



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA) EL CAMINO DESDE EL  
MALESTAR HACIA EL DESARROLLO PERSONAL**

---



**Tesis doctoral  
MARÍA AMPARO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**

Las Palmas de Gran Canaria, 17 de noviembre, 2015



**D/D<sup>a</sup>.....SECRETARIO/A  
DEL DEPARTAMENTO  
DE..... DE LA  
UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,**

**CERTIFICA,**

Que el Consejo de Doctores del Departamento en su sesión de fecha.....tomó el acuerdo de dar el consentimiento para su tramitación, a la tesis doctoral titulada “.....  
...” presentada por el/la doctorando/a D/D<sup>a</sup>..... y dirigida por el/la Doctor/a.....  
.....

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 6 del Reglamento para la elaboración, defensa, tribunal y evaluación de tesis doctorales de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria, a...de.....de dos mil.....





**Anexo II**

**UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
PROGRAMA DE DOCTORADO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

**Título de la Tesis**

**MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA) EL CAMINO DESDE  
EL MALESTAR HACIA EL DESARROLLO PERSONAL**

Tesis Doctoral presentada por D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> AMPARO RODRIGUEZ SÁNCHEZ

Dirigida por la Dra. D<sup>a</sup>. JOSEFA MARIA RAMAL LOPEZ

**LA DIRECTORA**

**LA DOCTORANDA**

*Las Palmas de Gran Canaria, a 17 de noviembre de 2015*



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi Directora de Tesis Dra. D<sup>a</sup>. Josefa María Ramal López, por el apoyo prestado en todo momento y de quien he aprendido a estructurar toda la información recogida y mis conocimientos sobre el tema en un engranaje científico y flexible. Su enérgico y objetivo estímulo me ha alentado a seguir a pesar del desaliento puntual. A la vez que he disfrutado en igual medida de su amistad. Ella es responsable de gran parte de la calidad de este trabajo.

A Mérida, por su tesón, consejo continuo y su inestimable colaboración en el desarrollo del programa en el que ha puesto cariño, esfuerzo y dedicación durante 4 años.

A Almudena, por su dedicación, su asesoramiento y su rigor científico, su aportación crítica me ha permitido una visión del trabajo más amplia.

A Isabel Morales Maribel Rodríguez y Pepy Oramas, por su generosidad al regalarme su tiempo y dedicación.

A Marieta González, por su inestimable colaboración en las sesiones largas del programa que han requerido un espacio adecuado a la práctica del mismo.

A la Facultad de Ciencias de la Salud y al Departamento de Enfermería, por facilitar el uso de las aulas y los recursos materiales del Centro y del Departamento.

A mi madre, por su apoyo constante e incondicional.

A los hombres y mujeres que han participado en el programa de entrenamiento en Mindfulness y sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

*“El cerebro no es un vaso por llenar sino una lámpara por encender” (Plutarco, 46-120)*



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

Pág.

## PARTE I. MARCO TEÓRICO

	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.</b>	<b>MALESTAR PSICOLÓGICO.....</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>MINDFULNESS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1.</b>	<b>Definiciones de Mindfulness .....</b>	<b>11</b>
2.1.1.	Aproximaciones conceptuales del Mindfulness .....	16
2.1.1.1.	Mindfulness como proceso psicológico .....	16
2.1.1.2.	Mindfulness como constructo .....	21
<b>2.2.</b>	<b>Instrumentos de medida de Mindfulness .....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.</b>	<b>Bases budistas del Mindfulness.....</b>	<b>28</b>
2.3.1.	Fundamentos básicos .....	29
2.3.2.	Meditación Vipassana .....	35
2.3.2.1.	Métodos de práctica de la meditación Vipassana .....	37
<b>2.4.</b>	<b>Relación del Mindfulness con otros constructos psicológicos ...</b>	<b>38</b>
2.4.1.	Emociones .....	39
2.4.1.1.	Ira.....	42
2.4.1.2.	Ansiedad.....	44
2.4.2.	Regulación emocional y Mindfulness.....	46
2.4.3.	Resiliencia.....	50
2.4.4.	Atención ejecutiva.....	51
<b>2.5.</b>	<b>Aplicación del Mindfulness en Psicoterapia .....</b>	<b>55</b>
2.5.1.	Terapias basadas en Mindfulness .....	57
2.5.1.1.	Mindfulness-based Stress Reduction Program .....	58
2.5.1.2.	Terapia cognitiva basada en Mindfulness.....	61
2.5.1.3.	Terapia conductual dialéctica .....	64
2.5.1.4.	Terapia de aceptación y compromiso .....	65
2.5.1.5.	Terapia cognitiva conductual con Mindfulness integrado .....	67
<b>2.6.</b>	<b>Neurociencia y Mindfulness .....</b>	<b>68</b>
<b>2.7.</b>	<b>Qi Gong y Mindfulness .....</b>	<b>73</b>
<b>2.8.</b>	<b>Evidencia empírica del Mindfulness .....</b>	<b>75</b>

---

## PARTE II. MARCO EMPÍRICO

---

<b>3.</b>	<b>HIPÓTESIS</b> .....	<b>93</b>
<b>4.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>94</b>
<b>4.1.</b>	<b>Objetivo general</b> .....	<b>94</b>
4.1.1.	Objetivos específicos .....	94
<b>5.</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>95</b>
<b>5.1.</b>	<b>Diseño</b> .....	<b>95</b>
<b>5.2.</b>	<b>Participantes</b> .....	<b>95</b>
<b>5.3.</b>	<b>Variables de estudio</b> .....	<b>97</b>
<b>5.4.</b>	<b>Instrumentos de medición</b> .....	<b>99</b>
5.4.1.	Instrumentos de medición de variables dependientes .....	99
5.4.1.1.	Listado de síntomas breves (LSB-50) .....	100
5.4.1.2.	Inventario de ansiedad (ISRA) .....	102
5.4.1.3.	Inventario de control y expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) .....	104
5.4.1.4.	The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) versión reducida .....	106
5.4.1.5.	Test de atención (d2) .....	108
5.4.1.6.	Registro de variables físicas .....	110
5.4.2.	Evaluación de la variable independiente .....	110
5.4.2.1.	Hoja de registro semanal .....	110
<b>5.5.</b>	<b>Análisis estadístico de los datos</b> .....	<b>111</b>
<b>5.6.</b>	<b>Procedimiento y programa de entrenamiento en Mindfulness</b> .....	<b>113</b>
5.6.1.	Elementos de la meditación formal .....	114
5.6.1.1.	Meditación Vipassana .....	114
5.6.1.2.	Qi Gong (Chi Kung) .....	115
5.6.2.	Fases del programa .....	117
5.6.2.1.	Fase I: Pre-intervención .....	117
5.6.2.2.	Fase II: Intervención .....	118
5.6.2.3.	Fase III: Post-intervención .....	120
<b>5.7.</b>	<b>Limitaciones del estudio</b> .....	<b>121</b>
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>123</b>
<b>6.1.</b>	<b>Características generales de la muestra</b> .....	<b>123</b>
<b>6.2.</b>	<b>Características de las prácticas ejercitadas por los sujetos</b> .....	<b>123</b>

<b>6.3.</b>	<b>Efectos del programa psicoeducativo en entrenamiento de Mindfulness modelo MBSR .....</b>	<b>125</b>
6.3.1	Análisis descriptivo de las variables de estudio .....	125
6.3.2	Análisis comparativo entre las variables de estudio .....	140
6.3.2.1.	Asociación entre los cambios en el índice de ira y los cambios de ansiedad post-intervención .....	140
6.3.2.2.	Comparación entre las respuestas de ansiedad con ISRA y LSB-50....	142
6.3.2.3.	Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los componentes del malestar psicológico .....	143
6.3.2.4.	Asociación entre los cambios de atención plena y los cambios en los componentes de la Ira .....	148
6.3.2.5.	Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los componenetes de ansiedad .....	150
6.3.2.6.	Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en atención selectiva .....	152
6.3.2.7.	Asociación entre los cambios en ansiedad y los cambios de atención selectiva post-intervención .....	154
6.3.2.8.	Asociación entre los cambios en el índice de Ira y los cambios de atención selectiva post-intervención .....	160
6.3.3.	Asociaciones entre las actividades prácticas del programa y los cambios en las diferentes variables .....	162
6.3.3.1.	Relación entre actividades prácticas y cambios en malestar psicológico .....	162
6.3.3.2.	Relación entre actividades prácticas y cambios en los diferentes componentes de ansiedad .....	166
6.3.3.3.	Relación entre actividades prácticas y cambios en los diferentes componentes de la atención selectiva .....	172
6.3.3.4.	Relación entre actividades prácticas y cambios en el Índice de Ira .....	177
6.3.3.5.	Relación entre actividades prácticas y cambios en atención plena .....	178
6.3.4.	Asociaciones entre variables y subgrupos de la muestra .....	180
6.3.5.	Comportamientos de las variables físicas durante el programa .....	182
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>185</b>
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>203</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>207</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>247</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Definiciones de Mindfulness .....	13
Tabla 2.	Instrumentos de medida en Mindfulness .....	26
Tabla 3.	Características principales de los sujetos de estudio .....	123
Tabla 4.	Características de las prácticas ejercitadas por los sujetos .....	124
Tabla 5.	Resultados obtenidos con LSB-50 al inicio del programa .....	125
Tabla 6.	Cambios de resultados de LB-50 tras implantar el programa ...	126
Tabla 7.	Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones de LB50 a lo largo del programa.....	128
Tabla 8.	Resultados obtenidas en Staxi-2 al inicio del programa .....	129
Tabla 9.	Cambios en los resultados en Staxi-2 tras implantar el programa .....	130
Tabla 10.	Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario Staxi-2 tras implantar el programa .....	131
Tabla 11.	Resultados obtenidas en ISRA al inicio del programa .....	132
Tabla 12.	Cambios en los resultados en ISRA tras implantar el programa	132
Tabla 13.	Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario ISRA a lo largo del programa ....	133
Tabla 14.	Resultados en atención selectiva al inicio del programa .....	135
Tabla 15.	Cambios en los resultados en atención selectiva tras la implantación del programa .....	135
Tabla 16.	Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario de atención selectiva a lo largo del programa .....	136
Tabla 17.	Resultados obtenidos en el cuestionario IMF al inicio del programa .....	137
Tabla 18.	Cambios en los resultados en cuestionario de atención plena tras el programa .....	138
Tabla 19.	Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario de atención selectiva .....	139
Tabla 20.	Asociación entre los cambios en el índice de la ira y los cambios observados en las diferentes escalas de ansiedad al inicio, al final y a los 3 meses tras la intervención .....	140
Tabla 21.	Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre las puntuaciones de ansiedad y sus cambios según cuestionario ISRA o LSB-50 .....	143
Tabla 22.	Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y el cambio en malestar psicológico tras dos y tres meses de seguimiento .....	144
Tabla 23.	Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en malestar psicológico tras dos y cinco meses de intervención	145
Tabla 24.	Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y el cambio en la ira tras dos y	148

	cinco meses de intervención .....	
Tabla 25.	Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en la ira tras dos y cinco meses de intervención .....	149
Tabla 26.	Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y el cambio en los diferentes componentes de ansiedad tras dos y cinco meses de intervención .....	150
Tabla 27.	Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los diferentes componentes de ansiedad tras dos y cinco meses de intervención .....	151
Tabla 28.	Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y los cambios en atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención .....	152
Tabla 29.	Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los diferentes componentes de ansiedad tras dos y cinco meses de intervención .....	152
Tabla 30.	Asociación entre los cambios en ansiedad total (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención .....	154
Tabla 31.	Asociación entre los cambios en ansiedad cognitiva (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención .....	156
Tabla 32.	Asociación entre los cambios en ansiedad fisiológica (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención .....	157
Tabla 33.	Asociación entre los cambios en ansiedad motora (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención .....	157
Tabla 34.	Asociación entre los cambios en ansiedad (LSB-50) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención .....	158
Tabla 35.	Asociación entre los cambios en el índice de ira y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención .....	160
Tabla 36.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de severidad a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades de intervención .....	162
Tabla 37.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de severidad a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas..	163
Tabla 38.	Cambio medio e IC 95% en el número de síntomas a dos meses de intervención según las actividades prácticas .....	163
Tabla 39.	Cambio medio e IC 95% en el número de síntomas a cinco meses de intervención según las actividades prácticas .....	164
Tabla 40.	Cambio medio e IC 95% en la intensidad de síntomas a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .	165
Tabla 41.	Cambio medio e IC 95% en la intensidad de los síntomas a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	165
Tabla 42.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad total a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .	166

Tabla 43.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad total a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	167
Tabla 44.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad cognitiva a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	168
Tabla 45.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad cognitiva a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	169
Tabla 46.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad fisiológica a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	170
Tabla 47.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad fisiológica a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	171
Tabla 48.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad motora a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	171
Tabla 49.	Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad motora a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas .....	172
Tabla 50.	Cambio medio e IC 95% en VAR a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	173
Tabla 51.	Cambio medio e IC 95% en VAR a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	173
Tabla 52.	Cambio medio e IC 95% en TOT a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	174
Tabla 53.	Cambio medio e IC 95% en TOT a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	175
Tabla 54.	Cambio medio e IC 95% en CON a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	176
Tabla 55.	Cambio medio e IC 95% en CON a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	176
Tabla 56.	Cambio medio e IC 95% en índice de ira a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	177
Tabla 57.	Cambio medio e IC 95% en índice de ira a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	178
Tabla 58.	Cambio medio e IC 95% en la atención plena a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	179
Tabla 59.	Cambio medio e IC 95% en la atención plena a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas .....	179
Tabla 60.	Cambio medio e IC 95% al quinto mes de intervención de acuerdo al tipo de grupo .....	181
Tabla 61.	Cambios en las variables físicas peso y tensión arterial sistólica tras la implantación del programa .....	182
Tabla 62.	Valoración de cambios significativos en las diferentes variables físicas peso y tensión arterial sistólica a lo largo del programa..	183

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>		<b>Pág.</b>
Figura 1.	Relaciones entre la Psicología occidental y budista .....	10
Figura 2.	Conceptos y sinónimos asociados a Mindfulness .....	12
Figura 3.	Componentes centrales de la práctica de Mindfulness .....	14
Figura 4.	Componentes clave del Mindfulness en la práctica clínica.....	18
Figura 5.	Mapa conceptual de los elementos básicos de la Psicología budista .....	31
Figura 6.	Procesos terapéuticos del Mindfulness .....	56
Figura 7.	Terapias basadas en Mindfulness .....	57
Figura 8.	Representación gráfica de evidencia de la efectividad de los programas Mindfulness .....	84
Figura 9.	Distribución de la muestra en subgrupos .....	97
Figura 10.	Instrumentos de medición de las variables dependientes .....	100
Figura 11.	Actividades de la meditación Mindfulness .....	113
Figura 12.	Cambios a lo largo del tiempo en malestar psicológico (LSB-50)	127
Figura 13.	Cambios a lo largo del tiempo para ira (STAXI-2) .....	130
Figura 14.	Cambios a lo largo del tiempo en ansiedad (ISRA) .....	134
Figura 15.	Cambios a lo largo del tiempo para.. atención selectiva (d2) .....	135
Figura 16.	Cambios a lo largo del tiempo para. atención plena (FMI) .....	138
Figura 17.	Cambios a lo largo del tiempo de las variables físicas .....	141
Figura 18.	Regresión no paramétrica para valorar tipo de asociación entre cambios de índice de ira (STAXI-2) y cambio en la respuesta de ansiedad (ISRA) al final del programa y a los 3 meses de seguimientos .....	142
Figura 19.	Regresión no paramétrica para valorar tipo de asociación entre cambios en el índice de ira (STAXI-2) y cambios en la respuesta de ansiedad (ISRA) al final del programa .....	146
Figura 20.	Asociación entre el cambio de atención plena (FMI) y cambios en malestar psicológico (LSB-50) al finalizar el programa .....	147
Figura 21.	Asociación entre el cambio de atención plena (FMI) y cambios en malestar psicológico (LSB-50) a los 3 meses de seguimiento	150
Figura 22.	Regresión no paramétrica para valorar tipo de asociación entre cambios en atención plena (FMI) y cambios de índice de ira (STAXI-2) al finalizar el programa y a los tres meses de seguimientos .....	151
Figura 23.	Regresión no paramétrica para valorar tipo de asociación entre atención plena (FMI) y cambio en la respuesta de ansiedad general (ISRA) al acabar el programa y a los tres meses de seguimiento .....	152
Figura 24.	Regresión no paramétrica para valorar tipo de asociación entre cambios en atención plena (FMI) y cambios en atención selectiva (d2) al acabar el programa y a los tres meses de seguimiento .....	155

