de su experiencia, hasta ahora, en el programa y considerarla como una nueva oportunidad para estar completamente presentes.

Se guiará la práctica meditativa sedente, esta vez se introducirán nuevos elementos que el participante podrá incluir en su práctica diaria. Los elementos a incluir como foco de la práctica meditativa son: la respiración, las sensaciones, los sonidos, pensamientos y emociones o simplemente una actitud receptiva a todo lo que ocurra. La meditación durará alrededor de 40 minutos (grabación No. 4).

Al terminar la práctica meditativa en posición sentada, se retomará la tarea del registro de los acontecimientos agradables y desagradables que llevaron a cabo los participantes durante la semana. Se dará una breve explicación de la meditación sentada, ya que hay varios aspectos que son importantes explicar.

La meditación en sedente nos invita colocar nuestra atención en las sensaciones de la respiración. Una vez que nuestra mente se ha calmado, gradualmente expandimos el campo de consciencia para incluir al cuerpo en un sentido de totalidad o alguna región en particular cuya sensación sea intensa.

Una de las mayores fuentes de distracción es el propio cuerpo. Por lo general, si permanecemos un rato sentados en cualquier postura, se sentirá incómodo. Al practicar la

meditación, lo realmente útil es que nos resistamos al primer impulso de cambiar de posición como respuesta a esa incomodidad física y dirijamos nuestra atención a esas sensaciones de incomodidad, dándoles la bienvenida

¿Por qué habríamos de hacer eso? Porque en el momento en que llegan a la consciencia, esas sensaciones incómodas, se convierten en parte de nuestra experiencia del momento, y por tanto, en valiosos objetos de observación. Nos proporcionan la oportunidad de mirar directamente a nuestras reacciones automáticas y a todo el proceso de lo que en nuestra mente sucede cuando la mente pierde el equilibrio y se agita al ser separada de la respiración.

A parte de la incomodidad y el dolor físico, existen muchísimas cosas durante la meditación que pueden apartar la atención de la respiración. La principal es pensar. Durante las primeras fases de la práctica meditativa, esto pasa con frecuencia. Necesitaremos seguir acordándonos de volver a la respiración sin dejarnos arrastrar por el contenido de nuestros pensamientos, ni convertirnos en ellos. Simplemente los tratamos como otro objeto más de nuestra mente, que así como surgen, los notamos y se desvanecen. Somos conscientes de la carga emocional con la que se presentan, y sea esta cual sea, la dejamos de lado y volvemos a concentrarnos una vez en la respiración o en el objeto de nuestra atención que hayamos elegido. Apartar los pensamientos no significa suprimirlos, el acto de pensar durante la meditación no es malo ni siquiera indeseable. Lo importante es si, durante ella, tenemos consciencia de nuestros pensamientos y sentimientos. Intentar deshacernos de ellos sólo provocará una mayor tensión y frustración.

La atención plena no significa expulsar los pensamientos, sino hacerle un sitio, observándolos y dejándolos 'ser' mientras utilizamos nuestra respiración como ancla de nuestra atención.

A la meditación no le preocupa cuántos pensamientos se producen, sino cuanto espacio les dedicamos para que se produzcan en el campo de nuestra consciencia de cada momento.

Se dará inicio a la exposición del tema que es la continuación de cómo responder en lugar de reaccionar al estrés o a los eventos negativos que experimentan las personas.

Cómo podríamos olvidar aquellos mitos antiguos que se hallan en los inicios de todas las culturas- mitos acerca de dragones, que en última instancia son transformados en princesas. Tal vez todos los dragones en nuestras vidas son solo princesas esperando a que actuemos, al menos una vez, con belleza y valentía. Tal vez todo lo que nos atemoriza, en su más profunda esencia, sea algo desvalido que necesita de nuestro amor. Así que no debes temer si la tristeza emerge antes que cualquier otra cosa, sí la ansiedad aparece como luz y sombras que se mueven a través de tus manos y todo lo que haces. Debes darte cuenta que algo te ha pasado; que la vida no te ha olvidado, te

*sostiene en sus manos y no te dejará caer ¿Por qué
quieres apartar de tu vida cualquier desazón, cualquier
sufrimiento o depresión? Después de todo, no sabes
qué es lo que estas situaciones están haciendo en tu interior.*

Rainer Maria Rilke, *Letters to a Young poet*

Uno de los principales retos en este punto es saber si podemos estar con nuestras emociones indeseadas sin hacer que empeoren. La simple idea parece extraña y la tarea imposible de llevar a cabo porque es más fácil reaccionar con aversión. La mente está dispuesta y acostumbrada a reaccionar de manera aversiva ante respuesta displacenteras.

No estamos afirmando que cultivar la atención plena para hacer frente a nuestra tendencia al estrés, la tristeza, la depresión o la ansiedad sea fácil; pero si es algo posible de llevar a cabo. A través del cultivo de la atención plena, cada uno de nosotros podremos descubrir nuestras propias formas de transformar nuestra relación con aquello que encontramos desagradable, difícil y amenazante. Poniendo en práctica la atención plena, estaremos en camino de revertir nuestro rechazo habitual hacia las dificultades. Intencionalmente estaremos sosteniendo en nuestra consciencia algo que ya es una afirmación y que puede ser enfrentada, nombrada y de ese modo, podremos trabajar con eso.

Tal y como lo vimos en la meditación que acabamos de hacer, trabajando a través del cuerpo, podremos permanecer con las dificultades que en él surjan, lo suficiente para descubrir que aún y en las peores circunstancias existe una camino viable para nosotros.

Responder al estrés, la ansiedad, o a la tristeza en lugar de reaccionar; no significa que nunca más nos sentiremos amenazados, temerosos o furiosos. Aun así estaremos haciendo lo que nuestro cerebro quiere que haga: darle prioridad y atención a aquello que lo requiere. Lo que sí significa es que podemos tener más consciencia durante más tiempo de esos impulsos y sensaciones cuando se presentan, trayendo una atención abierta, espaciosa y afectuosa a esas emociones tal y como se expresan en el cuerpo.

Una vez que notemos las emociones displacenteras, centremos nuestra atención en cómo se experimentan en el cuerpo a través de conectar nuestra atención en la respiración con cada momento de experiencia desagradable, cualquiera que éste sea. Dirigiendo la atención de esta manera tiende a calmarse la mente.

Ahora bien, es importante reconocer que nuestros pensamientos tienen un gran efecto sobre nuestra salud, que puede ser positivo o negativo. Nuestras pautas de pensamiento constituyen la base de nuestros motivos para realizar cosas y tomar otras opciones. Influyen en el grado de confianza con que contamos en nuestra capacidad de hacer que las cosas sean posibles.

Formal

- ✓ Continuar con la práctica de la atención a la respiración (No.2).
- ✓ Practicar la meditación en posición sentada por 30 minutos (No. 4). En caso de que lo desee puede se puede alternar esta práctica con la de yoga u optar hacer diariamente la primera.

Informal

- ✓ Continuar aplicando la atención plena en alguna actividad cotidiana a lo largo del día.
- ✓ Prestar atención a los hábitos, tanto a los que contribuyen a la salud como a los que no e identificar qué otras opciones de responder a ellos tiene.

SESIÓN 6. La atención plena y la bondad hacia uno mismo

Objetivo de la sesión

- Propiciar en los participantes el reconocimiento y amor por sí mismos de manera que puedan relacionarse mejor con sus emociones y situaciones de vida.

Componentes principales

- Meditación sedente.
- Meditación de la bondad como herramienta para trabajar con el miedo.

Contenido

La sesión dará inicio con la práctica meditativa en posición sentada por alrededor de 30 minutos. Posteriormente se hará la introducción a la bondad y el amor por uno mismo como sigue:

Como ya vimos en la sesión anterior, no es infrecuente que en nuestra vida experimentemos estrés, ansiedad, tristeza, enfermedad, dolor pues. Sin embargo, si nos ocupamos en cultivar cualidades como la bondad, esto nos permitirá sentir más amor y compasión por nosotros mismos, la cual después podremos expandir hacia los demás hasta incluir a muchos seres. La bondad puede considerarse una clase de amor que suaviza el corazón y por tanto, nuestros sentimientos. Incluye otras cualidades como la compasión, la empatía y la ecuanimidad.

¿Por qué habríamos de querer cultivar en nosotros tal cualidad como la bondad?

El mundo en el que vivimos se caracteriza por ser acelerado y ajetreado, esto llega a influir para que algunas personas se coloquen a sí mismas hasta el último lugar de las cosas pendientes por resolver, quizá no les sea fácil aplicar la compasión hacia sí mismo. Este es un paso de suma importancia para lograr sanar todas aquellas aflicciones, físicas y mentales, que nos aquejan. Si no podemos aplicar el amor y la compasión hacia uno mismo, menos podremos hacerlo hacia los demás. Parece que gran parte del sufrimiento que experimentan las personas, se deriva, con frecuencia, de la dureza con que se tratan a sí mismas. En algún punto del camino de nuestro desarrollo perdemos esa aceptación por nosotros mismos, experimentando una falta de amor y compasión por nosotros, sintiéndonos inseguros y frustrados. Y la meditación de la bondad es un antídoto útil para curarnos internamente de ese sufrimiento.

Se lleva a cabo la práctica meditativa de la bondad guiada por la instructora y una vez concluida la meditación, se concluye también la sesión.

Tareas

Formal

- Llevar a cabo la práctica meditativa de la bondad, se puede alternar con la meditación sedente.

Informal

- Continuar aplicando la atención plena en alguna actividad cotidiana a lo largo del día.
- Prestar atención a los hábitos, tanto a los que contribuyen a la salud como a los que no e identificar qué otras opciones de responder a ellos tiene.

SESIÓN 7. La atención plena y ¿Cómo nos relacionamos con los demás?