Figura 25.	Asociación entre cambios en ansiedad (ISRA) y cambios en los distintos elementos de atención selectiva (d2) al finalizar el programa y a los 3 meses de seguimiento .....	159
Figura 26.	Regresión no paramétrica para valorar tipo de asociación entre respuesta en ansiedad (LB-50) y cambios en atención selectiva (d2) al acabar el programa y a los tres meses de seguimiento ...	161
Figura 27.	Cambios a lo largo del tiempo para el peso .....	184
Figura 28.	Cambios a lo largo del tiempo para la presión arterial .....	184

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AC	Antes de Cristo
ACT	Acceptance Commitment Therapy
ANCOVA	Análisis de la covarianza
ANOVA	Análisis de varianza
C.Ext	Control Externo de ira
C.Int	Control Interno de la ira
CAMS	Cognitive and Affective Mindfulness Scale
CAMS-R	Versión revisada de CAMS
cols.	Colaboradores
CON	Concentración
d2	Test de Atención
DBT	Terapia conductual dialéctica
DE	Desviación estándar
DLPFC	Cortex Dorsolateral prefrontal
E.Ext	Expresión externa de ira
E.Int	Expresión Interna de ira
Ej.	Ejemplo
EP	Emoción Perturbadora
et al	Y otros
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire
FMI	The Freiburg Mindfulness Inventory
IEI	Índice de Expresión de la Ira
INT	Índice de intensidad de síntomas presentes
ISRA	Inventario de situación y respuesta de ansiedad
KIMS	Kentucky Inventory of Mindfulness Skills
LOESS	Locally Estimated Scatterplot Smoothing
LSB-50	Listado de síntomas breve
MAAS	Mindfulness Attention Awareness Scale,
MBSR	Mindfulness-based Stress Reduction
MM	Mindfulness Meditation
MQ	The Mindfulness Questionnaire
NANDA	Nursing Diagnosis Association
NUM	Número de síntomas presentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDP	Puntuaciones directas
PHLMS	Philadelphia Mindfulness Scale
RC	Respuesta Cognitiva de ansiedad
RE	Regulación emocional
REBAP	Programa de reducción de estrés básico
RFT	Reference Frame Theory (Teoría de los marcos relacionales)
SLC-90-R	Inventario de 90 síntomas revisado
SNA	Sistema nervioso autónomo
SNC	Sistema nervioso central
SNS	Sistema nervioso simpático
SR-RP	Programa de relajación y reducción del estrés
STAXI-2	Inventario de control y expresión de la Ira
TAC	Terapia de aceptación y compromiso
TCAP	Terapia cognitiva basada en atención plena
TCCMi	Terapia cognitiva conductual con Mindfulness integrado
TDC	Terapia dialéctica conductual
TMS	Toronto Mindfulness Scale
TOT	Cantidad de trabajo realizado
VAR	Estabilidad



## **PARTE I. MARCO TEÓRICO**

---



## INTRODUCCIÓN

Esta investigación se desarrolla en dos ámbitos de exploración básicos, por un lado, se aborda el malestar psicológico especialmente el no clínico en relación al conjunto de manifestaciones que elabora (ansiedad, ira), por otro, se analizan los elementos teóricos y prácticos de uno de los modelos de tratamiento más recientes de dicho malestar, los programas basados en Mindfulness. Unir estos dos enfoques junto a otros elementos de observación, permite una aproximación al funcionamiento y desarrollo del ser humano frente al sufrimiento subjetivo ante adversidades cotidianas.

El bienestar psicológico resulta fundamental para el funcionamiento del individuo en todos los ámbitos vitales y para la salud en general; un bienestar que no excluye las experiencias "negativas" naturales a las que cualquier ser humano está expuesto en el transcurso de la vida (la muerte de un ser querido y el duelo, el trabajo o su pérdida y sus consecuencias, problemas de pareja y separación, entre otras). Estas experiencias rompen con cierta frecuencia un equilibrio cuya naturaleza es, en sí misma, transitoria; pero el ser humano no parece que haya desarrollado todavía las habilidades inherentes en su naturaleza para sobrellevar estos eventos naturales; tanto es así, que el malestar que se provoca puntualmente perdura más allá de lo previsible, generando estados crónicos de carácter somático y psicológico que afectan peligrosamente la salud y la calidad de vida (Kirkengen, 2008).

Estas vicisitudes exigen de la persona una flexibilidad o capacidad de adaptación al cambio que implica una aceptación de lo no permanente y transitorio de cualquiera de los eventos que conforman nuestra vida. En palabras de Dhiravamsa (1991), lo efímero es sustancial a la propia existencia. Algo, para lo que el ser humano no está preparado realmente, por lo que ante el malestar opta por elegir caminos que lo conducen a la insatisfacción permanente.

En nuestra sociedad, algunos escenarios revelan en consecuencia que el individuo está sometido a una continua evasión de sus estados emocionales reales con el fin de alcanzar la felicidad o bienestar, la paz o la alegría que su experiencia cotidiana parece negarle. Este escenario muestra unos individuos buscando atajos hacia el bienestar en forma de consumo compulsivo, ya sea de drogas, alcohol,

marcas o sexo, entre otras, lo que los devuelve a una recurrente y cada vez más profunda insatisfacción [Rivera (2010); Fuentes y Franco (2005)]. Es aquí, donde la tristeza y la ansiedad se convierten en las emociones imperantes de forma inexorable llegando en su versión patológica, a manifestarse como depresión, una de las enfermedades de mayor prevalencia en los últimos 50 años (Gabarrón, Vidal, Haro, Boix, Jover y Arenas, 2002).

En las distintas épocas de la historia de la humanidad pensadores y filósofos como Buda, Aristóteles, Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Rusell o Heidegger, entre otros, se han planteado procesos de búsqueda de respuestas a objetivos perennes para el ser humano, como son la felicidad, la verdad, la sabiduría o la iluminación, con los que se ha intentado mitigar el sufrimiento o alcanzar la cima del desarrollo que se percibe como consustancial al ser humano. Ejemplo de ello es el paralelismo existente entre los conceptos iluminación-nirvana de la filosofía budista y los conceptos equivalentes de la filosofía occidental, tales como los conceptos aristotélicos de autarquía, independencia, actualización de las capacidades virtud-felicidad como mayor bien, plasmados en 'La Ética a Nicómaco', o los conceptos de Spinoza sobre las pasiones alegres (que te impulsan a vivir), pasiones tristes (que te sustraen de la vida) y el concepto del devenir que refleja en su 'Ética'. Para el filósofo Spinoza todas las afecciones se derivan del deseo, el gozo o la tristeza, pero el deseo forma parte de la naturaleza misma de cada hombre y por consiguiente, el deseo de cada hombre difiere del deseo de los demás. En consecuencia, las afecciones, si bien devienen de causas exteriores, constituyen la naturaleza misma de cada hombre; en relación con esto, el budismo identifica el deseo como una de las causas del sufrimiento humano.

A medida que la civilización alcanza hitos tecnológicos, crecen también nuevos tipos de malestar que reflejan las carencias de la sociedad actual que sigue sin darles respuestas a pesar del progreso y el desarrollo de paradigmas filosóficos y psicológicos que intentan, una y otra vez, alcanzar dichos objetivos como fórmula para la búsqueda del autodesarrollo, un camino que han seguido cada filosofo/científico según su orientación y el momento histórico vivido, desarrollando un mapa o método para alcanzarlo.

A este respecto, en todas las culturas y tradiciones del mundo se han desarrollado prácticas encaminadas a ayudar a las personas a centrar la atención en el momento presente, como fórmula para superar el malestar o lograr el

desarrollo; cada una de ellas, desde su enfoque particular pero con un mismo objetivo, que la persona centre la atención de forma intencionada y con ello, pueda transformar su propia vida [Kabat-Zinn, (1990), (1997); Shaphiro & Schwartz, (1990), (2000); Reibel et al., (2001)].

Entre las prácticas para el desarrollo de la conciencia destaca el Mindfulness, práctica meditativa que permite a la persona desarrollarse a través de la atención centrada y focalizada, aspectos que en términos de Siegel (2010) se convierten en un objetivo universal de todas las culturas humanas.

Las prácticas meditativas de la Atención Plena (*Mindfulness*), cultivadas desde hace siglos en las tradiciones contemplativas orientales, se han conceptualizado como habilidades psicológicas y están siendo adaptadas e incorporadas a la teoría, la práctica y la investigación en la psicología de la salud, la psicoterapia y las neurociencias en los últimos 30 años, especialmente dentro del marco de las terapias de tercera generación de la Psicología. Los diferentes autores que las han desarrollado señalan de forma explícita que han incluido las ideas de la psicología budista en sus propuestas o se han inspirado en ellas, para concretarlas en sus programas (Hayes, 2002; Marlatt, 2002; Robbins, 2002).

Del budismo emerge una estructura paradigmática que ha sido descrita como psicología budista que claramente parece haber desarrollado un modelo elaborado de la mente, el cual a modo de sistema psicológico, describe con detalle cómo funciona la percepción, la motivación, el conocimiento y las emociones; analizando tanto las causas del sufrimiento humano (etiología) como las salidas de este sufrimiento (terapia). Así mismo, como consecuencia de la elaboración de esta estructura ha desarrollado su propia representación de la mente y su funcionamiento, además de su propia definición de salud mental que amplía el concepto Occidental de salud mental (Didonna, 2011).

En los miles de años de su desarrollo e implementación esta Psicología budista ha dibujado un mapa detallado de cómo los cambios en la mente y en el cuerpo interactúan de forma recíproca influenciándose mutuamente; ha desarrollado una detallada tecnología destinada a controlar esos cambios voluntariamente, mostrándose una eficacia avalada por los años de adherencia e implementación en una amplia población; aunque para la ciencia occidental no haya presentado cierta validez hasta haberse iniciado la investigación de sus efectos

sobre el ser humano, con instrumentos (estudios de neuroimagen o escáner ) que han demostrado estos cambios.

La Psicología budista ofrece a los occidentales una visión y una perspectiva adicional con respecto a algunas de las cuestiones fundamentales de la Psicología moderna, la posibilidad de cultivar la salud mental, la naturaleza de la mente, los límites del potencial de crecimiento de los seres humanos y las herramientas y los métodos necesarios para aplicar cambios en la psique (Didonna, 2011).

El Mindfulness por las tecnologías y estrategias utilizadas, puede plantearse como una alternativa para mejorar la vida, un ejercicio de aprendizaje que puede desplegarse en todas las áreas y ámbitos de desarrollo del ser humano (educación, familia, salud, espiritualidad, entre otras); superando la vertiente paliativa o terapéutica en la que ha sido aplicado e investigado. Cualquier aportación en este sentido, puede ofrecer elementos de comprensión de este territorio a medio explorar, cuestiones que pretendemos abordar con este trabajo.

*“No es lo que ocurre, sino cómo reaccionas lo que importa”.*  
*(Epicteto, año 50)*

## 1. MALESTAR PSICOLÓGICO

Definir y contextualizar el concepto de *malestar psicológico* precisa conectarlo con el concepto de *bienestar* lo que ayuda a dimensionarlo plenamente en el ámbito de esta investigación.

Diener, Suh & Oishi (1997), relacionan el bienestar con los niveles de satisfacción que experimenta una persona con su vida, su asociación frecuente con un estado anímico bueno, experimentando emociones poco placenteras (como tristeza o rabia) sólo ocasionalmente. Esta visión de bienestar se encuentra asociado al concepto de calidad de vida.

La calidad de vida se define como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (OMS, 1994). Parece evidente que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como, con el sentido que la persona le atribuye a su vida, aspectos de donde emerge el bienestar o malestar subjetivo.

El malestar psicológico es un tipo de alteración cuyas manifestaciones clínicas (del organismo y la psique) no son patológicas y están arraigadas en el carácter de la persona. Son alteraciones secundarias en respuesta a un evento estresor (enfermedad física, acoso laboral, pérdida emocional, cambios laborales inesperados, pareja en crisis y post parto, entre otros), que en principio son consideradas adaptativas y funcionales, responden a un periodo de ajuste. Se define como un estado reactivo que se enmarca dentro de las directrices caracterológicas del marco de la salud mental (Espinola, Morales-Carmona, Díaz, Pimentel, Meza, Henales et al., 2006).

El planteamiento por los distintos autores es dispar, así autores como Páez (1986) señalan al malestar psicológico como el nivel de estrés, desmoralización y desasosiego percibidos por el sujeto; un concepto que permite obtener información sobre autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental. En contra, Morales, Díaz,

Espíndola, Henales, Meza y cols., (2005) consideran el malestar como un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática.

El indicador de malestar psicológico utilizado habitualmente es el estrés, y más concretamente un tipo de estrés que se conoce como Burnout caracterizado por la presencia de emociones intensas (Lyckholm, 2001; Meier, 2001). Sus manifestaciones más notorias se encuentran en la tonalidad afectiva del paciente, siendo susceptible de presentarse en cualquiera de las gamas desde el estado de ánimo deprimido hasta el polo de la manía. Se habla de datos clínicos y no síntomas, porque no es una patología (Espinola et al., 2006), expresándose en los sujetos en la vulnerabilidad psíquica que se manifiesta a través de diversas reacciones, como son, las alteraciones del sueño, afecciones psicósomáticas, sentimientos de miedo y temor, desesperación o adicciones, entre otras.

Un ejemplo de malestar psicológico sería la rumiación (una distorsión del estado de autoconciencia), que supone un funcionamiento desadaptativo asociado a estados anímicos de tristeza o tensión, produciendo un malestar emocional elevado, junto a un sesgo cognitivo de auto-crítica negativa con carácter obsesivo (Joireman, Parrott y Hammersla, 2002). La rumiación favorece cuadros mixtos de ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema, 2000). Está asociada a la actitud de “piloto automático” que significa centrar la conciencia en el ámbito de los “pensamientos”, que suelen corresponder a acontecimientos del pasado o del futuro, lo que supone reducir la atención que se presta al momento presente. Es un comportamiento parcialmente desconectado de la realidad, en la medida en que la mente está ocupada por fantasías, recuerdos o preocupaciones. Esta falta de conexión facilita las actitudes de tipo reactivo a los acontecimientos, siendo menos adaptativos en todas las facetas vitales (Joireman et al., 2002; Deyo, Wilson, Ong y Koodman, 2009).

El malestar psicológico, bien como causa de trastornos específicos o bien como reacción ante cualquier circunstancia vital de carácter, no sólo evolutivo, se presenta según numerosas investigaciones como producto de una inadecuada gestión emocional (Davinson, 2000; Gross, 2002). Se plantea la regulación emocional como uno de los componentes esenciales de la salud mental, ya que las dificultades derivadas de la regulación emocional están asociadas a una gran variedad de formas de psicopatologías, siendo una de estas dificultades la evitación

experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Sthosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001).