Objetivo de la sesión

- Destacar el papel de la atención plena en las relaciones interpersonales a manera de propiciar relaciones más sanas y armoniosas con los demás.

Componentes principales

- La atención plena en las comunicaciones interpersonales.

Contenido

La sesión da inicio alentando a los participantes a cambiar de lugar en el que habitualmente se sientan. El objetivo es invitarlos a reflexionar a mirar el lugar desde una perspectiva diferente y preguntarles ¿se trata de la misma habitación? ¿cómo se siente en el nuevo lugar? ¿por qué eligió sentarse siempre en el mismo lugar? Y llevar la reflexión hasta la pregunta ¿dónde estoy posicionado en mi vida en este momento? ¿hacia dónde voy?

Continuar con la práctica meditativa sedente por aproximadamente 30 minutos, con atención a lo que surja en ese momento y utilizando la respiración como ancla para volver al momento presente regresando de la distracción.

Al terminar la meditación se dará paso a abordar el tema de la importancia de las relaciones interpersonales y el papel de la atención plena para cultivar relaciones sanas con las demás personas.

Hasta este momento del programa todo lo que se ha trabajado ha tenido que ver con usted mismo y su relación hacia mismo. Como vimos en la sesión anterior, al trabajar el tema de la bondad, empezamos por cultivarla en usted mismo y poco a poco nos fuimos extendiendo hacia otros seres, hasta abarcar el universo en sí. En la sesión de hoy revisaremos la importancia que tiene la manera en cómo nos relacionamos con las demás personas, ya sea desde nuestros seres más queridos, hasta aquellos con los que tenemos un trato cotidiano o incluso algún tipo de conflicto. Es inevitable no relacionarnos con otras personas porque es parte de nuestra naturaleza y también eso nos permite cubrir gran parte de nuestras necesidades como seres sociales. Sin embargo, es frecuente que, dadas las diferencias e intereses personales en los que se desarrollan esas relaciones, resulten desgastantes y, algunas veces, conflictivas, a tal grado que resulta una fuente más de estrés y desgaste. De ahí la importancia de dirigir la práctica de la atención plena a la manera en cómo nos relacionamos con las personas y así ser consciente de aquellos aspectos que son importantes desarrollar.

Así como hemos desarrollado patrones de pensamiento poco útiles y reiterativos, lo mismo nos sucede con las relaciones con los demás. Estos hábitos muy probablemente tienen que ver con nuestra infancia y la manera en que vimos y aprendimos a tratar a las personas. Algunas veces podemos responder de manera pasiva o con miedo, es decir, tememos hacer valer nuestras decisiones y opiniones, evitamos asumir responsabilidades, aceptamos situaciones o posiciones

que pueden afectarnos. Otras veces en cambio, podemos actuar de forma agresiva, que como su nombre lo indica, solemos comportarnos de manera autoritaria y prepotente sin respetar el derecho de la otra persona, imponiendo nuestra postura y buscando únicamente nuestros intereses. El problema de este tipo de estilos de comportamiento es que generan emociones desagradables o aflitivas que pueden estar asociadas a experiencias pasadas, que en su momento pudieron ser útiles, pero que ahora ya no resultan eficaces y nos hacen pasarla mal.

Ahora bien la atención plena puede ayudarnos a desarrollar la capacidad de reconocer y entender esos hábitos de relaciones, la gran mayoría basados en nuestras experiencias de la infancia, aceptándolos, pero haciendo lo necesario para poder actuar hacia los demás desde una sintonía con nosotros mismos a nivel de los pensamientos, sentimientos y emociones. Parte de esta sintonía es lo que se denomina asertividad o conducta asertiva.

La asertividad implica ponernos en contacto con lo que en realidad sentimos. Tiene que ver con conocernos a nosotros mismos, de interpretar situaciones de forma adecuada y enfrentarnos a ellas con consciencia. Al conocer nuestros sentimientos dejaremos de actuar de forma pasiva u hostil automáticamente cuando nos sentimos molestos o amenazados, es decir, aplicar la atención plena a nuestros sentimientos. Esta tarea puede no ser fácil, si durante toda la vida hemos creído que no está bien tener determinados tipos de pensamientos o sensaciones y cuando los experimentamos puede ser que reaccionemos ignorándolos o sentirnos culpables por lo que sentimos.

Lo primero que hay que saber sobre la asertividad es que los sentimientos son solo eso: sentimientos y no son ni buenos ni malos, 'bueno' y 'malo' son solo juicios que nosotros o los demás les imponemos a nuestros sentimientos.

Además de la conducta asertiva, existen 6 cualidades para desarrollar la atención plena en relación con otras personas:

a) Apertura. Esta cualidad es parecida a la mente de principiante que se revisó al inicio del programa. Se trata de ver a la otra persona de un modo nuevo y libre de prejuicios, incluso intentar ver las cosas como esa persona las ve. Se trata de ampliar la manera en como usualmente vemos a las personas y darnos cuenta que solo es una perspectiva que hemos fijado a los largo del tiempo, pero que podemos cambiarla.

b) Empatía. Cualidad que consiste en identificarse realmente con los sentimientos de otra persona, es decir, 'ponerse en sus zapatos'. Lo primero que hay que hacer es reconocer y experimentar sus propios sentimientos porque solo de esa manera podrá hacerlo con los demás. Por lo tanto es útil que cultive la atención plena con sus propias emociones. Trate de confiar en su intuición acerca de lo que los demás están sintiendo. Si no está seguro es conveniente preguntar. Si tiene dificultades con la empatía, sepa que en el fondo, todos compartimos el anhelo de ciertas cosas como ser aceptados, ser amados o sentirnos seguros.

c) Compasión. Esta cualidad combina la empatía, con una comprensión de la situación en la que se encuentra la otra persona, con el deseo de aliviar su sufrimiento. Para cultivar esta cualidad, imagine sus dolores y sufrimientos.

d) Bondad. Implica desear verdaderamente el bien del otro, que esté sano, libre e daño y de miedo. Esta cualidad ya la trabajamos en la sesión anterior.

e) Regocijo por el bienestar ajeno. Es una cualidad opuesta a los celos, la envidia y el resentimiento, que nos lleva a disfrutar con la felicidad y alegría de los demás.

f) Ecuanimidad. Cualidad de sabiduría y estabilidad mental que surge de la comprensión del cambio y la interconexión que existe entre todas las cosas. Invita a darse cuenta de que todas las relaciones tienen un valor intrínseco y que todos los seres humanos merecen ser tratados considerando las cualidades ya mencionadas.

Además de estas cualidades existe un factor que es de suma importancia para establecer relaciones interpersonales sanas y disfrutables. Este factor es el de saber escuchar, lo cual implica dirigir la atención, de manera deliberada y consciente, a lo que la otra persona está diciendo. No sólo se refiere al mensaje verbal, sino también al lenguaje corporal, las expresiones faciales. La auténtica comunicación es muy gratificante porque nos permite conectarnos realmente con los demás. Sin embargo, la gran mayoría de las veces no lo hacemos, y aunque son diferentes y diversas las causas por las que no lo hacemos, hay una que parece ser dominante. Acabamos decidiendo escuchar solamente los mensajes que corroboran nuestros puntos de vista.

La sesión concluye con un breve recordatorio de que la siguiente sesión será la última del programa por lo que es muy importante que asistan y traigan sus dudas.

Tareas

Formal

- Practicar las meditaciones que se han llevado a cabo en el programa a selección personal, pero sin la ayuda de las audio-guías. La idea es que los participantes vayan tomando confianza en ellos mismos para que puedan práctica, poco a poco, bajo su propia guía. Solo en caso de que les resulte muy difícil, podrán utilizar los audios. La frecuencia con la que han de practicar será la misma, al menos cinco días de la semana.

Informal

- Revisar las tareas realizadas en el cuaderno de tareas a manera de identificar dudas o puntos que les resulten importantes retomar para que sean abordados en la siguiente sesión.
- Continuar con la práctica de la atención plena en alguna actividad de la vida cotidiana.
- Resolver el ejercicio de las comunicaciones difíciles que viene en el cuaderno de tareas.

- Practicar el relacionarse con los demás desde la atención plena.

SESIÓN 8. El mantenimiento de la práctica en la vida diaria

Objetivo de la sesión

- Concluir el programa propiciando la práctica de la atención plena en la vida cotidiana.
- Enfatizar la importancia de continuar practicando hasta incorporarla como una forma de vida.

Componentes principales

- Meditación en posición sentada.
- Círculo de comentarios de los participantes acerca de su experiencia en durante y en el programa.
- Plan de acción para continuar con la práctica de la atención plena.

Contenido

La sesión iniciará invitando a los participantes a formar un círculo al centro del salón. A continuación la instructora guiará la práctica meditativa en posición sentada durante 30 minutos.

Al finalizar la práctica meditativa se dará inicio al círculo de comentarios por parte de los participantes acerca de su experiencia durante y en el programa. Se harán preguntas tales como: ¿recuerda el motivo por el que asistió al curso?, ¿cuáles eran sus expectativas? ¿por qué quiso continuar en él?, ¿obtuvo algún beneficio?, ¿cuál?, ¿le implicó hacer algún tipo de sacrificio?, ¿de qué tipo? ¿cuáles fueron los principales obstáculos con los que se enfrentó a lo largo del programa? ¿qué hizo para resolverlos?

Preguntar cómo les fue con la práctica meditativa sin el apoyo de las grabaciones, retomar la tarea de sesión anterior que consistía en identificar dudas o problemas en algunos de los ejercicios o temas de las sesiones y tratar de dar respuestas a los mismos.

Dar paso a explicar lo que implica para los participantes que sean ellos mismos los responsables y guías de su propia práctica y de la aplicación a su vida diaria. Lo importante que es seguir comprometidos a practicar las herramientas que contribuyen a su salud y bienestar.

Cuanto más claramente pueda identificar las situaciones que lo estresan, lo angustian o lo ponen triste, estando atento a ellas cuando surgen antes de reaccionar de la forma acostumbrada; más fácilmente podrá acceder a nuevas posibilidades de responder de manera más adecuada y eficaz. La mejor manera de propiciar la atención plena es seguir practicando, tanto de manera formal como informal. Recuerde que siempre es posible acceder a ella en el mismo instante en que sé de cuenta de que no está presente.

Una estrategia que puede resultar altamente efectiva para continuar con la práctica, es programarla. Así como lo hizo con las prácticas en casa y las tareas, sería muy útil que se organizara en tiempos y actividades, de manera que esto le ayude a perseverar en su práctica.

Planificar su práctica implica elegir el tipo de práctica que quiere llevar a cabo, recuerde que puede alternarlas o elegir por un tiempo hacer una y luego cambiarla. Después decida en qué horario le viene mejor llevar a cabo la práctica, considere los momentos en que hay menos actividad y ruido en su casa. ¿Qué lugar de la casa le resulta más adecuado? Incluso puede comunicarles a sus familiares el momento en que hará su práctica, a manera de que no sea interrumpido. Renueve esta planificación cada que lo sienta conveniente. Puede ser que lo haga por periodos de tiempo cortos y después haga ajustes de acuerdo a cómo le vaya resultando el plan.

A continuación se presenta una tabla que contiene tanto las prácticas formales como las informales con el fin de que le sirvan como recordatorio y usted pueda elegir entre todas ellas con cuál trabajará.

<i>Prácticas formales</i>	<i>Prácticas informales</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comer atentamente un grano de uva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comer, bañarse, cepillarse los dientes, lavar los trastes, caminar atentamente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chequeo atento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejercitar las 8 actitudes de la atención plena a la vida cotidiana.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respiración atenta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestar atención a los hábitos y la manera de reaccionar a ellos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escáner corporal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escucha atenta.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yoga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionarse con los demás desde la atención plena.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meditación en posición sentada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacio de los tres minutos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meditación de la bondad 	

Recuerde que cuenta con material para apoyarse, cuenta con las grabaciones, con el cuaderno de tareas, con sus propias notas y reflexiones –si es que las hizo a lo largo del programa.

Cerrar la sesión y el programa con una ceremonia de clausura que consiste en retomar el círculo y donde cada uno de los participantes comparta un compromiso personal que esté dispuesto a establecer hacia el desarrollo de su práctica. Hacer una práctica muy breve de meditación y dar por concluido el entrenamiento formal en el desarrollo de la atención plena.

ANEXO 8.

CUESTIONARIO DE OPINIÓN

Introducción

Mi nombre es Pilar Bernal, soy psicóloga y actualmente me encuentro estudiando un doctorado en Salud Mental Pública en la Universidad Nacional Autónoma de México. El estudio pretende desarrollar una serie de técnicas para atender los malestares emocionales de las personas que son resultado del quehacer en la vida diaria, por ejemplo, sentir nervios, tristeza, ansiedad, etc.

Estas técnicas se basan en una serie de ejercicios de relajación, respiración, meditación; técnicas que han demostrado mejorar el estado de ánimo de las personas que las utilizan y de esta forma trabajar en su bienestar emocional y en un mejor manejo de sus emociones.

Nos sería muy útil escuchar su opinión y sugerencias sobre los materiales que se utilizarán, básicamente son unas grabaciones y ejercicios escritos. Lo único que usted tendrá que hacer es darme su opinión. Lo que le pido es que me proporcione alrededor de 30 minutos y yo le iré explicando lo que hay que hacer.

Yo soy la responsable de esta propuesta, pero si necesita mayor información puede comunicarse al Instituto Nacional de Psiquiatría 'Ramón de la Fuente Muñiz' con la Dra. Shoshana Berenzon al tel. 41605148

Instrucciones:

A continuación usted encontrará una serie de preguntas acerca de los ejercicios que realizó centrando su atención como se le iba indicando.

Por favor responda las preguntas de acuerdo a lo que usted opine. En la primera sección la forma de respuesta es una escala, en la segunda sección solamente responda a las preguntas abiertas.

Le agradecemos de antemano su valiosa cooperación.

Cuestionario de opinión

Código	Edad:	Sexo:	Ocupación:
Escolaridad:	Estado civil:		Fecha:

Sección I.

1. ¿Qué tan interesantes le parecieron los ejercicios?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada interesante

Muy interesante

2. ¿Qué tan fácil fue entender el contenido de los ejercicios?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada fácil

Muy fácil

3. ¿Qué tan comprensible fue el lenguaje de los ejercicios?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada comprensible

Muy comprensible

4. ¿Qué tan útiles le resultan los ejercicios en su vida cotidiana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada útiles

Muy útiles

5. ¿Qué tan aplicables considera los ejercicios en su vida cotidiana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada aplicables

Muy aplicables

6. ¿Qué tanto le gustaron los ejercicios?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No del todo

Mucho

7. ¿Qué tan adecuado le pareció el tiempo que le tomó hacer los ejercicios?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada adecuado

Muy adecuado

8. ¿Qué tan dispuesto estaría a asistir a un programa basado en ejercicios como los que realizó con el fin de disminuir su estrés?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada dispuesto

Muy dispuesto

Sección II

- ¿Hubo aspectos de los ejercicios que no fueron claros o no entendió? Sí____ No____

Señálelo: _____

- ¿Emplearía los ejercicios en su casa para mejorar su estado de ánimo? Sí____ No____
¿Por qué?

- ¿Qué fue lo que **más** le gusto de los ejercicios?

- ¿Qué fue lo que **menos** le gustó de los ejercicios?

- ¿Qué cosas le cambiaría a los ejercicios (ej. Contenido, lenguaje, duración, etc.) para mejorarlos?


- ¿Tendría alguna otra sugerencia u observación con respecto a los ejercicios?

¡Gracias por su participación y su tiempo!



PROGRAMA DE
REDUCCIÓN DE ESTRÉS
BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA

Cuadernillo de tareas



Presentación	3
Instrucciones generales	4
Sesión 1 ¿Qué es la atención plena?	5
Sesión 2 El papel del cuerpo en la atención plena	11
Sesión 3 Atención plena en movimiento: Yoga	17
Sesión 4 ¿Qué es el estrés?	22
Sesión 5 ¿Cómo ayuda la atención plena a reducir el estrés?	17
Sesión 6 La atención plena y la bondad hacia uno mismo	32
Sesión 7 La atención plena y relación con los otros	35
Sesión 8 El mantenimiento de la práctica en la vida diaria	42



PRESENTACIÓN

Bienvenido al Programa de reducción de estrés basado en la atención plena que ha iniciado para mejorar su estado de ánimo y aumentar su bienestar emocional.

El estrés está presente en la vida de casi todas las personas, así que algunas veces nos puede llevar a sentirnos agobiados, enojados e incluso tristes. A la menor provocación y ya estamos que 'nos lleva el tren'. Por esa razón y otras más, en este cuadernillo encontrará algunos ejercicios que le ayudarán a manejar emociones tales como: la tristeza, la angustia, el miedo, los nervios, la ansiedad, entre otras.

La manera en que lo invitamos a hacerlo es a través de prestar atención a sus emociones, pensamientos y sensaciones, esto a través de la meditación, la relajación y la respiración, principalmente.

Cualquier duda que tenga de los ejercicios o de las tareas, por favor acérquese a la instructora, a fin de que le aclare la información.

¿Qué es lo que contiene este cuadernillo?

En él usted encontrará:

- Un resumen de cada una de las sesiones, a fin de que sirvan como recordatorio y le ayuden a hacer los ejercicios en casa.
- Recuadros llamados 'Y sí me pasa', que responden a dudas o dificultades con las que puede toparse al llevar a cabo su práctica. Esto es común que suceda cuando uno recién comienza con la práctica de atención plena.
- Las tareas que deberá realizar en cada una de las sesiones. Encontrará tanto las tareas formales, es decir, las que ya tienen una estructura; como las tareas informales, aquellas que usted mismo elegirá.
- Los formatos de registro para anotar sus tareas.
- Los calendarios que en los que programará y registrará su práctica.

¿Cómo está organizado?

El cuadernillo está conformado por ocho secciones que corresponden al número de sesiones del programa, por lo que le pedimos que siga ese orden para que sea más sencillo para usted trabajar con él. Por cada sesión, usted encontrará las tareas que realizará y las instrucciones que le dicen cómo hacerlo. También se han incluido, los 'formatos de auto-registro', en los que usted podrá anotar parte las tareas.

¿Cómo utilizar el cuadernillo?

La forma de trabajar con el cuadernillo es muy sencilla, solo ubiqué en el índice la sesión que quiere trabajar, ahí encontrará el resumen de la sesión, las tareas y una explicación breve de cómo hacerlas. También vienen los formatos en donde anotará parte de su tarea. Cada formato cuenta con un ejemplo de cómo llenarlo.

Ahora que ya conoce cuál es el propósito de este cuadernillo en la reducción del estrés y el cuidado de su salud: Manos a la obra!



SESIÓN 1

¿Qué es la atención plena?

Recordatorio de la sesión:

- Es la capacidad para observar nuestra mente, lo que pasa en ella y en nosotros mismo, sin juzgar lo que sentimos; con el fin de tener más claridad en nuestra vida.
- Al darnos cuenta de los hábitos que controlan nuestra mente podremos hacer las cosas de una manera diferente y que nos haga sentir mejor.
- Al actuar con atención plena en nuestra vida diaria estaremos menos estresados.

SESIÓN 1

¿Qué es la atención plena?

En la sesión también hablamos de los ocho factores que se requieren para poder desarrollar la atención plena, vamos a revisarlos:

1. Mente de principiante

Consiste observar con curiosidad lo que nos sucede, como si nos ocurriera por primera vez, como cuando un niño explora el mundo!