Las consecuencias de la prevalencia del malestar psicológico ha originado un incremento en la prescripción de antidepresivos y ansiolíticos, disparando el gasto farmacéutico, con una enorme repercusión en la financiación de los Sistemas Nacionales de Salud [Lozano, Ortiz y Lobo (2004); Sallan, Rubio y Lasaos (2005); Valladares, Dilla y Sacristán (2009)]. Como apunta Goleman (2003), en occidente los medicamentos se han convertido en la solución más común, y el uso indiscriminado y el abuso de fármacos generan un sufrimiento significativo añadido para nosotros mismos y para los demás, aunque el autor no pone en duda, que los fármacos que modifican y estabilizan el estado de ánimo han ayudado a millones de personas y añade que en el tratamiento faltaría la reformulación de las estructuras comportamentales y actitudinales; y para ello, haría falta el aprovechamiento de la crisis como una oportunidad para el cambio o el crecimiento, siendo posible señalar caminos alternativos para controlar la mente.

Para algunos autores como Moral y Ovejero (2004), el modelo de sociedad vigente ha favorecido la vulnerabilidad psíquica del individuo ante las situaciones problemáticas naturales de la vida. La cultura dominante (en todas sus manifestaciones) promueve valores entre los que destaca la huida del sufrimiento (a través de distintas vías) a favor de la búsqueda del placer como meta, generando en el individuo patrones y hábitos (más o menos adictivos) que lo conducen hacia trastornos psicológicos como consecuencia de este funcionamiento paradójico. A menudo existe la tendencia de la transformación de estos estados emocionales (tristeza, ansiedad, entre otros) mediante la búsqueda de recursos externos a la persona; transformación que con frecuencia dirige a la persona al hastío, la decepción, el miedo a perder, la impaciencia, el ansia y otras emociones consideradas tanto negativas, como perturbadoras.

Conviene considerar una afirmación de Luciano y Valdivia (2006) quienes se plantean que a la larga, lo que se pretende evitar se amplía y fortalece; y es que la sociedad o estado de bienestar se considera la generadora de los niveles de malestar que presenta, poniendo en una situación aún más paradójica, si cabe, al esquema político-social que lo sustenta (Diener & Seligman, 2004).

Desde un punto de vista occidental, la salud mental se define por defecto

como la ausencia de patologías psiquiátricas, poniéndose el énfasis en el concepto de normalidad. Sin embargo, en la Psicología budista, la normalidad solamente es el punto de partida para practicar los principios que llevan a la liberación del sufrimiento y de la intranquilidad mental (Didonna, 2009; Cayou, 2014). En Occidente, uno de los modelos prevalentes de salud mental es el de una persona dispuesta a profundizar en sus miedos y preocupaciones. A diferencia de éste, el modelo de la Psicología Budista busca más abrir que excavar. Así, la tradición budista enseña cómo desenredar la mente de los problemas más que cómo profundizar en ellos, pues considera que el contenido mental no es tan importante como la conciencia que los identifica. Para crear una felicidad verdadera es necesario pasar de la obsesión con el mundo material a establecer una relación más realista con la propia mente (Epstein, 2008; Tsering, 2006).

En la regulación emocional, el paso previo para desarrollar y aplicar estrategias que permitan a la persona afrontar y manejar efectivamente la ansiedad y el estrés en su vida implica “tomar conciencia”. Las estrategias para reducir, eliminar o manejar el estrés y la ansiedad pueden dirigirse a provocar cambios en el medio estresante o a modificar la forma en el que la persona percibe la situación (Martin-Asuero y García-Banda, 2010; Vibe, M. de, Hammerstrom, K. Kowalski., K. & Bjorndal, A. 2010; Hubbling A. , 2014).

Existen numerosas técnicas para el manejo y el control de la ansiedad y el estrés, destacan las técnicas de relajación, el masaje o la meditación (en cualquiera de sus modalidades), dirigidas a fomentar la independencia y el autocontrol de la persona sobre sí misma y sobre la situación (Martin et al., 2010; Martin-Asuero, Rodríguez, Pujol-Ribera, Berenguera, Moix, 2013; Robins et al., 2015).

En los últimos 15 años se extiende el interés desde diversos campos de estudio y en especial de la Psicología en conocer el bienestar psicológico, de ahí parte el auge de la Psicología positiva (Vázquez, C., 2006), que ha desarrollado la exploración y el análisis de vías de intervención que promueven las fortalezas humanas dentro del reto que tienen los científicos sociales y las profesiones sanitarias de promover la salud y el bienestar.

Se observan aproximaciones desde la perspectiva de los recursos de la salud al campo de la salud mental en contraposición a los abordajes tradicionales de la psicología, cuyo énfasis se ha centrado en lo patológico o el malestar, descuidando

los efectos que sobre el funcionamiento psicológico personal tienen el bienestar y la felicidad y desconsiderando la capacidad que tiene el ser humano para sacar beneficio del malestar. Según Vázquez (2006), se trataría de orientar a las personas a encontrar la manera de aprender de la experiencia traumática y progresar a partir de ella.

Para Didonna (2009) la medicina occidental moderna nunca ha dado gran importancia al desarrollo de la comprensión de las experiencias del funcionamiento interno de los individuos, centrándose casi exclusivamente en apariencias externas (el síntoma) y concentrándose así en eliminar la manifestación externa en lugar de la causa latente en el organismo, es decir, la raíz del problema. En esta línea de proceder terapéutico (búsqueda de la raíz del problema), estarían enmarcadas las aproximaciones terapéuticas denominadas de tercera generación (de la Terapia de conducta) cuya meta no es el cambio de pensamientos o emociones negativas (que normalmente son valoradas como dificultades en la vida de la persona) sino la aceptación y el contacto con el presente, con los valores personales, independientemente de los contenidos verbales, fisiológicos o emocionales de cada momento (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Estas terapias han sabido seleccionar lo excelente de otras aproximaciones terapéuticas de corte humanista-existencial y del saber oriental como el Budismo, pero con el rigor científico propio de la terapia de conducta. Al respecto, en la **figura 1** se puede revisar a modo de síntesis comparativa, las características y relaciones existentes entre ambos modelos.

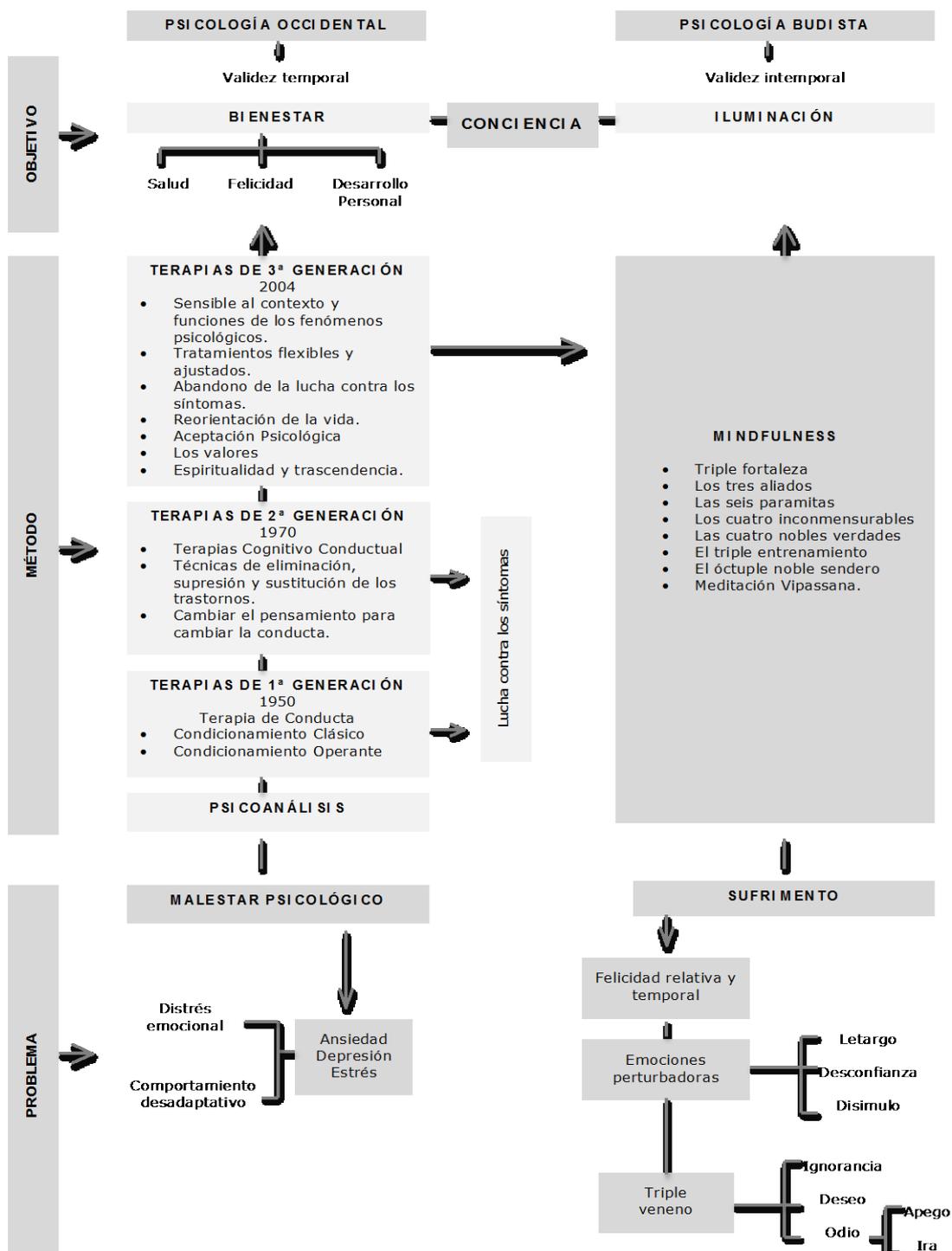


Figura 1. Relaciones entre la Psicología occidental y budista  
Fuente: elaboración propia

## 2. MINDFULNESS

El cultivo de la conciencia de la mente y del cuerpo para vivir 'aquí y ahora' es una práctica históricamente arraigada en antiguas disciplinas meditativas budistas (Stahl & Goldstein, 2010) por lo que, de acuerdo con algunos autores, la práctica meditativa budista, en el mundo occidental, ha sido considerada más como una técnica cercana a una psicoterapia que como una religión. En el ámbito de la psicología contemporánea *Mindfulness* ha sido adoptado como una aproximación para incrementar la conciencia y afrontar hábilmente los procesos mentales que contribuyen al desequilibrio emocional y la conducta disfuncional (Bishop, Lau, Shaphiro, Carlson, Anderson, Carmody et al., 2004).

Para Solomon (2006) algunos elementos de la meditación Vipassana han sido introducidos en la Psicoterapia occidental, en concreto en la Psicología cognitivo-conductual con el nuevo nombre de Mindfulness, debido especialmente a que ambas tradiciones se complementan y presentan características que se solapan.

### 2.1. Definiciones de Mindfulness

No hay en castellano una traducción consensuada de la palabra inglesa *Mindfulness* que, a su vez, hace referencia al término *sati* (en pali, idioma antiguo de la India muy próximo al sanscrito). Algunos autores optan por traducirla como *Conciencia Plena*, otros por *Atención Plena* y otros prefieren no traducirla y dejar el término anglosajón *Mindfulness* o el término pali *Sati* en lengua castellana (Simón, 2007).

La dificultad de traducción reside en que *sati* tiene un significado específico en la práctica de la meditación *Vipassana* o *Mindfulness*; alude a la vez a dos aspectos, por un lado, se refiere a prestar atención a lo que estamos haciendo, pero también se refiere, a recordarnos prestar atención y a lo que tenemos que estar haciendo si hemos dejado de hacerlo. Con frecuencia, estas dos funciones se traducen como atender y darse cuenta. Ambas acepciones están incluidas en el significado de *Mindfulness* (**figura 2**).

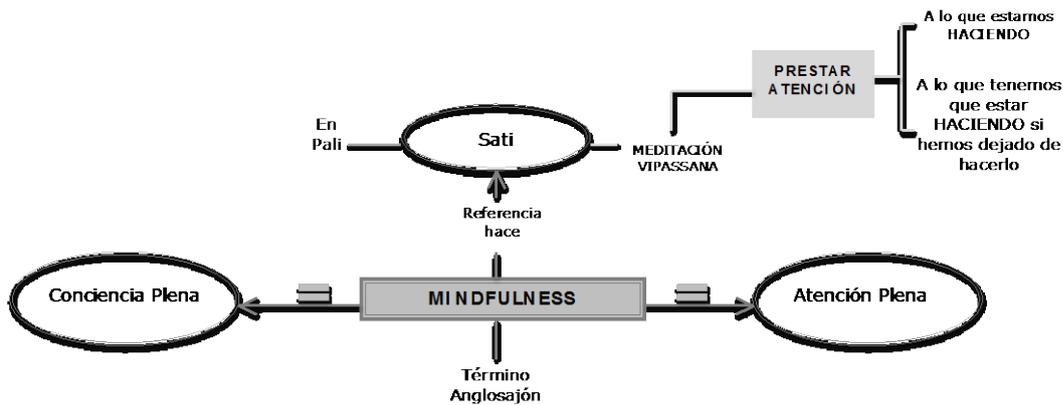


Figura 2. Conceptos y sinónimos asociados a Mindfulness  
Fuente: elaboración propia

El uso de las expresiones “Atención Plena” y “Conciencia Plena” predominan en el ámbito de investigación psicológico académico. Otras alternativas son *atención consciente, plenitud mental, visión cabal, atención pura, atención intencional, conciencia del momento, atención acertada, atención correcta o recta atención* (Vallejo, 2006). En este trabajo, al igual que en otros similares (Mañas 2009), se ha optado por utilizar el término de *Mindfulness* en la mayoría de los casos, aunque también se utiliza el término *Atención Plena*, que es la traducción más aceptada, pero se considera por algunos autores que no refleja todos los matices que la palabra *Mindfulness* implica (Gunaratana, 2002).

La proliferación de investigaciones desarrolladas en los últimos 15 años por el interés en el estudio y práctica del Mindfulness ha desembocado en una gran variedad de definiciones conceptuales de Mindfulness, aunque los autores tienden a conceptualizar de manera distinta su funcionamiento, algunas definiciones tienen un amplio consenso, ya que ante las sutiles diferencias es posible encontrar similitudes.

En estas definiciones el concepto Mindfulness, dependiendo del modelo o enfoque del autor, se destacan unos aspectos sobre otros. En la **tabla 1** se recopilan las más referenciadas en la literatura científica.