2. No juzgar

Ser consciente de los pensamientos de juicios (bueno/malo, correcto/incorrecto), de las sensaciones de agrado o desagrado, notando cuando surgen y cómo se siente.



3. Aceptación

Comprender y recibir las cosas como están sucediendo. Ser receptivo y abierto a lo que sentimos o pensamos.



4. No esforzarse

No escapar de lo que se está viviendo en el momento, no oponer resistencia al constante cambio. La meditación no consiste en lograr un objetivo, sino solo estar presente y atento a lo que ocurra. Por ejemplo si se está tenso, prestar atención a esa tensión. Si algo duele, prestar atención a ese dolor.



SESIÓN 1

¿Qué es
la atención plena?

5. Ecuanimidad

Mantenerse en calma aún y cuando las cosas no sean como esperábamos.



6. Ceder

Permitir que las cosas sean tal y como están ocurriendo, sin buscar cambiar nada, sin aferrarse a lo que sucede o sin evitarlo. Dejar ser.



7. Confianza

Confiar en uno mismo y en la propia capacidad para acompañar a las emociones y pensamientos que surgen momento a momento. Escuchar a nuestro ser de manera intuitiva.



8. Paciencia

Estar abierto a lo que surja en la mente y en el cuerpo, sin dejar que nos perturbe o nos atrape y sin culparnos ni criticarnos de ninguna forma.



SESIÓN 1

¿Qué es
la atención plena?

Incluir estas cualidades en su práctica de todos los días, le dará la energía y la actitud para tener una práctica de bienestar.

- Aprendió qué es el chequeo atento: Hacer un alto en el día y preguntarse qué sucede en el cuerpo, las emociones y los pensamientos de ese preciso momento.

¿Cómo me siento en este momento? ¿Cómo estoy?

- Usted aprendió cómo es la respiración diafragmática (grabación No. 2) y el escáner corporal (grabación No 3).

Y ahora sí, con este breve recordatorio de lo que vio en la primera sesión del programa: Manos a la obra! ¿Está listo para comenzar?

Es momento de que usted se regale un tiempcito para hacer las tareas de esta semana. Busque un lugar tranquilo, con el menor de distracciones posibles. Recuerde que están las tareas formales, en donde tendrá instrucciones específicas, y las tareas informales en las que usted puede elegir alguna actividad de su día y llevarla a cabo con atención plena.

¿Y si no encuentro el tiempo para llevar a cabo la práctica?

Es importante poder brindarse a sí mismo este espacio, pues la posibilidad de poder hacer algo para mejorar su salud, le pertenece primordialmente a usted, de ahí la importancia de que sea usted quien se procure este tiempo. Al principio bastara con unos minutos. Esto le ayudará a ubicar en qué momento es más

conveniente llevar a cabo la práctica formal. Una estrategia que puede funcionar es programar su práctica como cualquier otra actividad de su día, como bañarse o cocinar. Recuerde: **El querer es poder!**

SESIÓN 1

¿Qué es
la atención plena?

TAREAS DE LA SEMANA

Tareas formales

Tareas informales

- 1. Meditación en la respiración.** Una vez que eligió el lugar en donde llevará a cabo la práctica, ponga el disco que recibió al inicio del programa, escuchará la introducción y la grabación No. 2, titulada 'La meditación en la respiración'.
- 2. Meditación del cuerpo.** Este ejercicio es el No. 3 del disco, llévelo a cabo a la par que la grabación anterior.

Estás dos meditaciones las realizará diariamente. En la 'hoja de registro de práctica formal' que aparece en la siguiente hoja, anote lo que sintió durante la práctica.

Recuerde que, aunque las actividades cotidianas consuman nuestro tiempo, es muy importante dedicar un tiempo a la práctica de meditación, pues a través de ella usted empezará a fomentar su bienestar mental y emocional.

Usted podrá elegir el momento del día en que estará plenamente atento a lo que sucede. Incluso puede decidir estar plenamente atento el día completo!

- 1. Comer atentamente.** Observe con curiosidad, como lo haría un niño, como si fuera la primera vez que probara ese alimento y observe qué es lo que sucede ¿qué pasa en sus sentidos? ¿hay algunos pensamientos? No califique la experiencia como buena o mala, simplemente observe qué es lo que sucede.
- 2. Aplicar las 8 actitudes de la atención plena a su vida.** Por ejemplo, la actitud de 'no juzgar' no implica dejar de notar lo que nos gusta y lo que nos disgusta, sino que nos demos cuenta de qué es lo que surge en nosotros cuando algo nos gusta o no, sin juzgarnos por sentir de esa manera.

SESIÓN 1

¿Qué es
la atención plena?

HOJA DE REGISTRO DE PRÁCTICA FORMAL

Fecha y práctica formal	Hora	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen durante la práctica y cómo se siente después de hacerla
Ej. 12-06-2015	7:15 p.m.	Pienso que tendría que estar haciendo otras cosas en lugar de estar ahí acostado. Al principio siento que mi respiración es muy rápida, pero poco a poco respiro más lento y profundo. Al terminar el ejercicio me siento más despejado de la mente y más tranquilo para poder hacer las cosas que tengo pendientes.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		



SESIÓN 2

El papel del cuerpo en la atención plena.

Recordatorio de la sesión:

- Revisamos **'las trampas de la mente'**, dijimos que son hábitos que funcionan automáticamente y que intensifican el estrés y el malestar. Pero al reconocerlas cuando surgen, podremos disminuir su fuerza.

SESIÓN 2

El papel del cuerpo
en la atención plena.

- 1. Pensamientos negativos de uno mismo.** Decirnos a nosotros mismos que las cosas están mal o que nosotros estamos mal. Frases comunes son: “qué tonto soy”, “no sé hacer bien las cosas”, “todo lo malo que me pasa en mi culpa”, etc.
- 2. Catastrofizar.** Creer que pasará lo peor. Ejemplo “Llegué tarde al trabajo, de seguro me van a correr”
- 3. Exagerar lo negativo y descartar lo positivo.** Un ejemplo sería “Me siento mejor, pero aún hay tanto que tengo mejorar”.
- 4. Leer la mente.** Creemos saber lo que los demás están pensando, sin tener evidencia de ello. Un ejemplo sería “De seguro no me quiso saludar porque está enojada conmigo”.
- 5. El perfeccionismo.** Al no permitirnos cometer errores, nos obligamos a defender nuestras opiniones y acciones ‘con uñas y dientes’
- 6. El debería.** Es actuar sólo sobre ideas de cómo ‘deberían’ ser las cosas. De ahí el grado de frustración o enojo al no lograrlo. Ejemplo “Yo debería hacerme cargo...”
- 7. Culpabilidad.** Responsabilizarnos por lo que les sucede a los demás o culpar a los demás por lo que nos sucede a nosotros. Pensar así nos deja sin la oportunidad de hacer algo para cambiar las cosas.

Recuerde que desde la atención plena estos pensamientos no son hechos, sino eventos mentales que surgen, pasan y desaparecen, sin sentir que usted es esos pensamientos.

Lo importante será que indague en su experiencia de cuerpo y mente y descubra cómo se sienten estos pensamientos.

SESIÓN 2

El papel del cuerpo
en la atención plena.

¿Qué hago si al meditar me siento enojado, triste, ansioso o con miedo?

¿Acepto la manera en cómo me siento o debo esperar a sentirme bien para meditar?

Lo primero que tiene que saber es que 'aceptar' no es sinónimo de 'aguantar', es decir, si acepta sus emociones es porque puede estar bien y en paz con ellas, si eso no sucede es que solamente se está 'aguantando' y la sigue pasando mal. Rechazar lo que está sintiendo tampoco ayudará en nada. Una forma de trabajar con las emociones aflitivas durante la meditación es empezando a reconocer la sensaciones que provoca. La atención plena le permite reconocer esas emociones sin reprimirlas, ni 'aguantarlas' pues aun cuando duelan o generen malestar, también son parte de la vida (lo mismo que aquellas que generan gozo). En la medida en que se resista a ellas, sólo se harán más persistentes, generando más malestar y dolor. Hacer un cambio entre luchar con una emoción y acompañarla, propicia un cambio de actitud en la relación con el malestar, reduce la intensidad del sufrimiento que provoca. Acompañar el malestar significa reconocer lo que ocurre en nuestra mente y en nuestro cuerpo, recibirlo con apertura y amabilidad suficiente para que las sensaciones y emociones que lo acompañan puedan moverse como necesiten.

Si mientras medita experimenta alguna emoción aflitiva (enojo, frustración, tristeza, etc.), ábrale un espacio para que pueda presentarse tal como es, sin querer que sea distinta y sin evitarla. Observe qué es lo que sucede en su cuerpo, qué sensaciones acompañan a esa emoción, incluso qué pensamientos surgen. Pero recuerde No se dejé atrapar por ellos! Solo obsérvelos. Al principio puede ser un poco difícil porque apenas lo está aprendiendo a hacer, pero conforme practique, le irá siendo más fácil. Esta manera de contactar con sus emociones, a través de las sensaciones, le puede ayudar a señalarle cuando una emoción de ese tipo está a punto de surgir. Y se irá dando cuenta de cómo las emociones son transitorias, que al no oponer resistencia, terminaran por desvanecerse más temprano que tarde.

SESIÓN 2

El papel del cuerpo
en la atención plena.

TAREAS DE LA SEMANA

Tareas formales

1. Continuar con la meditación en la respiración, grabación No. 3 del disco,
2. Continuar con la meditación del cuerpo, grabación No. 5 del disco.