Tabla 1. Definiciones de Mindfulness

<b>Thera, 1972</b>	“Mindfulness es la clara y resuelta conciencia de lo que en realidad nos ocurre, a nosotros y en nosotros, en los momentos sucesivos de percepción”
<b>Nhat Hanh, T., 1975</b>	“Mindfulness es mantener la conciencia habitando la realidad presente”
<b>Kabat- Zinn, J., 1990</b>	“Mindfulness es prestar atención de un modo particular: a propósito, en el momento presente y sin establecer juicios de valor”
<b>Varela, Rosch, &amp; Thomson, 1992</b>	“La Atención Plena es el cultivo del darse cuenta, a través de una focalización relajada, en el surgimiento de cada momento de la experiencia”
<b>Dhiravamsa, 2002</b>	“Un ver claro y total, una visión profunda y panorámica, ver con el ojo de la totalidad”
<b>Brown &amp; Ryan, 2003</b>	“Es una atención y consciencia receptiva a los eventos y experiencias presentes”
<b>Baer, 2003</b>	“La observación no enjuiciadora de la corriente en curso de estímulos internos y externos tal como surgen”
<b>Hayes &amp; Shenk., 2004</b>	“Es la habilidad mental para focalizarse en la percepción directa e inmediata del momento presente con un estado de conciencia no enjuiciadora, suspendiendo voluntariamente la retroalimentación cognitiva evaluativa”
<b>Bishop et al., 2004</b>	“Un proceso de consciencia investigadora que implica la observación del flujo, siempre cambiante, de la experiencia íntima”
<b>Germer, 2005</b>	“Conciencia momento a momento”.
<b>Wallace, et al., 2006</b>	“La Atención Plena significa recordar mantener una atención sostenida y no fluctuante a la realidad presente”
<b>Vallejo, 2006</b>	“Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto”
<b>Simón, 2007</b>	“Es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento”
<b>Mañas, 2007</b>	“Es la acción de desarrollar y mantener un determinado tipo de atención especial a la experiencia presente, momento a momento, con una actitud de aceptación radical, libre de todo control y juicios de valor”
<b>Cardaciotto et al., 2008</b>	“Mindfulness es la tendencia a ser altamente conscientes de las experiencias internas y externas en el contexto de una postura de aceptación, y no enjuiciamiento hacia esas experiencias”
<b>Siegel, D., 2010</b>	“Si se define a la mente cómo el proceso que regula el flujo de energía y de información, la técnica de Mindfulness consiste en estar atento a varios aspectos de la propia mente. Es una forma concreta de atender a las experiencias del aquí y el ahora, y a la propia naturaleza de la mente desarrollando una forma especial de atención”
<b>Moñivas et al., 2012</b>	“El hecho de prestar atención de forma plenamente consciente con aceptación de lo que ocurra, con interés y curiosidad por parte de la persona que experimenta el momento”

Fuente: elaboración propia

*Mindfulness* se introdujo en la configuración secular terapéutica a través de la labor pionera de Kabat-Zinn (1982, 1990) que desarrolló *Mindfulness*-based stress reduction program (MBSR), y por Linehan (1993), que desarrolló la terapia conductual dialéctica para el trastorno límite de personalidad. Se considera que Jon Kabat-Zinn (1990) es, no obstante, quién popularizó e impulsó el uso de la meditación *Mindfulness* como procedimiento para el tratamiento de trastornos

psicofisiológicos o psicosomáticos. En 1979 creó el Centro *Mindfulness* en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachussets para tratar aquellos casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional. Desde entonces el Centro viene aplicando el *Mindfulness-based stress reduction program (MBSR)* a un amplio número de personas.

De las definiciones precedentes se evidencian las connotaciones psicológicas del término, aunque como se puede comprobar, trasciende de lo meramente psicológico e impregna en un sentido más amplio un sentido de vida, una filosofía de la vida y una praxis, un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos. El *Mindfulness* no puede ser entendido de forma genérica, sino que siempre es referido a un momento temporal concreto (el momento presente) (Moñivas, García-Diex y García de Silva, 2012).

Según Germer (2005), el término Sati (*mindfulness*) connota tanto la conciencia que corresponde a “*darse cuenta*” (*awareness*), como la “*atención*”, como recordar (*remembering*).

En base en los fundamentos de la práctica en *Mindfulness* que hace Kabat-Zinn (1990), existen siete factores relacionados con la actitud y el compromiso que constituyen los principales soportes de la práctica del *Mindfulness*, cada una de ellos influye y se basa en el grado que seamos capaces de cultivar los otros. Trabajar con una de ellos nos lleva con toda rapidez a hacerlo con los demás. Estos componentes constituyen el eje central de *Mindfulness* y se detallan en la **figura 3**.

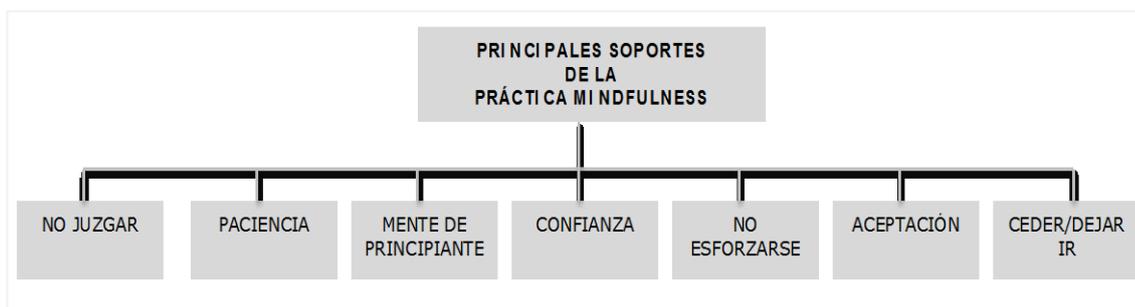


Figura 3. Componentes centrales de la práctica de Mindfulness  
Fuente: elaboración propia

- **No juzgar:** postura de testigos imparciales de nuestra propia experiencia. Siendo conscientes del constante flujo de juicios y de reacciones a

experiencias tanto internas como externas; no hay que actuar sobre ellas, ni bloquearlas, ni aferrarse, simplemente se observan y se dejan ir.

- **Paciencia:** comprendemos y aceptamos el hecho de que, a veces, las cosas se tengan que desplegar cuando les toca. Consiste sencillamente en estar totalmente abierto a cada momento, aceptándolo como tal.
- **Mente de principiante:** Para ver la riqueza del momento presente, es la actitud mental de estar dispuesto a ver las cosas como si fuera la primera vez y mantenerse abierto a nuevas potencialidades.
- **Confianza:** Implica el desarrollo de una confianza básica en uno mismo y en sus sentimientos. Se recomienda confiar en la intuición y en la propia autoridad, aunque se puedan cometer algunos errores.
- **No esforzarse:** En el momento en que se utiliza el *Mindfulness* como un objetivo o como un medio para algo, se está dejando de meditar, por paradójico que parezca, meditar es el no hacer, por eso cualquier esfuerzo por conseguir que la meditación tenga una finalidad no es más que un pensamiento más que está entorpeciendo la atención plena.
- **La aceptación:** La aceptación significa ver las cosas como son en el presente. Es mostrarse receptivo y abierto a lo que sienta, piense y vea, y aceptarlo porque está ahí y en ese momento.
- **Ceder/Dejar ir:** significa no apegarse, es dejar de lado la tendencia a elevar determinados aspectos de la experiencia y a rechazar otros. Lo único que se debe hacer es dejar la experiencia tal y como es.

Simón (2007), argumenta que existen dos aspectos primordiales frente a los componentes del mindfulness, por una parte, mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente (ser conscientes de los sucesos del presente) y por otra, la actitud con la que se abordan las experiencias del momento presente (se tiene en cuenta la curiosidad, apertura y aceptación).

Así pues, el Mindfulness se ha utilizado tanto para denominar, un proceso psicológico (prestar atención al momento, sin juzgar), un constructo teórico, como una técnica de meditación específica (Germer, 2005).

## 2.1.1. Aproximaciones conceptuales del Mindfulness

El Mindfulness se considera tanto un *constructo teórico*, como una *práctica* para desarrollarlo, mediante la meditación y un *proceso psicológico* (estar consciente o atento) que consiste en enfocar la atención en un objeto determinado (en general y para empezar, el objeto suele ser la respiración (Martin-Asuero y Garcia-Banda, 2010). La exploración y revisión de la literatura teórica acerca del Mindfulness de los últimos 15 años, permite observar que a la hora de explicar o definir los elementos del Mindfulness, muchos autores (Brown KW, & Ryan RM, 2003; Dimidjian & Linehan 2003; Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. 2005; Saphiro, L. Carlson, L. Astín, J. & Freedman, B.,2006;. Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., y Davidson, R. J 2008) hablan desde sus modelos teóricos, por ello se hace difícil una estructura conceptual coordinada y accesible al lector neófito, justificable debido a la fase de construcción en la que aún se encuentra el constructo teórico.

En este trabajo, para facilitar la organización conceptual del mismo se realiza un recorrido conceptual siguiendo una organización diseñada que facilite su comprensión.

### 2.1.1.1. Mindfulness como proceso psicológico

Según Germer (2005), cuando *Mindfulness hace referencia al* proceso psicológico de ser consciente parece referirse a un estado o momento consciente (*mindful*), asociado a las siguientes características que ocurren simultáneamente en cada momento de Mindfulness:

- **No conceptual:** *Mindfulness* es conciencia sin absorción en nuestros procesos de pensamiento.
- **Centrado en el presente:** *Mindfulness* ocurre siempre en el momento presente. Los pensamientos sobre nuestra experiencia nos distancian un paso del momento presente.
- **No enjuiciamiento:** la conciencia no puede existir nítida y sin trabas si nos oponemos a nuestra experiencia presente, prefiriendo que sea distinta a la que es.
- **Intencional:** *Mindfulness* incluye siempre la intención de dirigir la atención hacia algún lugar. Renovar la atención hacia el momento presente le proporciona a *Mindfulness* una continuidad en el tiempo.

- **Observación participante:** *Mindfulness* no supone un testigo desapegado e indiferente que se abstiene de participar. Se trata de experimentar la mente y el cuerpo de una forma más íntima.
- **No verbal:** La experiencia de *Mindfulness* no puede ser capturada por palabras, porque la conciencia ocurre antes de que las palabras surjan en la mente. Lo verbal no es tanto el referente de *Mindfulness* como lo perceptivo.
- **Exploratorio:** La conciencia *mindful* trata de investigar siempre los niveles más sutiles de percepción.
- **Liberador:** cada momento de conciencia *mindful* nos provee de libertad sobre el sufrimiento condicionado.

Para algunos autores como Shaphiro et al., (2006), la *intención* experimenta una evolución a lo largo del tiempo de práctica, primando la autorregulación en la fase inicial, la autoexploración en la siguiente y la autoliberación finalmente, entendida ésta última, como la experiencia de trascendencia en la que dejamos de sentirnos como un ser separado. En este sentido, estos autores consideran que cuando la psicología occidental separa la esencia de *Mindfulness* de sus raíces históricas originales pueden aparecer equívocos y dificultades.

Atendiendo a este proceso, el modelo de Germer (2005) al igual que Bishop et al., (2004), destaca la presencia de tres elementos claves en las aplicaciones clínicas de *Mindfulness*: a) Conciencia, b) la experiencia presente, y c) aceptación. Suponiendo necesaria, además, la presencia irreducible de esos tres componentes en su interacción interdependiente para que ocurra la experiencia de *Mindfulness*. A continuación se explicitan estos conceptos atendiendo a la organización que plantea Delgado (2009) (**figura 4**).

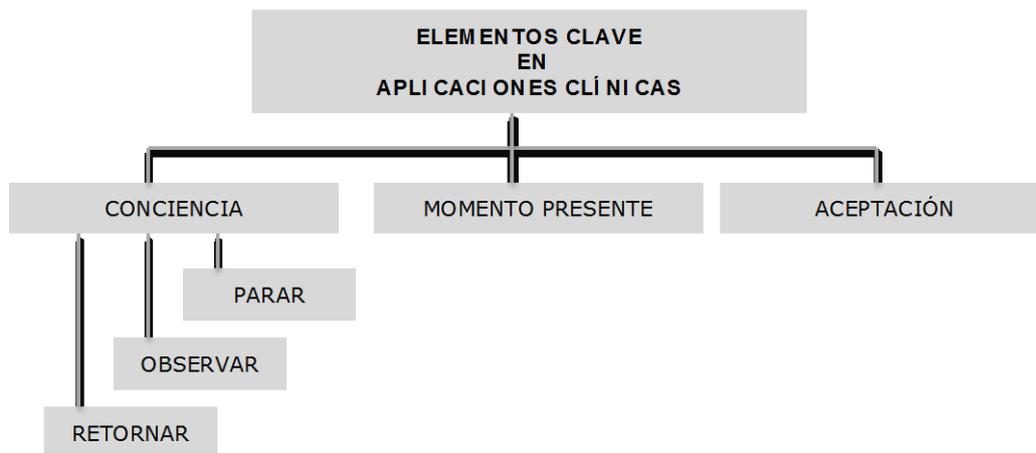


Figura 4. Componentes claves del Mindfulness en la práctica clínica  
Fuente: elaboración propia

- **Conciencia:** Una vez que se ha establecido la intención de estar conscientemente despiertos, Germer (2005) encuentra en la mayoría de las técnicas *Mindfulness* la utilización de tres aspectos para cultivar la conciencia: 1) parar, 2) observar, y 3) retornar.

1. **Parar:** En las actividades cotidianas nuestra atención a menudo se halla inmersa en nuestros esfuerzos por conseguir metas deseadas y evitar experiencias desagradables. Sin embargo, es posible soltar la cadena automática de pensamientos, nuestros esfuerzos por conseguir metas deseadas y evitar experiencias desagradables.
2. **Observar:** En la práctica de *Mindfulness*, más que observar la experiencia desde un punto de mira desapegado, miramos calmadamente como observadores participantes (perspectiva que coincide con la de Linehan, 1993). Si estamos rumiando sobre algún problema, es más efectivo desenganchar la atención de la rumiación si simultáneamente la focalizamos en un objeto particular. En este sentido, el objeto de atención más común en los ejercicios *Mindfulness* es la respiración, pero cualquier experiencia sensorial puede servir para este propósito.
3. **Retornar:** Cuando nos damos cuenta que nos hemos distraído en un pensamiento, podemos realizar una nota mental de qué cosa

capturó nuestra atención, y amablemente volver nuestra conciencia a su objeto focal original, estando alerta de hacia dónde vaga la mente la siguiente vez. Tanto si estamos inmersos en la actividad cotidiana, como si estamos practicando la meditación sentada, siempre que sea necesario retornamos al objeto focal de atención para encontrar y anclar nuestra atención.

- **Momento presente:** Uno de los objetivos de *Mindfulness* es estar unificados con nuestra actividad y encontrarnos en un estado de flujo en el momento presente (Csikszentmihalyi, 1990), es decir, alertas, energéticos, contentos, calmados. Todos los ejercicios *Mindfulness* traen la atención al presente. A veces una sensación o sentimiento secuestra nuestra atención y nos hace perder nuestra experiencia del momento presente. La práctica *Mindfulness* es por lo tanto un entrenamiento en atención para enfocarla en la experiencia presente.
- **Aceptación:** Según Germer (2005), nuestra vivencia del momento presente está coloreada por nuestra actitud. La clave de la aceptación es justamente el medio para recibir nuestra experiencia sin juicio o preferencias, con una actitud de curiosidad y amabilidad. Para Germer, la aceptación es suave, amable y relajada. Una instrucción común que se utiliza en distintos programas que se basan en *Mindfulness*, o lo integran, es respirar dentro de las experiencias aversivas tratando de evitar la resistencia o la crispación ante la experiencia (por ej., el dolor crónico).

Brown et al., (2003), definen *awareness* y *attention* bajo el paraguas de la conciencia (*consciousness*), implicando a ambos en *Mindfulness*. Según ellos, “*awareness* es como el radar de fondo de *consciousness*” que de forma continua monitoriza el entorno interno y externo. Uno puede ser consciente de un estímulo sin que sea el centro de atención. Mientras que la atención captaría figuras fuera del campo de *awareness*, sosteniéndolas focalmente por un periodo de tiempo. Según este modelo, “*awareness*” corresponde a la experiencia subjetiva de los fenómenos internos y externos, y “*la atención*” es la que dirige el foco de la percepción a los fenómenos seleccionados de la realidad. *Mindfulness* conlleva un realce de la atención y *awareness* (el darse cuenta) de la experiencia del momento presente. Resumiendo, una característica central de *mindfulness* es la percepción y atención abierta y receptiva, lo que se puede reflejar en una conciencia más

sostenida y regular de los eventos y experiencias continuados (Brown & Ryan, 2003).

Por otro lado, al conceptualizar el Mindfulness, Dimidjian & Linehan (2003) identifican tres cualidades relacionadas con lo que una persona hace cuando practica *mindfulness*: 1) la observación, el darse cuenta, traer a la consciencia; 2) la descripción, el etiquetado, el reconocimiento; y 3) la participación. También se identifican tres cualidades relacionadas con el modo en el que una persona realiza estas actividades: a) con aceptación, permitiendo, sin enjuiciar; b) en el momento presente, con mente del principiante; y c) eficazmente.

Peressuttia C, Martín-González J. M y García-Mansoa J. M. (2009), describen el estado de meditación como el estado de atención enfocada que aún en esa fase es un 'estado voluntario', en él, la mente está aplicada en concentrarse en apenas un punto, en ese momento es también, un 'estado internalizado' en el cual el único instrumento utilizado es la observación de la propia respiración. Cysarz y Büssing (2005), plantean que en esta fase cualquier intención hacia el exterior es minimizada y la atención en el proceso respiratorio es mayor. Esta es una etapa importante en el proceso de calmar la mente y especialmente presente en la práctica del inicio del aprendizaje de la meditación. En mindfulness no hay más concentración en un punto específico; se observa la totalidad del campo de percepción a través de una conducta pasiva. Lutz et al., (2008) llaman a este estado de "open monitoring" u observación expandida y explican que "conlleva una observación no-reactiva de los contenidos experimentados momento a momento, primeramente como un medio para reconocer la naturaleza de los patrones emocionales y cognitivos".

En contraposición al estado de conciencia, podemos referirnos al estado *Mindless*, es la analogía a la relación entre ausencia de *Mindfulness* y *Mindlessness* (Brown & Ryan, 2003). *Mindlessness* ocurre al encontrarnos ensimismados en pensamientos y opiniones en ausencia de atención consciente y de una forma que resulta no adaptativa. *Mindlessness* está asociado a rumiación o fantasía que detraen la calidad de la implicación del individuo de lo que esta focalmente presente. Cuando nos comportamos de una forma compulsiva o automática, sin darnos cuenta o sin prestar atención a nuestra conducta (Deci & Ryan, 1980).

Algunas características o ejemplos que se han asociado al estado de

*Mindless* son, precipitarse en la realización de actividades sin prestar atención; ingerir alimentos sin conciencia de estar comiendo; romper o derramar cosas como consecuencia de descuidos, inatención, o estar pensando en otra cosa y no escuchar con atención.

### 2.1.1.2. El Mindfulness como Constructo

En la literatura psicológica actual algunos autores cuando hacen referencia al mindfulness como constructo aluden a las formulaciones y definiciones operativas que ellos mismos han propuesto.

Para Bishop et al., (2004) la práctica de "*Mindfulness puede ser conceptualizada como un proceso de conciencia investigadora que implica la observación del siempre cambiante flujo de la experiencia íntima*". El término investigación se refiere al esfuerzo de sostener la observación de los pensamientos y sentimientos con la intención de lograr una mayor comprensión de su naturaleza.

La propuesta de definición operativa de *Mindfulness* (Bishop et al., 2004) se hizo en el marco de un modelo donde se contemplan dos componentes fundamentales en *Mindfulness*, distinguiendo lo que son las conductas que la constituyen y la potencian de los efectos que tiene cuando se actúa desde ella. Se operativiza partiendo de las conductas que se realizan en la meditación sentada. En ella se atiende a la respiración, luego se aceptan las sensaciones del cuerpo y más tarde, se va ampliando la conciencia a todos los pensamientos, sensaciones, sentimientos y emociones que ocurren en ese momento, en cada instante, como si fuera la primera vez que se perciben.

Estos autores resumen las conductas fundamentales que se realizan con los siguientes conceptos:

- ***Autorregulación de la atención:*** Este primer proceso o conducta trata de observar y atender a los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones y a los cambios que se van produciendo en ellos, estando completamente presentes y vivos en cada momento. Para ello, hace falta tener ciertas habilidades, en concreto, mantener la atención. Palabra que equivale a la consciencia o al ser consciente, con ella. En definitiva, se trata de mantener la atención sostenida en un objeto y tener la capacidad de conmutarla para dirigirla de nuevo a la respiración. Los pensamientos,

sentimientos, sensaciones y emociones se dejan pasar sin posteriores elaboraciones. En resumen, los procesos que componen esta fase son: la *Atención sostenida*, la *Conmutación de la Atención* y la Inhibición de la elaboración de los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones. Por lo tanto, para Bishop et al., (2004), la conciencia plena es un proceso metacognitivo que incluye la monitorización y el control de las cogniciones.

- ***Orientación a la experiencia***: actitud con la que se aborda el ejercicio del primer componente, es decir, cómo se viven esas experiencias del momento presente. Implica acercarse a la experiencia con una orientación de la curiosidad y la aceptación, independientemente de la valencia y la conveniencia de la experiencia. “No hacer”, es lo que Bishop et al., (2004) consideran el segundo componente conductual de la conciencia plena, la aceptación, o lo que es lo mismo, abrirse a la experiencia sin actuar. Actitud de conciencia plena supone ser conscientes de lo que estamos experimentando en cada momento, con curiosidad y aceptación. Esto implica atención sostenida, la habilidad en cambiar de nuevo a la experiencia si la mente se distrae, y la conciencia no valorativa de pensamientos, sentimientos y sensaciones (Hayes & Feldman, 2004). Supone el abandono de cualquier intención de cambiar la experiencia en un proceso activo y permitir la existencia de los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones que están en nuestra conciencia. Brown & Ryan (2004) afirman que mantener la atención en los estímulos que son desagradables implica aceptarlos. Dhiravamsa (2002) lo explica como desidentificación, “no apego” a cualquier cosa que se presente, sin interferir, juzgar o comentar, y sin alejarse o enfrentarse a lo que sucede.

En esta línea conceptual según Bishop et al., (2004) *Mindfulness* puede ser considerada como una habilidad metacognitiva (cognición de nuestra propia cognición) aspecto que también consideraban otros autores como Flavell (1979).

La metacognición ha sido relacionada con dos procesos, vigilancia y control (Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C., & Crowley, M. 1999), procesos que se pueden vincular a los aspectos de observación y de autorregulación de la atención que están implícitos en *Mindfulness*.

Desde la visión budista se nos ofrece una descripción que encaja con estas explicaciones Dhiravamsa (1996): “*no solo contemplas al objeto como objeto, sino que eres consciente a la vez del proceso de la mente reaccionando al objeto y del objeto en sí mismo*”.

Sin embargo, Brown et al., (2003) entienden que la cognición y la consciencia son distintas modalidades de procesamiento y que *Mindfulness* difiere de un proceso metacognitivo en que su modo de operación es perceptivo, operando sobre el pensamiento, la emoción y otros contenidos de la consciencia, más que dentro de ellos. Estos autores señalan una carencia en el modelo de Bishop, en la descripción del componente de auto-regulación de la atención, al no discriminar entre atención y Awareness como características principales de la consciencia. Además, consideran importante esta distinción de cara a la promoción de la práctica de *Mindfulness*. Según ellos, Bishop et al., (2004) no aclaran la relación entre las prácticas que sugieren por un lado, el realizar la focalización de la atención (por ej., en la respiración), y por otro, el darse cuenta con curiosidad de a dónde o cómo divaga la mente.

Por otra parte, al considerar la posible dicotomía de focalizar la atención en la experiencia interna o en la experiencia externa, en la literatura se han adoptado diversas orientaciones. Mientras Bishop et al., (2004) resaltan la autorregulación de la atención de forma que se mantenga en la experiencia interna, Brown & Ryan (2004) la enfocan más bien en atender a las actividades de la vida cotidiana, congruentemente con el único factor de —presencia— que proponen para evaluar *Mindfulness* (Mindfulness Attention Awareness Scale, MAAS; Brown et al., 2003).

Por su parte, Safran y Muran (2005) señalan los procesos internos como objeto de la atención junto al recuerdo, al igual que Germer (2005) de tomar conciencia y reenfocar la atención cuando se nos haya perdido la actitud de observador, al absorberse nuestra atención en algún pensamiento, sentimiento o fantasía. Pérez et al., (2007) indican la posibilidad de compatibilizar estos planteamientos divergentes si se asume que el objeto de atención puede variar en función del momento, de forma que mientras se medita la atención puede estar enfocada en los propios procesos internos, y en la vida cotidiana centrarse en la tarea que estemos realizando.

Como señala Delgado (2009), además de las ya referidas, existen otras

características propuestas por diversos autores, con variaciones más o menos significativas del modelo anterior. Shapiro et al., (2006) aportan un modelo de Mindfulness donde postulan la existencia de tres componentes —intención, atención y actitud— presentándolos como aspectos no separados entre sí, sino entrelazándose en su ocurrencia simultánea. Según estos autores, atender intencionalmente con apertura y sin enjuiciamiento conduce a un cambio significativo de la perspectiva que denominan “*reperceiving*” (volver a darse cuenta). Este cambio conlleva ser un simple testigo de la propia vida desidentificándose del drama personal. Este proceso de “*reperceiving*” lo categorizan como un meta-mecanismo de acción que engloba cuatro mecanismos: la autorregulación, la clarificación de valores, la flexibilidad cognitiva, emocional y conductual, y la exposición.

Estos procesos no los plantean de un modo lineal, sino que de forma interactiva cada variable afecta y da soporte a las demás, conduciendo a un cambio y resultado positivo. Además, sugieren que “*reperceiving*” puede ser descrito como una rotación en la conciencia, en la cual, lo que era previamente el sujeto alcanza a ser el objeto, en analogía a lo que ha sido señalado por los psicólogos del desarrollo como una clave del desarrollo evolutivo a lo largo de la vida, en el cambio gradual de perspectiva de la subjetividad a la objetividad (Shapiro et al., 2006).

Desde la óptica de la Psicología social cognitiva, “*Mindfulness* es un proceso cognitivo que emplea la creación de nuevas categorías, apertura a nueva información y conciencia de más de una perspectiva” (Langer, 1989). Añadiendo un tercer componente a los de Bishop et al., (2004), “*Pasar a la acción a partir de la aceptación*”, como una tercera fase de la conciencia plena. Langer (1989, 1997, 2000) propone que además de estar abierto a la experiencia y no intentar cambiarla, se trata de desarrollar nuevas perspectivas para poner en marcha nuestros valores, no con ánimo de cambio interno, sino con ánimo de aprovechar lo que existe en ese momento en el contexto concreto en el que nos encontramos para poder sacarle el máximo partido posible. De hecho Dimidjian & Linehan (2003) definen la conciencia plena con dos componentes más que se refieren a la actividad, participación y eficacia.

Por otra parte, Pérez y Botella (2007) enfocan la exploración de los componentes de *Mindfulness* tratando de responder a la pregunta formulada por Baer, Smith & Allen (2004) ¿Qué hace una persona cuando piensa/actúa con

Mindfulness?”. Su respuesta contempla los siguientes aspectos interdependientes: atención al momento presente, apertura a la experiencia, aceptación, dejar pasar e intención. El componente de dejar pasar consiste en no dejarse atrapar por ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo, es decir, en no apegarse ni identificarse con ellos.

Desde un punto de vista psicológico, también se ha venido a considerar como un constructo de personalidad. Se pretende medir cuánto *Mindfulness* "tiene" una persona y cómo puede afectar esto a diversas dimensiones psicológicas, así como procesos concretos (Brown & Ryan 2003, Vallejo 2006, Enriquez 2011)

Brown & Ryan (2003) entienden y encuentran en sus estudios que *Mindfulness* puede considerarse un constructo tanto *rasgo* como *estado* que juega un extenso e importante papel en la auto- regulación y experiencia emocional. Los autores parten de la base que existen diferencias entre los sujetos en su tendencia y voluntad a ser conscientes y mantener la atención a lo que está sucediendo en el presente (rasgo) y que, además, la capacidad de conciencia plena varía dentro de cada individuo ya que puede ser intensificada o entorpecida por una variedad de factores (estado).

El detallado mapa de investigaciones previas pone de relieve lo que Jon Kabat- Zinn (2008) señala respecto al Dharma, según los escritos clásicos y las investigaciones actuales, donde destaca (al Dharma) como un entendimiento vivo, que evoluciona, no un dogma fijo y relegado a un museo dedicado al pasado culturalmente restringido. El marco de trabajo del Dharma permite que sea sometido a pruebas empíricas y necesitaría cambiar si resulta fundamentalmente inadecuado, según los criterios aceptados de la investigación científica y la epistemología.

En los últimos años en la investigación del Mindfulness los profesionales e investigadores que pretenden entender lo que tienen entre manos, requieren adquirir experiencia en primera persona, antes de probar de manera auténtica su utilidad, eficacia o conocer el potencial del entrenamiento en Mindfulness. El Mindfulness requiere incorporar la bondad y la compasión, en el sistema coordinado secular de curar y conocer de la psicología, la psiquiatría, la psicoterapia y la medicina; ya que el Dharma, en su articulación más universal, no puede, ni debe dictar cómo se exploran las cosas (Kabat- Zinn, 2008).

## 2.2. Instrumentos de medida de Mindfulness

Las investigaciones en el campo del mindfulness han intentado unificar criterios que permitan una sólida base teórica y conceptual de cara al desarrollo de instrumentos de medida (**tabla 2**).

Tabla 2. Instrumentos de medida Mindfulness

<b>IFM</b>	<b><i>Frieburg Mindfulness Inventory</i></b> (Buchheld, Grossman, y Walach, 2002)
<b>MAAS</b>	<b><i>Mindfulness Attention Awareness Scale</i></b> (Brown et al., 2003)
<b>KIMS</b>	<b><i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i></b> (Baer, et al., 2004)
<b>CAMS</b>	<b><i>Cognitive and Affective Mindfulness Scale</i></b> (Feldman et al., 2004)
<b>QM</b>	<b><i>The Mindfulness Questionnaire</i></b> (Chadwick, Hember, Mead, Lilley & Dagnan, 2005)
<b>PHMLS</b>	<b><i>Philadelphia Mindfulness Scale</i></b> (Cardaciotto, 2005)
<b>TMS</b>	<b><i>Toronto Mindfulness Scale</i></b> (Lau, Bishop, Segal et al., 2006)
<b>FFMQ</b>	<b><i>Five Facet Mindfulness Questionnaire</i></b> (Baer, Hopkins, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006)

Fuente: elaboración propia

Con ellos se podrá comprobar la especificidad de la atención plena, demostrando la validez y sensibilidad al cambio gradual. Como se han podido identificar para los procesos psicológicos implicados subyacentes a la regulación de la atención plena se han desarrollado pruebas de gran alcance para la validez de constructo (Delgado, 2009).

Siguiendo la clasificación llevada a cabo por Baer et al., (2006) habría una serie de instrumentos que se han desarrollado y son los que se utilizan con mayor frecuencia en los estudios que evalúan Mindfulness:

- El primer cuestionario desarrollado fue el *Frieburg Mindfulness Inventory* (FMI) (Buchheld, Grossman, & Walach, 2002; Walach, Buchheld, Büttenmüller et al., 2006). Inicialmente la escala constaba de 30 ítems

medidos en cuatro factores, aplicándose a personas que acudían a retiros de meditación. El análisis factorial de las puntuaciones reveló cierta inconsistencia entre los factores, que llevo a sugerir a los autores que la escala se interpretase unidimensionalmente, recomendando el uso de una única puntuación global. Posteriormente, se desarrolló la aplicación reducida de 14 cuestiones items (Walach et al., 2006). Esta versión se trata de un cuestionario unidimensional que mide un solo factor general de atención plena, diseñado para medir mindfulness en contextos generalizados sin experiencia previa de meditación.