Tareas informales

1. Continuar practicando la atención plena al comer; o bien, ahora puede elegir alguna otra cosas, por ejemplo: cepillarse los dientes, lavar los platos, bañarse, etc. Y haga lo mismo que el ejercicio de comer atentamente. Hágalo de manera curiosa, observando sus movimientos y pensamientos, como si fuera la primera vez que lo hiciera. Es importante aclarar que el hacer las cosas con atención plena, no necesariamente significa hacerlo lento, ni mucho menos narrando cada cosa que hacemos. Sólo significa estar atentos a lo que hacemos en ese momento. Al principio puede llevar un poco más de tiempo porque no estamos acostumbrados a hacer las cosas de esas manera, pero sea paciente y compasivo con usted mismo, no se juzgue, ni se presione. Recuerde que usted está aprendiendo algo nuevo.
2. De manera intencional, esté atento al surgimiento de las 'trampas de la mente'. Puede ser que las note cuando están a punto de surgir, cuando está en medio de ellas o cuando ya pasó. No importa en qué momento se dé cuenta, lo importante es que lo note y diga '¡Ahh!', así nada más. No espere otra cosa, con ese ¡Ahh! Es suficiente. Recuerde ser compasivo con las emociones que surjan, tampoco trate de cambiarlas, solo obsérvelas y recíbalas. Haga este ejercicio durante la semana cada vez que se presente la ocasión.
3. Finalmente, durante la semana ponga atención a eventos o situaciones que para usted sean agradables, que le gustan. Por ejemplo: 'Ir a su clase de zumba' o 'tomarse un descanso por las tardes'. Elija una situación por día y descríbala tal y como se indica en el cuadro que se llama 'eventos agradables'.

SESIÓN 2

El papel del cuerpo
en la atención plena.

HOJA DE REGISTRO DE PRÁCTICA FORMAL

Fecha y práctica formal	Hora	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen durante la práctica y cómo se siente después de hacerla
Ej. 15-06-2015 Meditación en el cuerpo.	9:30 am.	Empecé la práctica muy gustosa(o), pero al poco rato me empecé a preocupar, me acordé de los análisis que tengo que hacerme, de lo que me cuestan, quise levantarme. Pero me di cuenta que eso no arreglaría nada, con trabajos seguí con la meditación y cuando la termine, al menos sentí que hice algo en el día por mi salud.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

SESIÓN 2

El papel del cuerpo
en la atención plena.

TABLAS DE EVENTOS AGRADABLES

	¿Cuál fue la experiencia?	¿Cómo sintió su cuerpo, a detalle, durante esa experiencia?	¿Qué pensamientos o imágenes acompañaron el evento? (describalos)	¿Qué estados de ánimo, sentimientos y emociones acompañaron el evento?	¿Qué pensamientos pasan por su mente mientras escribe esto?
Ejemplo	Observar el atardecer desde la ventana de la casa.	Sentí una ligereza en todo el cuerpo, mi respiración estaba relajada.	Pensé que siempre hay cosas a nuestro alrededor que nos hacen sentir bien.	Me sentí contenta de poder mirar todos esos colores en el cielo.	Que no puedo creer que me haya dado el tiempo para hacerlo. Qué bueno!
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					



SESIÓN 3

Atención plena en movimiento, Yoga

Recordatorio de la sesión:

- En las dos sesiones anteriores, revisamos la importancia que tiene el cuerpo para contactar nuestra mente, es decir, el cuerpo como un vehículo y a la vez como un receptor de nuestras emociones y pensamientos. En la 3ra sesión iniciamos las prácticas de meditación en movimiento: los ejercicios de yoga.

SESIÓN 3

Atención plena en
movimiento, Yoga.

A continuación usted encontrará, en orden, la secuencia de posturas que se trabajaron en la sesión. Recuerde que es muy importante lo que se mencionó durante los ejercicios acerca de que haga solo aquellas posturas que le sean cómodas y amigables, sea amable con su cuerpo y escuche sus mensajes. No se fuerce a hacer movimientos o posturas que le causen dificultad. La clave para saberlo es estar totalmente presente al momento de realizar los ejercicios, de manera que se propicie una sincronía, una unión entre su cuerpo y su mente.

Si tiene alguna duda o no está segura de alguna de las posturas que aquí se muestran, contacte a la instructora y hágaselo saber. De lo contrario Adelante!

LÁMINAS

SESIÓN 3

Atención plena en movimiento, Yoga.

A partir de esta tercera semana de programa, usted cambiará los ejercicios de meditación en la respiración y el escáner corporal, por los ejercicios suaves de yoga.

TAREAS DE LA SEMANA

Tareas formales

- 1. Práctica meditativa de Yoga.** Elija el lugar en el que llevará a cabo su práctica y utilice los dibujos que le muestran cómo hacerlo.
- 2. Práctica meditativa de la respiración.** Complementario a los ejercicio de Yoga, continúe practicando con la grabación No. 3 del disco 'atención a la respiración'.

Tareas informales

1. Continúe realizando alguna de las actividades de su vida cotidiana con atención plena, ya sea comer, bañarse, cepillarse los dientes, etc.
2. Observación de eventos desagradables: Así como la semana pasada puso atención a eventos agradables de su vida, esta semana le pedimos poner atención a los eventos desagradables y registrar uno por día en el formato que se llama 'eventos desagradables' que se encuentra más adelante.
3. Identificar momentos en que actúa de forma automática. Esta semana identifique los momentos durante el día en que notó que estaba actuando en piloto automático, es decir, que no era consciente de lo que hacía, sino hasta después de un rato. También observe en qué circunstancias ocurre esto.

SESIÓN 3

Atención plena en movimiento, Yoga.

HOJA DE REGISTRO DE PRÁCTICA FORMAL

Fecha y práctica formal	Hora	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen durante la práctica y cómo se siente después de hacerla
Ejemplo. 15-06-2015 Meditación a la respiración.	20:30 hrs.	Al principio mi respiración estaba muy agitada, entonces trate de calmarla, pero más se agitaba; así que empecé a contar mentalmente para sincronizarme con ella y al final de la meditación me di cuenta que entré más me esforzaba por cambiar lo que pasaba, menos lo lograba.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

SESIÓN 3

Atención plena en movimiento, Yoga.

TABLAS DE EVENTOS DESAGRADABLES

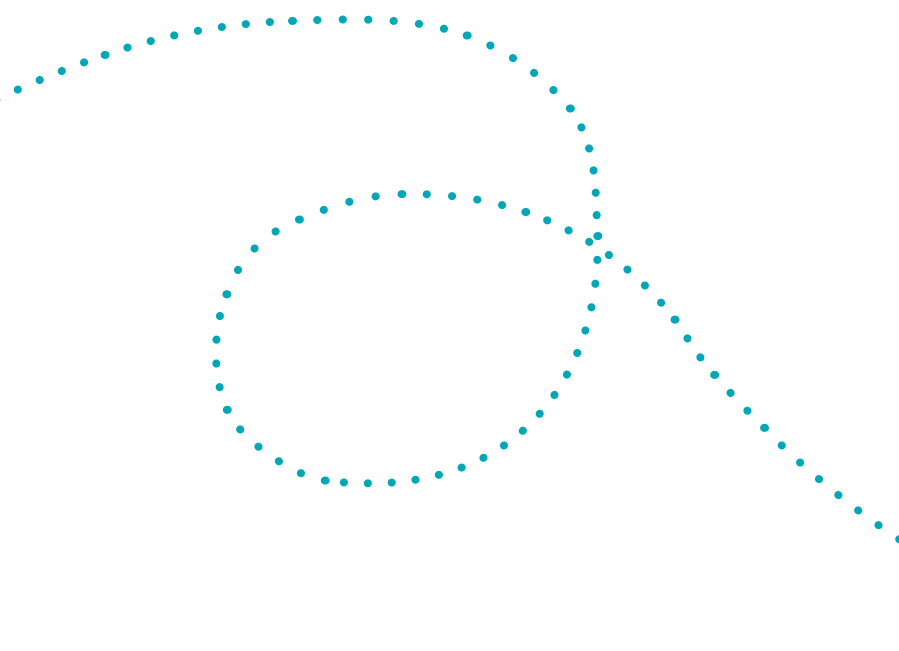
	¿Cuál fue la experiencia?	¿Cómo sintió su cuerpo, a detalle, durante esa experiencia?	¿Qué pensamientos o imágenes acompañaron el evento? (describalos)	¿Qué estados de ánimo, sentimientos y emociones acompañaron el evento?	¿Qué pensamientos pasan por su mente mientras escribe esto?
Ejemplo.	Discutí con mi hijo.	Sentí que apretaba los dientes, sentí calor en todo el cuerpo, sobretodo en la cara.	Me dije que mi hijo ya no me hace caso, que era un desobediente, pero que yo lo había hecho así	Estaba muy enojada, pero también muy triste porque las cosas parecían ir de mal en peor.	Que no quería escribir, pero lo hice porque quiero hacer algo para ya no sentirme así.
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					



SESIÓN 4

¿Qué es el estrés?

Recordatorio de la sesión:

- En la sesión de esta semana revisamos qué es el estrés y las consecuencias que tiene para nuestra salud física y mental. Vimos que gran parte del problema se debe a los hábitos reactivos que nos hacen actuar sin ser conscientes del todo, de la manera en que estamos reaccionando.
- 

SESIÓN 4

¿Qué es el estrés?

- Vimos la importancia que tiene estar atentos en la vida cotidiana, de manera que, cuando se presente situaciones que nos provoquen estrés podamos reconocerlas y responder de una manera distinta a como siempre lo hacemos. Revise lo que pasa en el cuerpo, en los pensamientos y en las emociones ¿Cómo se siente? ¿Hay algo que esté rechazando? Recuerde no juzgar lo que sucede, sólo nótelos y esté atento a ver qué es lo que pasa.
- Es casi natural que evitemos estar con las sensaciones desagradables, (enojo, tristeza, coraje, etc.), pero es cuando la práctica de la atención plena se vuelve más poderosa, pues estará dispuesto a hacer frente a algo, que si bien no es grato, también es parte de la vida. Un maestro mío, suele llamar a esta disposición 'sentarse en el ácido', sentarse a ver de qué está hecho, cómo se siente, y observar las reacciones que surgen en ese momento. La clave está en sólo observar lo que sucede, SIN crear una historia de ello.