- *Mindfulness Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown et al., 2003). Consta de un total de 15 ítems. Está estructurada con un solo factor que se centra fundamentalmente en la capacidad del individuo de estar atento y consciente de la experiencia del momento presente en la vida cotidiana, por tanto, ofrece una única puntuación global. La escala trata de cuantificar con qué frecuencia se actúa en piloto automático, con preocupación y sin poner atención. Este instrumento se ha validado en población no clínica y en enfermos de cáncer pudiendo ser utilizado con personas sin experiencia en meditación.
- *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (Baer et al., 2004). Está inspirado en el marco conceptual de la Terapia Dialéctico-Comportamental de Linehan, de manera que sus 39 ítems se corresponden con la clasificación de las habilidades *Mindfulness* propuestas desde este enfoque. El cuestionario presenta una estructura multifactorial no jerárquica con cuatro factores: —observando, describiendo, —actuando conscientemente y —aceptando sin enjuiciar. Sus medidas reflejan la tendencia a estar consciente en la vida cotidiana sin que se requiera experiencia en meditación.
- *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS) (Feldman et al., 2004) y su versión revisada (CAMS-R) (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007). En su versión original la CAMS presentaba 18 ítems que reflejaban la conceptualización de Kabat-Zinn (1990). Debido a la baja consistencia que ofrecían sus ítems se reelaboró en la versión CAMS-R que presenta solo 12 ítems basados en una conceptualización multifacética de *Mindfulness* que muestra una consistencia interna aceptable, ofreciendo un

lenguaje que no está restringido al empleado en un entrenamiento específico de habilidades o meditación.

- *The Mindfulness Questionnaire* (MQ) (Chadwick, Hember, Mead, Lilley & Dagnan, 2005). Es un cuestionario de 16 ítems que mide *Mindfulness* en relación a una aproximación consciente a los pensamientos e imágenes desagradables. Aunque el cuestionario presenta un solo factor, los autores reflejan los siguientes componentes: observación, dejar ir, ausencia de aversión y no enjuiciar la experiencia, aunque no recomiendan la computación de estas subescalas.
- *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS) (Cardaciotto, 2005). Recoge la aproximación de Kabat-Zinn (1994) siendo al mismo tiempo congruente con la formulación de Bishop et al., (2004). Presenta 20 ítems constituidos en dos factores, —conciencia del momento presente y —aceptación.
- *Toronto Mindfulness Scale* (Lau, Bishop, Segal et al., 2006). Se ha informado de una primera versión de 10 ítems con un factor (Bishop et al., 2004) no publicada que se obvia. La actual contempla los dos componentes de la definición operativa del grupo de Bishop, autorregulación de la atención y actitud de curiosidad, apertura y aceptación. Inicialmente, se propusieron 15 ítems que a la postre se han reducido a 13.
- *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer, Hopkins, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Escala desarrollada por los autores de la KIMS, está basada en los resultados de un análisis factorial de cinco de las escalas más importantes sobre *Mindfulness*, las escalas KIMS (Baer et al., 2004), FMI (Buchheld et al., 2001), MQ (Chadwick et al., 2005), MAAS (Brown & Ryan, 2003).

### **2.3. Bases Budistas del Mindfulness**

El punto de partida del Mindfulness es una tradición que tiene una existencia mínima de 2.500 años, porque la acotamos al espacio temporal de Buda (Siddhartha Gotama), el gran unificador e integrador de una tecnología (sabiduría) posiblemente ancestral. Buda, a modo de investigador y experimentador a la vez, se plantea el problema del sufrimiento humano y decide investigarlo. Básicamente,

el principal objetivo de las enseñanzas de Buda fueron, y continúan siendo la erradicación o cese del sufrimiento humano (Rimpoché, S., 1994; Gyatso, T (S.S. el XIV Dalai Lama), 1997; Fulton & Siegel, 2005; Dalai Lama, 2007).

El resultado de su investigación (sus enseñanzas) las llamo *Dharmma*, las presento como una solución universal y práctica para resolver un problema universal (el sufrimiento). Estas enseñanzas originales de Buddha tienen su reflejo más cercano en los textos del *Canon Pali* en los que se basa la tradición *Theravada del Sudeste asiático* y al cual nos ceñiremos ya que posiblemente sea más fácil de entender el origen budista del Mindfulness, constatando también la existencia de otras dos tradiciones que junto con la Theravada, son las más extendidas en Occidente: la tradición Zen (de origen chino originalmente) y las diversas escuelas del Budismo tibetano (Lutz, Dunne & Davidson, 2007).

Ha de precisarse que Buda no enseñó una religión, filosofía o sistema de creencias. Sus enseñanzas son una metodología precisa acerca del sufrimiento y su erradicación. Enseñanzas que parten de una premisa básica *la propia experiencia* como única autoridad suprema, se ha de examinar todo para comprobar si es lógico, práctico y provechoso, no solo con la razón, sino experimentándolo directamente (Hart, 1997).

La verdad sólo puede ser vivida y experimentada directamente dentro de uno mismo. Perseguía la realización concreta del inmenso potencial humano concentrándose en lo que cada cual puede y tiene que hacer por sí mismo. En palabras atribuidas a Budha, “todos los fenómenos son precedidos por la mente y que cuando ésta se comprende, se comprenden todos los fenómenos; además de que al controlar la mente se controlan todas las cosas” (Santideva, 1961).

### **2.3.1. Fundamentos básicos**

Los conceptos pilares sobre los que se asientan las enseñanzas de Buda y de los que emana la esencia estructural del Mindfulness es el texto guía *Abhidharma* (Nianaponika Thera, 1965) donde se recogen los dos sermones de Buda (Nianaponika Thera, 1965) 2500 A.C., *Anapanasati Sutra* (Rosenberg, 1999) y el *Satipatthana Sutra* (Nianaponika Thera, 1962). La complejidad de conceptos integrados en este texto, dirige a sintetizar los conceptos fundamentales para su comprensión a través de un mapa conceptual (**figura 5**) que se desarrolla a

continuación:

- ☞ **Las Cuatro Nobles Verdades:** *primera noble verdad*, la verdad del sufrimiento inherente a la existencia condicionada. *La segunda noble verdad*, la verdad del origen del sufrimiento, que es el deseo y el apego. Deseo de conseguir y conservar lo que nos resulta agradable o atractivo; y aversión, o deseo de liberarnos de todo lo que nos resulta desagradable. *Tercera noble verdad*, la verdad de que es posible la cesación del sufrimiento. *La cuarta noble verdad*, la verdad del camino que conduce a la cesación del sufrimiento, el que detalla el *Noble Óctuple Sendero*.
  
- ☞ **El Noble Óctuple Sendero:** En él se hace una división tripartita en la que se describe un modo de vida caracterizado por el cultivo de la sabiduría (*pañña*), la ética (*sila*) y la concentración mental (*samadhi*). Teniendo cada una de ellas unas pautas precisas de desarrollo, justa(recta) comprensión u opinión, justo propósito (Sabiduría), justa palabra o habla, justa conducta o acción, justo sustento (Ética), justo esfuerzo, justa atención (*Mindfulness*), justa concentración (*samadhi*).
  
- ☞ Desde el nacimiento hasta la muerte lo que la existencia humana realmente significa se denomina “sufrimiento”. Según Buda el sufrimiento (*Dukkha*) significa todas las sensaciones sentimientos y pensamientos dolorosos y en resumen todos los estados condicionados que son transitorios y están sujetos al cambio. Por esa razón consideramos el sufrimiento como el componente fundamental que subyace a toda vida humana. Por lo tanto, el liberarnos del sufrimiento (o la libertad en relación al sufrimiento) es la meta de nuestra vida (Dhiravamsa, 2004). Pero, también el sufrimiento nos proporciona una oportunidad de hacer algunos cambios y mejoras tanto individual, como colectivamente.

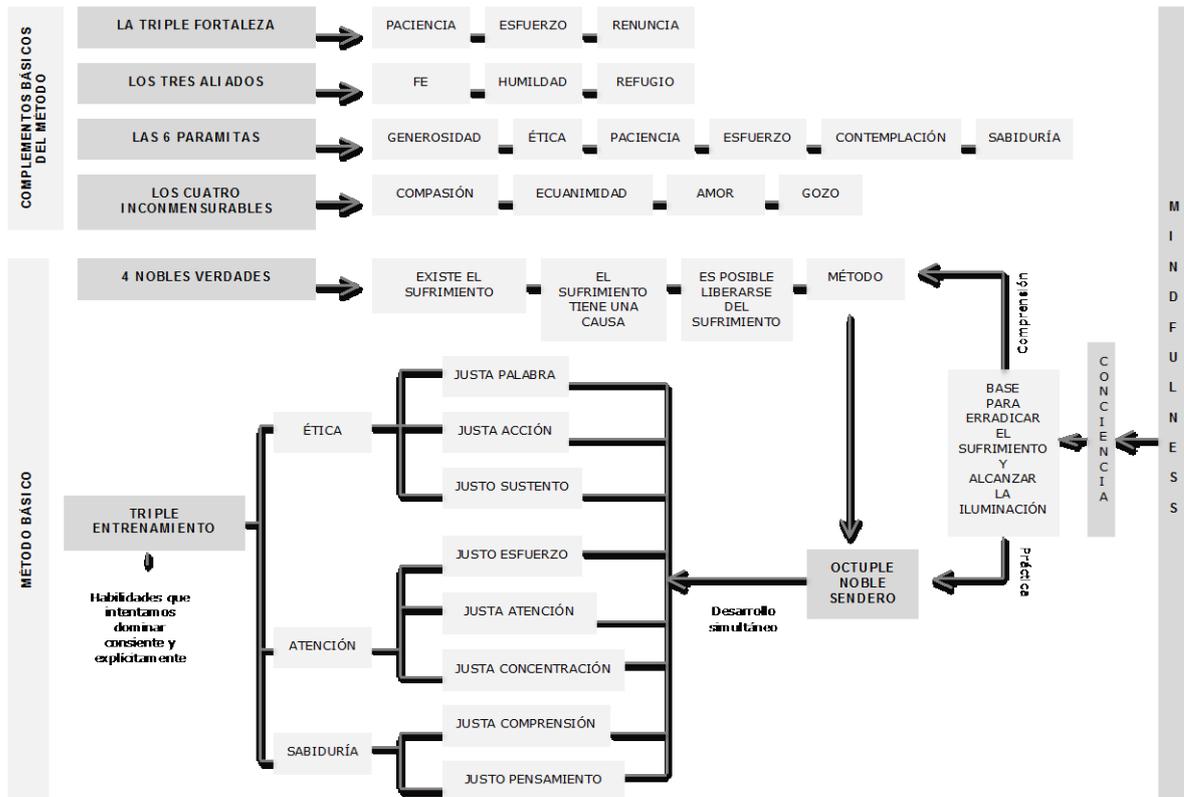


Figura 5. Mapa conceptual de los elementos básicos de la Psicología budista  
Fuente: elaboración propia

La tarea consiste en seguir varios pasos: Intentar entender correcta y totalmente lo que el sufrimiento es realmente; Cómo nace; Cuál es su causa raíz; Cómo puede finalizar; Y si es posible, que deje de dominar nuestra vida; Y si se puede detener, cuál es el camino correcto para que cese.

1. Respecto al primer paso el sufrimiento Dukkha se distinguen tres categorías (Dhiravamsa, 2004):

- El **sufrimiento ordinario**: el experimentado por medio de nuestros sentidos dolores incomodidad y sensaciones desagradables tanto física como emocional y mentalmente (no conseguir lo que deseamos, la separación de los seres queridos, la vejez y la muerte).

- El **sufrimiento producido por el cambio**: Hace referencia a todo tipo de placer y de dolor transitorio y cambiantes, la felicidad e infelicidad pasajeras, y todo nuestro cuerpo (físico, emocional y mental), estados psicológicos y factores espirituales que estructuran nuestra existencia. Todos son transitorios, impermanentes y están sujetos al cambio. El cambio de situación vital aunque sea positivo siempre produce alguna preocupación y aparece la ansiedad (que forma parte de nuestra existencia) acerca del futuro de nuestras circunstancias. La ansiedad es una forma de sufrimiento especialmente cuando se convierte en lo que psicológicamente denominamos un estado de ansiedad. Nos resistimos al cambio no queremos aceptarlo cuando llega, deseamos mantener nuestro estilo de vida.
  - El **sufrimiento en forma de estados condicionados**: suele ser la más sofisticada y difícil de entender de las categorías del sufrimiento. Se trata de *Dukkha* (sufrimiento/insatisfacción) como estado condicionado. Todo lo creado (cuerpo y mente, los estados mentales, emocionales, entre otros) es *dukkha* en sentido amplio. Poner fin a *dukkha* es poner fin a todos esos estados condicionados, aprender a desacondicionarnos, a liberarnos.
2. En cuanto al segundo de los pasos, el factor básico que subyace al proceso de nacimiento del mismo es “*la ignorancia*” en el sentido de ausencia de conciencia (y no de falta de información o conocimientos). Debido a esta ignorancia hacemos cosas tanto física, como verbalmente, que pueden afectar a los demás o incluso a nosotros mismos de forma desagradable. Para Buda, la ignorancia se refiere a la falta de comprensión de las Cuatro Nobles Verdades: la Noble Verdad del Sufrimiento, la noble Verdad del Nacimiento del Sufrimiento, la Noble Verdad el cese del sufrimiento, y la Noble Verdad el Camino que conduce al Fin del Sufrimiento.
  3. El cooperante natural de la ignorancia es el “*anhelo*” (sed, deseo) causa principal del sufrimiento y el “*apego*” que se refuerzan mutuamente, impidiendo el autodesarrollo y la maduración. Hay cuatro tipos de apegos: placer de los sentidos, opiniones o puntos de vista, rituales e idea de si mismo. Podemos identificarlos también como egoísmo; indecisión y duda; deseo lujurioso; mala

voluntad e ira reprimida; aferrarse al hermoso y dorado mundo de la forma; aferrarse al plano del infinito y más allá; orgullo; inquietud; ignorancia o ausencia de realización experimental.

4. La extinción del deseo no es la eliminación de este, desde el punto de vista científico este sería un hecho imposible ya que el deseo es una energía y ninguna energía puede ser destruida o aniquilada que sólo puede ser cambiada o transformada. Desde el punto de vista budista la energía del deseo ha de ser transformada totalmente para convertirse en una respuesta no contaminada para vivir de forma completamente integrada.

☞ **Cuatro “Fundamentos de la Atención”:** (1) Se dirige al cuerpo, (2) a las sensaciones, (3) al estado de la mente o condiciones generales de consciencia en un momento dado, y (4) al contenido mental, esto es al contenido concreto u objeto de la consciencia en un momento dado. Sobre la contemplación del cuerpo se consideran la atención a la respiración (*anapana-sati*), la atención a las posturas del cuerpo, la atención con clara comprensión (que se extiende a todas las funciones del cuerpo), la contemplación de las partes del cuerpo, la contemplación de los cuatro elementos.

- Sobre la contemplación de las sensaciones se describe su tipología considerándolas agradables, desagradables y neutras, si su origen es físico o mental, reconociéndose la sensación como el estadio del cual surgen las emociones que conducen al sufrimiento.
- En la explicación de la contemplación del estado de la mente, se propone que la mente sea colocada ante el espejo claro de la atención pura, para percibirlo ecuánimemente tal como se presenta en un momento dado. Por ejemplo, se constata si es un estado mental en el que hay, o no hay deseo, u odio, u ofuscación; o un estado mental en el que existe, o no existe concentración. Es decir, simplemente se toma conciencia de cómo es el estado, sin elaborar o enzarzarse en argumentos de justificación, de crítica o de interpretación.
- En la explicación de la contemplación de los contenidos mentales se propone la observación de los contenidos del pensamiento o configuraciones mentales y se sugieren ejercicios para tomar conciencia si

en el contenido están presentes los obstáculos mentales o los factores de iluminación.