¿Qué pasa si al observar mis sensaciones en el cuerpo simplemente no siento nada?

Pues entonces resulta que la sensación es neutra, así como hay sensaciones agradables y desagradables, también están las sensaciones neutras, en donde aparentemente no se siente nada. Un área del cuerpo en donde es frecuente que ocurra, es en las rodillas y las pantorrillas o los pies. No pasa nada si al explorar se encuentra con sensaciones neutras, es parte de la experiencia. Sin embargo, al desarrollar la atención plena, podrá ir profundizando, con curiosidad, cómo es la sensación. Podrá alimentar su atención

hacia las sutilezas de las sensaciones. Pongamos como ejemplo el mar: si lo observamos desde la superficie solo veremos sus movimientos a través del oleaje, pero si nos metemos en él, podremos sentir la temperatura del agua, la arena bajo los pies, la espuma de las olas, de manera que lo experimentamos de una manera distinta y más profunda que si sólo nos quedamos mirando en la superficie.

TAREAS DE LA SEMANA

Tareas formales

Tareas informales

1. Continuar con la práctica meditativa de yoga. Utilice los dibujos para guiarse. Es probable que para esta semana usted descubra cosas de su cuerpo que no percibió la semana pasada, ponga atención, verá que, aunque aparentemente es lo mismo, puede haber algo sutil que no lo es, que ya cambio, nótelo y regístrelo en su hoja de 'práctica formal'.
 2. Continuar con la práctica de la respiración. Grabación No 3. Hágalo con curiosidad, experimentelo con el cuerpo, con la piel, permítase notar qué pasa. No trate de controlarla, ella sabiamente funciona por sí sola, sólo nótelas.
1. Eventos agradables como desagradables. Así como lo hizo durante las dos semanas anteriores, que notó primero, hechos agradables, y después, hechos desagradables de su vida. Esta semana hará lo mismo, pero usted elegirá cuál de los dos registrar, y lo hará en su hoja.
 2. Preste atención a sus reacciones emocionales, sin tratar de cambiarlas. Note cómo reacción. Por ejemplo, si está enojado, cómo reacciona a ese enojo, si grita, si se aparta de la gente. Pero es muy importante que solamente lo note, no que se regañe o se juzgue por lo que hace, solo sea consciente y diga 'ajá!'. Puede ser que mientras la emoción es intensa no lo vea, pero puede darse cuenta después, una vez que la emoción es menos intensa y dominante. Note cómo se siente sentirse atrapado o bloqueado por esas emociones. Sea paciente y amable con usted mismo, las emociones desagradables también son parte de nosotros, no tenemos por qué rechazarlas o culparlas. Sea compasivo con ellas y con usted, que al fin y al cabo no son dos cosas separadas.
 3. Observe cuáles son los hábitos más comunes en usted, tanto los buenos, como los malos. La idea es que pueda notarlos porque al estar tan automatizados en nosotros, no los vemos y, entonces, es difícil que podamos hacer algo para cambiarlos.

HOJA DE REGISTRO DE PRÁCTICA FORMAL

Fecha y práctica formal	Hora	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen durante la práctica y cómo se siente después de hacerla
Ejemplo. 20-06-2015 Ejercicios de yoga.	10:30 am.	Al iniciar los ejercicios de yoga me di cuenta que es la meditación que más me gusta, aunque me cuesta trabajo algunos ejercicios, disfruto mucho mover lentamente diferentes partes del cuerpo. Hoy me dolía un poco la espalda y después de los ejercicios el dolor disminuyó.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

TABLAS DE EVENTOS AGRADABLES/ DESAGRADABLES

	¿Cuál fue la experiencia?	¿Cómo sintió su cuerpo, a detalle, durante esa experiencia?	¿Qué pensamientos o imágenes acompañaron el evento? (describalos)	¿Qué estados de ánimo, sentimientos y emociones acompañaron el evento?	¿Qué pensamientos pasan por su mente mientras escribe esto?
Ejemplo.	Sentarme a escuchar un disco que me gusta mucho.	Relajado y cálido.	Pensé: 'hacia mucho no ponía ese disco, qué bueno que lo hice!'	Me sentí contenta por haberme complacido a mí misma.	Estoy haciendo mi tarea...
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					

Marque con una 'A' si fue agradable, o con un 'D' si fue desagradable.



SESIÓN 5

¿Cómo ayuda la atención plena a reducir el estrés?

Recordatorio de la sesión:

- Se explicó que la meditación sedente lleva a la integración del cuerpo, la respiración, los pensamientos y las emociones.
- Para estas alturas es casi seguro que ya haya logrado hacer un tiempo para meditar. Si no es así, si aún encuentra muy difícil hacer ese espacio, pregúntese si necesita algún tipo de ayuda para lograrlo. Por ejemplo, puede pedirle a los demás miembros de la familia un poco de silencio mientras práctica.

SESIÓN 5

¿Cómo ayuda la atención plena a reducir el estrés?

- Es importante mantener un equilibrio entre no agobiarse por meditar, pero también buscar la manera de hacerlo. La atención plena se puede practicar en cualquier momento y situación de la vida. De hecho, Esa es la idea! Llevar la atención plena a donde quiera que vaya, pues la atención plena está en la vida misma.

La mente comparada con un chango inquieto!

¿Por qué es tan importante hacerse del hábito de meditar, sea sentado, caminando o recorriendo el cuerpo, exclusivamente?

Porque de esta manera logrará entrenar y enseñar a la mente a cómo hacerlo cuando está inmerso en las actividades de la vida cotidiana. Como ya habrá notado, hacer esto no es cosa fácil, la mente se revela a través de los hábitos de siempre: 'quiero esto', 'ya no lo quiero', '¿qué hago aquí? Necesito hacer lo que siempre hago!!'. En algunos textos se equipara a la mente como a un changuito inquieto saltando de cuerda en cuerda sin poder parar y sin poder permanecer en un solo sitio. Así que imagine que la meditación formal es la forma amable y compasiva de enseñar a ese changuito a morar en un solo lugar. Tal vez surjan resistencias y se diga así mismo 'pero, así soy, y así he sido toda mi vida'. Ese no es el problema, el problema surge cuando el ser 'así' se vuelve algo doloroso y aflictivo y, entonces, eso mismo se vuelve la razón para buscar formas más eficaces y gozosas de estar con uno mismo.

¿Qué hago si, por más intentos que hago, mis pensamientos me atrapan?

Recuerde que todo lo que sentimos 'está en constante cambio'. Todo lo que ve, escucha, saborea, siente o huele está en constante transformación. Lo mismo sucede con los pensamientos: surgen, pasan por la mente y terminan por desvanecerse. La meditación consiste en darse cuenta de esto, de que los pensamientos no son cosas fijas y permanentes en la mente. Lo que sucede es que cuando las emociones son muy intensas, así lo sentimos. Nos creemos las versiones de las cosas que nos contamos, nos convertimos en nuestros pensamientos. No olvide que son

pensamientos automáticos que llevan mucho tiempo andando por cuenta propia. La meditación es una oportunidad y un espacio para que explore esto. Una analogía que se emplea muy comúnmente como ejemplo, es ver a pensamientos como nubes en el cielo: que se forman, pasan por el cielo y terminan desvaneciéndose al paso mismo, y así una y otra vez. Así que cuando sienta que está a punto de ser atrapado por la fuerza de esos pensamientos o que ya lo atrapó, puede tomar el ejemplo de las nubes para explorarlos desde esa nueva manera.

SESIÓN 5

¿Cómo ayuda
la atención plena
a reducir el estrés?

El espacio de los tres minutos'. Lleve a cabo lo siguiente:

Deja de hacer lo que está haciendo, ya sea cocinar, alistarse para salir a la calle, etc. y hace voluntariamente una pausa. Puede cerrar sus ojos, eso le facilitará la concentración y la calma. Entonces empieza, como siempre, por notar su respiración, note si es una respiración agitada, corta, o es calmada, después lleve su atención a cómo se siente en ese momento, no haga nada, sólo observe y nótele, ¿está pensando en algo en particular? Nótele y siga observando. Cuando esté lista(o), vaya saliendo poco a poco del ejercicio e incorpórese de nuevo a su actividad. Este ejercicio lo puede llevar a cabo cuantas veces quiera o necesite. Es un ejercicio corto y accesible.

TAREAS DE LA SEMANA

Tareas formales

1. Continuar con la práctica de la atención a la respiración (No. 3).
2. Meditación sedente. Trabajé con la meditación No. 7 del disco. La No. 6 es la introducción, así que ésta no la tiene que escuchar siempre. En caso de que lo desee puede alternar esta práctica con la de yoga.

Tareas informales

1. Continuar aplicando la atención plena en alguna actividad cotidiana a lo largo del día.
2. Prestar atención a los hábitos, tanto a los que contribuyen a la salud como a los que no e identificar qué otras opciones de responder a ellos tiene.

SESIÓN 5

¿Cómo ayuda
la atención plena
a reducir el estrés?

HOJA DE REGISTRO DE PRÁCTICA FORMAL

Fecha y práctica formal	Hora	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen durante la práctica y cómo se siente después de hacerla
Ejemplo. 25-07-2015 Meditación sedente.	20:30 hrs.	Al iniciar la práctica me sentí muy tranquilo, pero conforme pasaba el tiempo, empezaba a pensar en el dolor de mi rodilla. Hubo un momento en que era lo único en lo que podía pensar, pero después recordé volver a mi respiración y poco a poco pude concentrarme en la grabación. Al final ya no noté el dolor de la rodilla.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

SESIÓN 5

¿Cómo ayuda
la atención plena
a reducir el estrés?