- ☞ En el Buda-Dharma no existe palabra para una “emoción”, todas las emociones se incluyen en los “*estados mentales*” y los de la conciencia como puede ser, la ira, la pereza, la ansiedad, la preocupación, la agresividad, la inquietud, la paz, la tranquilidad, la serenidad, el afecto y la compasión. Esta es la razón por la que en el *Dharma* no haya un término específico para las emociones. Existe un término para el sentimiento (*vedaná*), pero el sentimiento no es una emoción. El sentimiento si lo comparamos con emoción es muy débil. El sentimiento es simplemente sensación y valoración de la experiencia (Dhiravamsa, 1993).
- ☞ En el budismo se han postulado los **Cuatro Pensamientos Inconmensurables o sin límites** (también llamados cuatro estados sublimes) como ejes centrales que rigen su filosofía (Gyatso, 1997):
  1. **Compasión o Bondad Amorosa** (*karuna*): que todos los seres estén libres de sufrimiento y de sus causas (auto-engaños, confusiones y los pensamientos negativos).
  2. **Amor incondicional** (*metthâ*): que todos los seres posean la felicidad y sus causas, implicando las cinco perfecciones (generosidad, paciencia, entusiasmo, ética, concentración y sabiduría).
  3. **Gozo o Alegría** (*mudita*): una mente llena de Compasión y Amor, es una mente llena de alegría y de gozo. Descubrimos que nuestra mente natural es un estado de paz y regocijo, pero además de esto, notamos un estado de claridad, de lucidez, que es también, inseparable del gozo.
  4. **Ecuanimidad** (*upekkha*): como todos los problemas vienen del apego y del rechazo, la ecuanimidad proporciona felicidad a la mente, la pacífica y la tranquiliza. Además con una mente relajada, se logra un cuerpo relajado y una respiración relajada.
- ☞ Respecto al ser humano, una de las conclusiones que Buda obtiene de su investigación es que el hombre es una combinación temporal de *cinco (pañca) agregados (khanda)*: *rúpa* (el cuerpo), *vedaná* (sensaciones y sentimientos), *sañña* (percepción), *sankhára* (formaciones mentales o patrones energéticos) y

*viññána* (conciencia).

- ☞ **Kilesas:** las principales contaminaciones, son la ignorancia, el deseo compulsivo y el apego. Con la contemplación de los 5 agregados se eliminan las kilesas.
  
- ☞ Respecto a la “*Existencia del ser*”, se reconocen en ella tres características (Dhiravamsa, 2002):
  1. Impermanencia (*anicca*): Todos las cosas en esta vida ya sean materiales o psicológicas están sujetas a la ley del cambio.
  2. Insatisfacción y vacío o falta de sustancia: sufrimiento.
  3. Entidad permanente o ausencia de yo (*anattá*): concebimos nuestra existencia como una entidad separada y al establecer el yo automáticamente surge el otro como un opuesto. Pero no existe un yo separado (o sujeto) o aislado de su contexto, todo está relacionado y es interdependiente.
  
- ☞ Pensar que podemos encontrar placeres duraderos y evitar el dolor es lo que el budismo llama “*samsara*”, un ciclo sin salida que da vueltas y vueltas interminablemente y nos causa un gran sufrimiento (Chödrön, 1998).
  
- ☞ Buda tiene dos definiciones para la “*felicidad*”: la primera, *Nirvana* es la felicidad suprema (*Nibbánam paramam sukham*). La segunda: el apaciguamiento y la calma de los *sankháras* (nuestras formaciones o fuerzas mentales) conduce sin duda a la felicidad (*Sankhárupasamo sukho*). Cuando todos las contaminaciones o impurezas, fuerzas oscuras y fuegos internos (*Kilesa*) derivados de los *sankháras* son extinguidos aparece la Felicidad o Nirvana. Por lo tanto, el camino hacia la *Iluminación*, hacia el *Nirvana*, nos conduce a la *Felicidad definitiva*, siendo la meditación Vipassana el vehículo para alcanzarla.

### 2.3.2. Meditación Vipassana

La práctica de meditación más utilizada actualmente en Occidente es la meditación *Vipassana* (en inglés, *Insight Meditation*) que se traduce habitualmente como conocimiento intuitivo, visión cabal (en inglés “*awarenesss or insight Meditation*”) o simplemente Vipassana (su nombre completo es Anapanavipassana que significa “plena consciencia de la respiración”). Para Dhiravamsa (2002)

significa “*un ver claro y total, una visión profunda y panorámica, ver con el ojo de la totalidad*”.

Según refieren algunos autores (Doshi, 1989; Fleischman, 1989) este tipo de meditación facilita el cambio de personalidad. Para Fleishman (1999) la meditación vipassana es una técnica que supone un ejercicio de trabajo psicológico.

Consiste en entrenar la mente para experimentar la realidad sin ningún rechazo de la experiencia que se está viviendo en cada momento; es el “*estar presente*” (Brown & Ryan, 2003).

La meditación Vipassana es la que mejor encaja con los modelos médicos occidentales y sobre la que existe gran evidencia en cuanto a sus efectos benéficos en múltiples trastornos. En Psicología generalmente se suele utilizar meditación mindfulness en lugar de meditación insight (Mañas, 2007).

La meditación Vipassana se centra en la respiración natural, observando la naturaleza cambiante de cuerpo y la mente, y así, experimentar la verdades universales de la impermanencia, el sufrimiento y la ausencia del yo (Nayaka-Thera, 2003).

En la meditación de la conciencia plena, también conocida como *awareness* o *insight*, la conciencia, vaga de un lugar a otro dentro del presente, dando la bienvenida y aceptando los estímulos tal y como se sienten (Baer, 2003). En la meditación de awareness no se tiene como objetivo la eliminación de los pensamientos, sino que cuando aparece un pensamiento, sentimiento, sensación o emoción, se le da la bienvenida porque es una ocasión para entrenarse en sentirla, sin intervenir. Lo importante en esta fase es *no hacer*. No nos identificamos con los pensamientos porque ellos nos alejan del presente. No se siguen las emociones porque no se actúa. No nos apegamos a las sensaciones porque no se las quiere eliminar, por muy desagradables que sean.

La meditación de la Atención Plena permite la percepción objetiva de las cosas tal y como son, sin juzgarlas a través de su apariencia. La palabra Vipassana significa literalmente “*ver con claridad*”. Por lo tanto, la meditación Vipassana es una herramienta para desarrollar cómo ver las cosas, sin pensar, sin comentar, sin opinar, simplemente observando, sin explicar las cosas que vemos, ya que ellas se explican por sí mismas. En resumen, “*Cómo ver*” es más importante que “*Qué ver*”

(Dhiravamsa, 2002).

En esta formulación, Vipassana también se convierte en una forma de vida puesto que si dejamos que las cosas sean, tal y como son y las aceptamos, nos liberamos de lo ilusorio. Dejamos de mirar al mundo a través de las gafas de colores o empañadas (según creencias personales o estructuras mentales, entre otras) para ver sin gafas (Dhiravamsa 1991).

### 2.3.2.1. Métodos de práctica de meditación Vipassana

La meditación en la Atención Plena requiere para ser estable dos componentes (Bishop et al., 2004; Germer, 2005):

- a. **Samathi**: es el proceso de estabilización de la mente que permite alcanzar un buen estado de tranquilidad, firmeza de la consciencia y absorción meditativa.
- b. **Vipassana** (atención plena o Mindfulness): es el proceso de ser consciente, de darse cuenta y ver con claridad la realidad. Estos dos procesos se dan a la vez de manera natural cuando la meditación llega a un grado de profundidad.

Según refiere Mañas (2009) ambos tipos de meditación parecen actuar sobre diferentes estructuras neuronales. De forma resumida podría decirse que la meditación insight produce una activación del sistema nervioso, en oposición a los efectos de la meditación—concentración, donde lo que se consigue es una respuesta de relajación.

Lo más importante de la meditación es la simpleza de su práctica, las instrucciones ayudan a mantener una línea o camino, poniendo toda la energía en “mirar” (mirada amable). Esta mirada de forma progresiva y natural incorpora la capacidad de observar plenamente, de ser consciente y darse cuenta (Dhiravamsa, 2002).

Este proceso de ser consciente de la Atención Plena presenta tres elementos (Dhiravamsa, 2002):

1. La **atención** (concentración en la respiración) que es el elemento inicial y consiste en dirigir el foco a un punto (fosas nasales, abdomen) aunque al

principio se desvíe a otra parte; pero si volvemos de forma constante a nuestro foco (atención) a lo que está ocurriendo, el resto de elementos del proceso aparecerán.

2. **Observación profunda:** al estabilizarse la mente con la atención constante, podemos dirigir nuestra atención a algunos elementos (el dolor, el miedo, o cualquier proceso mente-cuerpo) y observarlos profundamente (el aspecto que tiene, la condición que lo genera, la reacción de la mente) dando lugar al tercer elemento.
3. **Análisis:** el análisis budista no requiere ni una persona que haga el análisis ni un objeto que se analice. Este análisis permite al final, la separación y disolución del 'yo' en los agregados o unidades que lo forman. El objetivo de este análisis es la disolución de dicha entidad que en realidad no existe (ego/yo). Es un análisis silencioso en el que no participa la mente habitual, racional, no hay un apego a lo que está ocurriendo, simplemente hay un estado libre de observación de los hechos (sentimientos, hábitos y percepciones de la mente). El análisis finaliza cuando la mente comprende y realiza la verdad, alcanzando la libertad plena.

El resultado de este proceso de alcanzar la iluminación, según el texto guía "El Buda Dharma", es la eliminación o transformación de las contaminaciones psicológicas y espirituales (denominadas cadenas) para que la psique se limpie por completo de los tres venenos: ignorancia, odio y codicia (Brazier, 1995). Pero también este proceso de la meditación presenta obstáculos, aunque cada uno de ellos tiene un antídoto (Dhiravamsa, 2002): pereza-esfuerzo; incapacidad para recordar instrucciones recibidas-perseverancia; inercia mental o excitación mental-presencia mental; esfuerzo excesivo en el ejercicio de la concentración-ecuanimidad y paciencia.

## 2.4. Relación del Mindfulness con otros constructos psicológicos

El Mindfulness forma parte de la esencia de la Psicología budista y comparte ámbito conceptual con paradigmas filosóficos y psicológicos de distintas tradiciones desarrollados a lo largo de la historia, desde la antigua Grecia, la fenomenología, el

existencialismo, el naturalismo en el pensamiento europeo occidental, el trascendentalismo, hasta el humanismo en América (Brown et al., 2007).

El Mindfulness ha sido comúnmente descrito como un modo de ser que sugiere su centralidad en la experiencia humana y el desarrollo de sus potencialidades. Trata en definitiva, de la evolución del hombre, que va necesariamente precedida por la evolución de su conciencia. En este proceso, el estudio de *sí mismo* a través de la autoobservación es el primer paso, con un claro paralelismo con las aproximaciones empíricas que utilizan el método hipotético-deductivo. Este objetivo centrado en la experiencia humana, está presente en todos los constructos que plantean el desarrollo del ser humano a lo largo de la historia.

### **2.4.1. Emociones**

Para contextualizar las emociones en el recorrido teórico de este trabajo es preciso señalar las distintas definiciones que se han desarrollado siguiendo la comparación entre la psicología budista y la ciencia y Filosofía Occidental.

La perspectiva budista resalta las emociones positivas, por el contrario, el pensamiento científico occidental se enfocaba en las emociones negativas (Espinosa y Moreno, 2008).

Según el budismo existen tres venenos o emociones destructivas que impiden el desarrollo humano: Rechazo, apego e ignorancia, también enunciadas como: ansiedad, ira y falsas ilusiones. En ocasiones se mencionan “cinco venenos” añadiendo dos más, el orgullo y los celos (Goleman 2003). Según el Dalai Lama (2008), los cinco venenos son aquellos que interrumpen la calma de la mente y que para consolidar ésta hay que practicar emociones positivas, entre otras destacan: a) la compasión b) la renuncia y, c) la ecuanimidad.

Para Matthieu Ricard (1998), los filósofos y científicos que trabajan con las emociones atienden preferentemente a la función de las emociones como facilitadoras de las relaciones interpersonales, despreocupándose de su importancia para el perfeccionamiento de nuestra naturaleza humana, preocupándose mucho por la autoestima y la importancia de uno mismo y suelen olvidarse de la armonía interna.

Siguiendo este discurso, Ricard (1998) señala que las emociones destructivas

surgen principalmente por conflictos del Ego; y plantea la importancia de luchar contra las emociones, porque de otra manera se transforman en estados de ánimo y después, se convierten en temperamentos. Este autor considera son emociones destructivas: odio, deseo, ignorancia, orgullo y envidia. El odio se relaciona con la ira, el resentimiento, la enemistad, el desprecio y la aversión, entre otros. Se consideran estados mentales destructivos: la baja autoestima, el exceso de confianza, el resentimiento, los celos, la envidia, la falta de compasión y la incapacidad de mantener relaciones interpersonales próximas.

Espinosa y Moreno (2008) recogen el planteamiento que sobre las emociones plantea la neurología, que ubica en el lóbulo frontal izquierdo el lugar del cerebro donde se localizan las emociones negativas: miedos, ansiedades, ira, entre otras; y en el frontal derecho, la tolerancia, el amor y la paciencia. Junto a dichos lóbulos se encuentra la amígdala, una glándula reguladora. La tendencia emocional de las personas hacia 'lo negativo' o 'lo positivo' depende en el 40%-50% de la genética del individuo y el resto representa la influencia del medio ambiente. Además, los conceptos de plasticidad del cerebro y la posibilidad de modificar el comportamiento, favorecen la sinergia con el budismo, a través de los métodos desarrollados por su sistema psicológico, que les permite controlar dichas emociones, transformándolas en su opuesto, con la mirada puesta en lograr la felicidad propia, del grupo social al que se pertenece y del mundo.

Pul Ekman (1981), afirma que hay cinco microemociones: miedo, desprecio, ira, tristeza, felicidad y disgusto, detectables en los rostros humanos, sin importar la raza o cultura. Reconociendo diez emociones básicas: enojo, miedo, tristeza, disgusto, desprecio, sorpresa, disfrute, turbación, culpabilidad y vergüenza. Cada una de ellas, las considera una familia con múltiples integrantes derivados. Por ejemplo, la felicidad (disfrute) englobaría las emociones: regocijo, fiero (gozo de afrontar un reto) alivio, excitación, novedad, sobrecogimiento, admiración, placeres sensoriales, calma y sosiego.

Como recoge Enríquez (2011) el papel de las emociones en la adaptación del ser humano ha sido ampliamente aceptado y estudiado desde Hipócrates y Galeno, pasando por Darwin (1872) y LeDoux (1996) hasta Cacioppo, Larsen, Smith y Bernston (2004).

En general hay bastante acuerdo entre los autores en considerar que una

emoción es “*un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno*” (Bisquerra, 2007).

Una emoción se produce a partir de: 1) Informaciones sensoriales que llegan a los centros emocionales del cerebro. 2) Genera una respuesta neurofisiológica, y 3) El neocórtex interpreta la información.