REFLEXIONES SOBRE LA TAREA INFORMAL

Práctica	¿Cuál fue la situación?	¿Qué fue de lo que me di cuenta antes?	¿Qué fue de lo que me di cuenta después?	¿Qué fue lo que aprendí?
Ej. Lavar los trastes.	Lavaba los trastes cuando me di cuenta de que todo el tiempo estaba pensando en mis pendientes del día.	Me sentía nerviosa. De mis pensamientos: "No voy a lograr terminar todo a tiempo". Sensaciones: Apretaba mucho los dientes.	Me di cuenta de todo lo que estaba pensando y dejé de apretar los dientes. Puse atención a la sensación del agua y el jabón en mis manos y note lo agradable de la sensación.	Que al hacer las cosas mientras pienso en algo distinto no me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo y solo hasta que siento malestar en él puedo relajarlo.
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				



SESIÓN 6

La atención plena y la bondad hacia uno mismo.

Recordatorio de la sesión:

- La sesión anterior se revisó la meditación sedente y la meditación de la bondad.
- En la meditación de la bondad se exploró el reconocimiento hacia usted mismo, el amor y la bondad que puede ser capaz de generar hacia su persona. En la segunda parte de la meditación se fueron integrando a otras personas, tanto emocionalmente cercanas, como lejanas. Esto con la idea de propiciar vínculos más sanos con las personas que le rodean.

SESIÓN 6

La atención plena
y la bondad hacia
uno mismo.

- El trabajo de esta semana será continuar con la estas meditaciones en la secuencia que usted elija y poner atención a si tienen algún efecto en su relación con los demás. Si esto no sucede, está bien, recuerde que no está buscando lograr nada, sólo está explorando caminos que no conocía.

Cuando hago la meditación de la bondad, a veces, encuentro cosas que no me gusta y termino sintiéndome mal ¿qué hago?

La meditación toca aspectos muy sensibles para cualquier persona, pero también muy sanadores; sin embargo puede ser que descubra ciertos sentimientos contradictorios como miedo, coraje, culpa, etc. Esto es debido a que está contactando emociones o vivencias que no estaban del todo presentes. Aquí lo importante es darles un espacio en su mente y en su corazón para verlas. Puede verlas como niños inquietos que lloran porque están asustados, igual que usted, no saben qué hacer. Pero ¡ojo! No se enrede en la historia que traen consigo, solo acompañe con su atención lo que surge en su cuerpo, en sus pensamientos, en sus emociones cuando surgen. También puede suceder que al intentar expandir

esa bondad hacia otras personas, esto le resulte difícil o molesto. No luche en contra de eso, quizás aún no es el momento de forzarse a hacer algo de lo que no está seguro. Siga practicando y dele tiempo a la práctica para que surja lo que tenga que surgir. La intención de la meditación es brindarle esa bondad y compasión, y por tanto, una sensación de paz y aceptación. Así que cuando la haga y comience a sentirse de manera desagradable, es muy probable que se esté dejando llevar por las narrativas de sus pensamientos. Ese es el momento para aplicar la atención plena.

SESIÓN 6

La atención plena
y la bondad hacia
uno mismo.

TAREAS DE LA SEMANA

Tareas formales | Tareas informales

1. Practicar la meditación sedente apoyándose de la grabación No. 7. Esta práctica la puede alternar con la meditación de la bondad.
1. Continuar aplicando la atención plena en alguna actividad cotidiana a lo largo del día.
2. Prestar atención a los hábitos, tanto a los que contribuyen a la salud como a los que no e identificar qué otras opciones de responder a ellos tiene.

SESIÓN 7

La atención plena y relación con los otros.

Recordatorio de la sesión:

- En la sesión anterior se revisó la importancia de propiciar relaciones sanas con los demás y que lo primero que tiene que hacer es fomentar amor, aceptación y bondad hacia sí mismo.
- Se identificaron los estilos en que las personas solemos relacionarnos con los demás. Se habló de tres categorías generales:

SESIÓN 7

La atención plena y relación con los otros.

- 1. El estilo pasivo.** Se caracteriza por una forma de relacionarse con los demás de manera inactiva, es decir, se da poco valor a las propias decisiones y opiniones, se confía más en las decisiones de los otros. No se expresan las opiniones por miedo a la crítica de los demás. En este estilo de relación, con frecuencia, las personas prefieren pasar de largo ante la mirada de otras personas, hay miedo a tomar riesgos o responsabilidades a nivel personal.
- 2. El estilo agresivo.** Se caracteriza por comportarse de manera autoritaria, individualista, prepotente. No se considera el derecho y respeto por las demás personas, lo más importante es el beneficio personal. Pero aún detrás de estas conductas, es frecuente que las personas se sientan temerosas o amenazadas ante algo, razón por la que exageran sus defensas hacia los demás.
- 3. El estilo asertivo.** Este estilo es el más conveniente de los tres, ya que implica un punto medio o un equilibrio entre los dos extremos anteriores. Se caracteriza por estar en contacto con las propias necesidades y emociones. Requiere que la persona sepa lo que quiere y tomando en cuenta que hay personas a su alrededor. Para llegar a este punto, en el curso hemos trabajado en el reconocimiento y la consciencia del propio cuerpo, de las sensaciones, la manera en cómo las emociones y los pensamientos se manifiestan a través del cuerpo. Ha explorado la manera en cómo contactar emociones desagradables o dolorosas, pero también cómo cultivar aquellas agradables y reconocerlas en su vida diaria. Ha llevado un diario de las reflexiones que pueden surgir de estas exploraciones y muy recientemente ha trabajado en una práctica meditativa que le ayuda a conectar con el amor y la compasión hacía sí mismo.

SESIÓN 7

La atención
plena y relación
con los otros.

El trabajar en la manera en que se relaciona con los demás, no es una forma de 'quedar bien' o de 'hacer lo socialmente correcto', sino de relacionarse con los demás desde el auto-conocimiento, desde la libertad de decidir lo que usted quiera, considerando la contribución de los demás en su vida. Es común que los seres humanos nos experimentemos como seres separados e independientes, y en parte así es, pero también es cierto que dependemos de la relación con los otros para sobrevivir, de otra manera, no lo lograríamos. Para comprobar que lo que le digo no es solo un discurso, haga lo siguiente:

Piense en lo que comió el día de hoy, después comience a preguntarse ¿cómo es que esa comida llegó hasta su mesa?, seguramente usted la preparó, pero ¿cómo obtuvo los ingredientes para cocinar? Y esa persona que se los vendió ¿de dónde los obtuvo? ¿cómo llegó hasta ella los ingredientes? Alguien debió transportar el alimento desde algún punto del país. Es muy probable que alguien haya cultivado esa verdura o haya criado a ese animal. Y así en cada una de las cosas que hay en nuestra vida.

¿Puede notar esa conexión con los demás?

SESIÓN 7

La atención
plena y relación
con los otros.

¿Qué pasa si con todo y que lo intente hay algunas relaciones, con otras personas en mi vida, que siguen siendo malas?
O si no logro conectarme con los demás como quisiera.

Lo primero que debe tener en cuenta es que al igual que sucede con la manera habitual en que reacciona al estrés (condicionado por viejos y fuertes hábitos automáticos), lo mismo sucede en la forma de relacionarse con los demás: está condicionada por viejos hábitos de cómo creemos que somos nosotros y de cómo son los demás. Empiece con las cosas más sencillas, eso le irá dando la confianza para hacer frente a aquellas que no lo son tanto.

Por ejemplo, no es lo más conveniente empezar con aquellas relaciones dañadas de hace tiempo que encierran demasiados conflictos, porque lo más probable es que aún siga resultando difícil la interacción. Puede empezar por mantener las que son buenas, por ejemplo, cuando esté en una conversación con otra persona, mientras platica, obsérvese a usted mismo ¿qué tan atento está a lo que le están platicando? ¿En verdad tiene la disposición de escuchar a la otra persona? puede ser que este pequeño ejercicio le ayude a identificar la manera en cómo se está relacionando con los demás.

Y puede ser que con el tiempo y la práctica, usted esté listo para enfrentar esas otras relaciones difíciles. Además de ello, puede que haya relaciones difíciles porque las personas involucradas también son difíciles, es importante que aprenda a reconocer cuando no solo depende de usted el que la relación mejore, pero sí es el caso Adelante!

Para lograr la conexión cuando parece algo difícil, puede ayudarle que explore, desde la atención plena ¿qué es lo que lo hace difícil? ¿Existe alguna especie de miedo hacia algo? ¿a qué? Recuerde que más que buscar respuestas concretas, lo que está buscando es el contacto directo con la experiencia, es decir, en qué parte del cuerpo se siente ese malestar, esa dificultad, qué piensa mientras lo piensa. De esta manera, aquello que parece tan sólido y certero, mostrará que no es necesariamente así y que, más bien, es algo que sea ha fijado así a lo largo del tiempo y las experiencias.

SESIÓN 7

La atención plena y relación con los otros.

Esta semana las tareas formales tendrán algo distinto: NO utilizará las grabaciones. El objetivo de las grabaciones con las que realizó sus prácticas meditativas, fue el de ser un apoyo para usted. Pero ahora que está próximo a concluir su participación en el programa, es conveniente que vaya adquiriendo confianza en usted mismo para que pueda practicar, poco a poco, bajo su propia guía, los ejercicios. Véalo como un ejercicio más, sólo en caso de que le resulte muy difícil, puede utilizar las grabaciones. Esto también tiene una ventaja, pues usted podrá elegir, entre todas las meditaciones que ha hecho, cuáles practicar durante la semana. O sea que si, por ejemplo, le vino mejor el escáner del cuerpo, puede regresar a él y alternarlo con alguna otra. El objetivo es que usted mismo vaya encontrando la forma y la meditación que mejor le funcione. Por lo demás, todo sigue igual, la frecuencia con la que ha de practicar será la misma, al menos cinco días de la semana.

TAREAS DE LA SEMANA

Tareas formales | Tareas informales

Practicar las meditaciones que se han llevado a cabo en el programa a selección personal, pero sin la ayuda de las grabaciones. De todas las prácticas que ha hecho: a) escáner del cuerpo, b) con atención centrada en la respiración, c) ejercicios de yoga, d) meditación sedente, e) meditación de la bondad; elija la que quiera trabajar durante la semana y póngala en práctica, puede elegir una distinta cada día.

1. Revisar las tareas realizadas en el cuaderno de tareas a manera de identificar dudas o puntos que les resulten importantes retomar para que sean abordados en la siguiente sesión.
2. Continuar con la práctica de la atención plena en alguna actividad de la vida cotidiana.
3. Practicar el relacionarse con los demás desde la atención plena.

SESIÓN 7

La atención plena y relación con los otros.

HOJA DE REGISTRO DE PRÁCTICA FORMAL

Fecha y práctica formal	Hora	Pensamientos, sentimientos y sensaciones que surgen durante la práctica y cómo se siente después de hacerla
Ejemplo. 12-08-2015 Meditación en el cuerpo	12:30 hrs.	Elegí esta meditación porque es la que más me gusta. Cuando empecé tenía sueño, y al principio estuve a punto de quedarme dormida, pero cuando llegue al pecho, empecé a explorar la sensación que tenía y eso me fue guiando el resto de la meditación. Al terminar tenía más energía y me sentí bien.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

SESIÓN 7

La atención plena y relación con los otros.

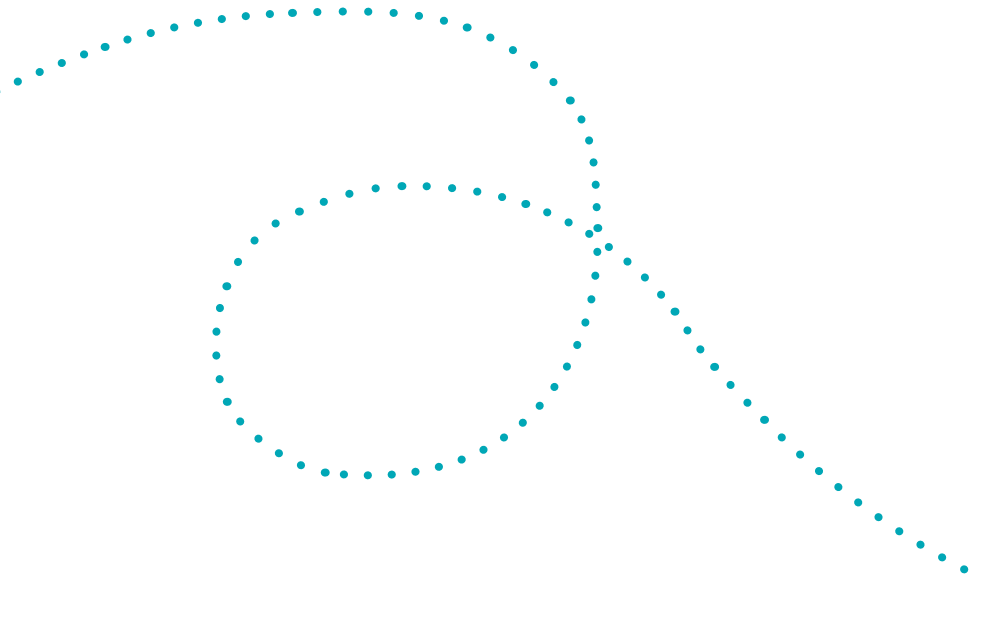
REFLEXIONES SOBRE LA TAREA INFORMAL

Práctica	¿Cuál fue la situación?	¿De qué me di cuenta antes de la situación?	¿Qué fue de lo que me di cuenta después?	¿Qué fue lo que aprendí?
Ejemplo. 24-08-2015. La relación con los demás.	Estábamos comiendo y mi hija me estaba platicando cómo le fue en su trabajo.	En realidad de nada, estaba pensando en que había discutido con mi hijo el mayor.	De que por estar pensando en esa discusión no puse atención a lo que me platicaba.	Que con mucha frecuencia platico con las personas, pero mientras estoy pensando en otras cosas.
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				



SESIÓN 8

El mantenimiento de la práctica en la vida diaria.



¡Felicidades! Hemos llegado al final del programa y usted logró mantener el compromiso por mejorar su salud y su bienestar emocional. Recorrió ocho semanas abierto a aprender formas de hacer frente a las situaciones que nos presenta la vida día a día, pero de una manera receptiva y atenta. Usted mismo ya ha comprobado los beneficios de una mente despejada y receptiva a las emociones, sensaciones, pensamientos y formas de actuar que experimenta en cada momento de su vida. Ahora es momento de afianzar ese compromiso hacia usted, de mantener la práctica todos los días, como lo hizo durante estas ocho semanas.

SESIÓN 8

El mantenimiento
de la práctica en la
vida diaria

Durante el programa usted contó con el apoyo de las sesiones y el trabajo en compañía de sus compañeros. A partir de este momento, cuenta con su experiencia y aprendizaje para aplicar este conocimiento acerca de usted mismo en su vida, en todo lo que hace, incluyendo los momentos agradables como los desagradables. En este momento es donde comienza la verdadera práctica, en el sentido de incorporarla lo más posible a su vida. Sin embargo, si usted lo considerara necesario, puede contactarnos y nosotros le podremos ofrecer apoyo en lo que lo requiera.

Así mismo cuenta con el material de apoyo necesario para continuar con la práctica por su cuenta. Cuenta con este manual que lo guía en el contenido de las sesiones y sus tareas, cuenta con el disco que contiene las grabaciones que guían las prácticas meditativas. Y lo más importante cuenta con la atención plena que cultivó durante el programa para estar atento a cada momento.

Seamos honestos y reconozcamos que así como hubo obstáculos a lo largo del programa, es muy probable que se presenten en su práctica cotidiana. Por ejemplo, puede sucederle que al principio esté muy entusiasmado por continuar con las prácticas, pero que al paso del tiempo ese entusiasmo vaya disminuyendo o vaya siendo desplazado por las actividades diarias. Pero está bien, es mejor advertirlo y ser creativos en qué es lo que puede hacer al respecto. Si bien no hay pasos o recetas, sí algunas sugerencias que le pueden ayudar a mantener el compromiso:

SESIÓN 8

El mantenimiento
de la práctica en la
vida diaria

- **Fíjese objetivos concretos y a corto plazo**, evite fijarse metas vagas como decirse ‘voy a continuar practicando lo que resta del año’. Sea mucho más específico. Al hacer su plan intente que responda a preguntas tales como ¿qué? ¿cuándo? ¿cómo? Por ejemplo, puede planear lo siguiente: ‘voy a meditar 5 días de esta semana, durante media hora, una vez que haya llevado a los niños a la escuela’. El hacer planes concretos le facilitará el llevarlos a cabo pues contará con cierta dirección.
- **No espere a practicar solo cuando tenga ganas o se sienta bien.** Esa opción es muy tentadora y con frecuencia la aplicamos en la vida. Sin embargo si se espera a tener ganas, es probable que el dominio de los viejos hábitos se lo impidan. Así que trate de crear cierta disciplina alrededor de la práctica, de esta manera, poco a poco se le irá facilitando el hacer las cosas. Recuerde que la atención plena es como una planta, que hay que cultivarla, observarla, ponerla al sol; de lo contrario no florecerá más. Pero tampoco se agobie, practicar la atención plena no es una obligación más. Es un gozo, un momento para cultivar amor hacia usted mismo. Así que haga lo que pueda hacer, pero trate de ser consistente.
- **No busque llegar a ninguna parte**, si bien es cierto que lograr cosas es agradable, con la práctica de la atención plena no está buscando ser mejor, sino simplemente sentirse bien con usted mismo y con lo que hay en su vida.

SESIÓN 8

El mantenimiento de la práctica en la vida diaria

Como ya se dio cuenta, a lo largo del programa, habrá momentos de cambios notables y en otras ocasiones parecería que nada sucede. Cualquiera de las dos cosas están bien, el cuerpo-mente tiene sus propios tiempos y hay que concedérselos. Recuerde que cualquier duda que surja puede contactarnos y con gusto le ayudaremos en lo que nos sea posible.

A continuación se presenta una tabla que contiene tanto las prácticas formales como las informales con el fin de que le sirvan como recordatorio y usted pueda elegir entre todas ellas con cuál trabajará.

Práctica formales	Práctica informales
<ul style="list-style-type: none">• Comer atentamente un grano de uva.	<ul style="list-style-type: none">• Comer, bañarse, cepillarse los dientes, lavar los trastes, caminar atentamente.
<ul style="list-style-type: none">• Chequeo atento.	<ul style="list-style-type: none">• Ejercitar las 8 actitudes de la atención plena a la vida cotidiana.
<ul style="list-style-type: none">• Respiración atenta.	<ul style="list-style-type: none">• Prestar atención a los hábitos y la manera de reaccionar a ellos.
<ul style="list-style-type: none">• Escáner corporal.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha atenta.
<ul style="list-style-type: none">• Yoga.	<ul style="list-style-type: none">• Relacionarse con los demás desde la atención plena.
<ul style="list-style-type: none">• Meditación sedente.	<ul style="list-style-type: none">• Espacio de los tres minutos.
<ul style="list-style-type: none">• Meditación de la bondad.	

Esperamos que todo lo vivido durante el programa pueda ser aplicado en su vivir cotidiano y que esté a su disponibilidad cada vez que usted lo necesite.