En una emoción hay tres componentes, neurofisiológico, conductual y cognitivo. El componente cognitivo o vivencia subjetiva es lo que a veces se denomina *sentimiento*. Lo neurofisiológico se manifiesta en respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad en la boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales, respiración, entre otras. Todo esto son respuestas involuntarias, que el sujeto no puede controlar, sin embargo se pueden prevenir mediante técnicas apropiadas como la relajación (Bisquerra, 2003).

Las emociones representan una fuente de información útil acerca de las relaciones que se establecen entre el individuo y su medio (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995). Y como procesos adaptativos capaces de motivar la conducta, ayudar a los procesos de memoria a almacenar y evaluar acontecimientos relevantes, focalizar la atención en un número limitado de opciones, favorecer la toma de decisiones e influir en la determinación final de nuestro comportamiento (Enríquez, 2011).

En Occidente, el término "emociones negativas" ha cobrado mucha fuerza en los últimos años, y se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como son la ansiedad, la ira y la depresión, las tres emociones negativas más importantes. Por el contrario, el término "emociones positivas" se refiere a aquellos procesos emocionales que generan una experiencia agradable, como la alegría, la felicidad o el amor. Actualmente hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Martínez-Sánchez y Fernández Castro, 1994).

Para el budismo, como recoge Ricard (1998), las emociones destructivas impiden que la mente perciba la realidad tal cual es, es decir, establecen una distancia entre la apariencia y la realidad (deseo, apego o aversión), el budismo las

denomina oscurecimientos. Considera la búsqueda de antídotos, un método para luchar contra las emociones destructivas, por ejemplo frente al odio está el amor altruista, la compasión o la amabilidad. Otros ejemplos de antídotos para algunas emociones destructivas, serían: enojo-contento; júbilo-agrado; miedo-valentía; tristeza-alegría, felicidad y gozo; disgusto-gusto y complacencia; desprecio-aprecio; indiferencia-sorpresa; aburrimiento-disfrute; intolerancia-tolerancia y compasión; odio-amor altruista; turbación-serenidad; culpabilidad-inocencia; vergüenza-honestidad". El budismo recoge 84 mil emociones, tanto negativas como positivas.

### **2.4.1.1. Ira**

Para el pensamiento budista la ira es una energía tan poderosa que se plantean como toda la energía de las emociones positivas acumuladas puede ser destruida por un solo instante de cólera (Rimpoché, G., 2006); por ello, según este autor, hay que abandonar toda intención negativa hacia el enojo y no verle como un enemigo. Siguiendo los pasos que se pautan para trabajar con todas las emociones es preciso abandonarlas, dominarlas-controlarlas, transformarlas y reconocer su naturaleza, llevarlas al camino.

Camps (2011) sostiene que la ira se ha considerado siempre negativa, pudiendo ser positiva cuando se convierte en una indignación bien orientada, y cuando va acompañada por la adecuada reflexión.

En Occidente, la ira es definida como un estado emocional psicobiológico que va unido generalmente a tensión muscular y a la excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo (Miguel-Tobal et al., 2001). Según estos autores distinguimos entre la ira estado y la ira rasgo. El estado de ira varía en función de la injusticia percibida, de los ataques o trato injusto por parte de los demás o de la frustración derivada de los obstáculos.

El rasgo de ira se caracteriza por las diferencias individuales al percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes y por la tendencia a responder a tales situaciones con incremento del estado de ira. Los sujetos con altas puntuaciones en rasgo de ira experimentan estados de ira más frecuentes y con mayor intensidad que los sujetos con rasgos de ira más bajos.

La ira se ve precedida por obstáculos físicos, frustración, ser objeto de una agresión o la ira de otra persona, decepción de una persona, entre otros. Se afirma que el tema común de toda la familia es la frustración (Espinosa y Moreno, 2008).

Para Miguel-Tobal et al., (2001), el deficiente manejo de la ira produce efectos negativos en el bienestar físico y psicológico de los sujetos, sin embargo, la definición de ira es ambigua y no es suficiente para el desarrollo de actitudes hostiles o conductas destructivas. Para estos autores se dan cuatro componentes principales:

1. El primer componente, expresión de la ira, implica la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno.
2. Expresión interna consiste en dirigir la ira hacia el interior (reprimiendo los sentimientos de ira).
3. El control externo de la ira se basa en el control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u objetos.
4. El control interno de la ira, se relaciona con el control de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y la moderación de las situaciones enojosas.

Los autores han desarrollado el Inventario Ira-estado-rasgo Staxi-2, combinando en un solo instrumento relativamente breve, la medición de la ira como el sentimiento de enojo o enfado, la hostilidad como una actitud persistente de valoración negativa y la agresión como la conducta de causar daño a personas o cosas.

Para Remor, Amorós y Carrobles (2006), altas puntuaciones en la experiencia de la ira (Staxi-2) se asocian a una mayor frecuencia e intensidad de síntomas físicos percibidos, con lo que altos niveles de optimismo y una baja experiencia de ira pueden actuar como factores protectores de la experiencia de síntomas de malestar físico.

El primer estudio con programa MBSR que documenta un efecto en estas dimensiones de la experiencia y la expresión de la ira es el de Robins, Keng, Ekblad & Brantley (2012), demuestran que la reducción en la expresión de la ira no se produjo simplemente porque los participantes fueron suprimiendo la ira,

sino por otros mecanismos y destacan que es posible que los participantes podrían haber aprendido a simplemente observar y aceptar su ira en lugar de actuar en el impulso de expresarlo o tratar de deshacerse de ella. Las reducciones, en tanto supresión de la ira y la expresión de la ira, resultó menos duradera que los cambios observados en otras variables.

Para Rosenberg (2014), el papel que la rabia juega en nuestra vida es fundamental, es una especie de regalo que nos impulsa a conectar con las necesidades insatisfechas que disparan esa reacción. Hay otras maneras para responder ante la rabia, como distinguir sentimientos y necesidades, hacer peticiones claras y a apoyar conexiones que enriquecen la vida. Este trabajo con la ira sigue unos pasos concretos:

1. Identificar el estímulo de nuestra rabia sin confundirlo con la evaluación.
2. Identificar la imagen interna o juicio que nos provoca el enfado
3. Transformar esa imagen que contiene juicios en la necesidad que expresa.
4. Expresar a la otra persona la rabia transformada a en los sentimientos conectados con la necesidad que se haya detrás del juicio.

### **2.4.1.2 Ansiedad**

En cuanto a la ansiedad señalamos dos definiciones que se complementan y ayudan a determinar el concepto de emoción.

La ansiedad se define como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre el peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para afrentarse a una amenaza. Entendiendo que es una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones, siendo una respuesta habitual al estrés generado por diferentes situaciones cotidianas (SNS, 2006).

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2009) define la ansiedad como la vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una

respuesta del Sistema nervioso autónomo (SNA) y cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo; o sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Se considera una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. Se describen cuatro niveles de ansiedad: leve, moderada, severa y pánico; y de ellos aconseja utilizar esta etiqueta cuando se identifica a la persona en el tercer nivel y sufre una ansiedad severa.

Describen sus características definitorias (NANDA, 2009) en conductuales (insomnio, expresión de preocupación), afectivas (angustia, atención centrada en el yo), fisiológicas (taquicardia, hormigueo, taquipnea, hipertensión arterial) y cognitivas (confusión, bloqueo, rumiación, entre otras).

Los distintos autores plantean que los factores etiológicos de la ansiedad son diversos y en su génesis se sitúan en muchas ocasiones pensamientos irracionales o distorsionados (NANDA, 2009; Martín-Asuero y Garcia-Banda, 2010).

Las teorías psicológicas interactivas explican la ansiedad en función de las características personales, las condiciones de la situación y, la interacción de la persona con la situación toda reacción de ansiedad dependerá de la interacción entre el rasgo de ansiedad del sujeto y las características estresantes de la situación (Bowers, 1972) y Endler (1973).

Para el enfoque neo-conductista la ansiedad deja de ser considerada un fenómeno exclusivamente periférico para cobrar una significación central y cognitiva, pasando a tener una perspectiva multidimensional.

Lang (1968) desarrolla la teoría tridimensional de la ansiedad. Basándose en la escasa correlación encontrada en los tres sistemas de respuesta (cognitiva, físico y motora):

- a) Respuesta cognitiva primaria, el distress subjetivo, sentimientos de terror, amenaza o catástrofe inminente experimentados como “desórdenes de pánico” o “desórdenes de ansiedad” generalizados.
- b) Las respuestas fisiológicas: incremento de la actividad del Sistema nervioso somático (SNS) o del Sistema nervioso autónomo como resultado de la activación del Sistema nervioso central (SNC) o de la actividad neuroendocrina, que producirá cambios cardiovasculares y un aumento en

la actividad electrodérmica, del tono musculoesquelético y del ritmo respiratorio.

- c) Respuestas motoras: son resultado del “aurosal” fisiológico y de las cogniciones de miedo. Hay dos tipos de respuesta: directas e indirectas (evitación y escape).

Daniel Goleman (2003) plantea la posibilidad de una educación emocional porque básicamente el estado anímico no se va a mantener como una constante para siempre en nuestra vida. Con lo que estamos en disposición de entrenar las emociones consideradas “negativas” a la vez que cultivar cualidades humanas positivas como el amor y la compasión.

En esta línea de la educación emocional se desarrollaría la regulación emocional desde el marco teórico y práctico del Mindfulness.

#### **2.4.2. Regulación emocional y Mindfulness**

Según Mayer, Salovey & Caruso, (2000) la regulación de emociones empieza con su percepción. El paso siguiente es llegar a comprender los procesos emocionales y considerar sus variaciones. Finalmente, con la información obtenida de las emociones, su manejo o regulación nos permiten adaptarnos a contextos inter e intrapersonales (Mestre, Palmero y Guil, 2004).

La regulación emocional requiere la participación de tres partes del encéfalo: a) el sistema límbico (procesos emocionales); b) la corteza cerebral, especialmente la prefrontal y la frontal (donde reside buena parte de nuestras habilidades intelectuales), c) los circuitos y/o estructuras neurales de interconexión de ambas partes, entre los que cabe destacar la corteza cingulada.

El primer paso para la regulación de las emociones sería su percepción, en la que interviene la corteza visual que se encarga de crear una representación exacta y precisa del estímulo. El resultado del procesamiento cortical es enviado al núcleo amigdalino a través de la vía cortico-límbica (Bechara, Tranel, Damasio, Adolphs & Rockland, 1995).

La regulación reflexiva de las emociones implica la previa conciencia de ellas y Edelman & Tononi, (2002) sugieren que en un momento dado solo un subconjunto de grupos neuronales del cerebro humano contribuiría directamente a la

experiencia consciente.

La regulación reflexiva de las emociones implica la capacidad de percibir, expresar, comprender y decidir influir sobre ellas. Es por tanto que requiera la participación de muchas estructuras y/o sistemas funcionales, (Ramos y Hernández, 2008).

Para equilibrar las emociones Ricard (1998) recomienda cultivar cuatro aspectos esenciales: amor, ecuanimidad, compasión y gozo. Además, practicar respiración, (inspiración- espiración) al darse cuenta que estamos ante una emoción o estado mental destructivo (Dalai Lama, 2006).

Ricard (1998) señala que la práctica de las emociones consolida *Estados Mentales Constructivos*: respeto hacia uno mismo, autoestima merecida; sensación de integridad; compasión; benevolencia; generosidad; poder ver la verdad, la bondad y la justicia, el amor y la amistad, estos estados, como su nombre indica tienen más permanencia.

Señalando que también en la práctica de la meditación se desarrolla esta regulación, con la investigación de la naturaleza última de las emociones destructivas, preguntarse ¿Cuál es su naturaleza? ¿De qué están hechas? ¿Cuál es su color? Constatando que son meras ilusiones de nuestra mente, estas se desvanecerán si hay constancia en el ejercicio de dicha meditación.

En línea con lo expuesto, en el estudio de la emoción y su implicación en la adaptación del ser humano, nos encontramos con el concepto de Inteligencia Emocional definido por Salovey y Mayer en 1990-1997: *“La habilidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones; la habilidad de acceder o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad de comprensión emocional y conocimiento emocional; y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional.* La Inteligencia emocional, desde este planteamiento, es considerada como la habilidad del procesamiento de la información emocional, igualándose a cualquier otra capacidad o habilidad cognitiva de la persona.

El concepto de Inteligencia emocional conecta con el de regulación emocional (RE) tal y como lo plantean los autores que desarrollan el Mindfulness, implica redirigir nuestras reacciones ante las emociones experimentadas, así como

observar los sentimientos acompañantes junto al pensamiento y distanciarte de ellos, desarrollando conductas más saludables.

Las habilidades emocionales, como se refleja en diferentes investigaciones, se consideran predictivas de un mejor afrontamiento ante los sucesos vitales cotidianos y de mayores niveles de bienestar y ajuste psicológico (Salovey, et. al; 1999; 2002). Existen evidencias, a su vez, que la inteligencia emocional, definida como la habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de otras personas (Mayer & Salovey, 1997), juegan un papel importante como recurso de la persona para afrontar situaciones de tipo laboral e inclusive en el contexto académico.

La práctica de *Mindfulness* nos enseña a acercarnos a las experiencias internas con curiosidad y aceptación, lo cual permite una actitud de no juzgar, elaborar, reparar o cambiar las experiencia (Bishop et al., 2004). Las personas atrapadas por emociones intensas y aterradoras tienen más probabilidades de tener dificultades para enfrentar sus emociones y aceptarse (Hayes, 2004). El entrenamiento en *Mindfulness* proporciona una forma de cultivar el equilibrio emocional y disminuir la retención de los patrones habituales que oscurecen la percepción y alteran el juicio (Kabat-Zinn, 1990). El trabajo en *Mindfulness* por un lado, implica una aproximación a la experiencia con curiosidad y aceptación (lo que resulta opuesto a la evitación), pero al mismo tiempo supondría una forma de regular la atención hacia la experiencia inmediata cuando la mente se encuentre divagando de forma recurrente sobre ciertos contenidos (opuesto a la intrusión) (Hayes et al., 2004). Algunos estudios revelan cómo la práctica del *Mindfulness* favorece un cierto distanciamiento frente a la experiencia interna y externa, lo que se traduce en una menor reactividad emocional (y un menor número de intrusiones relacionadas) y al mismo tiempo favorece la apertura a la experiencia con una cierta curiosidad (y una menor evitación de dicha experiencia (Hayes et al., 2000).

Un método eficaz de regulación emocional, puede ser el de no comprometerse con las emociones a medida que ocurren. Este es el objetivo declarado de la conciencia plena. Es conceptualmente simple, pero muy difícil de lograr. Para ello se requiere una formación sistemática en no comprometerse con la emoción perturbadora (EP), tal como aparece, que a su vez exige una retirada de la auto-preocupación (Brown et al., 2007), aprender a observar simplemente los fenómenos mentales (pensamientos, sentimientos y sensaciones) que se

manifiestan, tomar nota de cualquier tendencia a evaluar de manera consciente y no comprometerse con estos procesos. Este es el procedimiento que ha sido incorporado a las intervenciones basadas en *Mindfulness*. Los intentos de suprimir las reacciones emocionales o reevaluación cognitiva de estímulos emocionales son la antítesis de *Mindfulness*.

Linehan (1993) señala que la correcta regulación emocional implica, tanto no suprimir la experiencia como no aferrarse a la misma, estando relacionada con procesos cognitivos tanto conscientes (negación) como inconscientes (autoculparse) (Gross, 1998b).

La adquisición y utilización diferencial de las estrategias de regulación emocional tienen repercusiones importantes para las evaluaciones que realicen los sujetos respecto a su grado de bienestar o malestar psicológico. La dificultad para regular emociones encuentra su máximo exponente entre aquellos que tratan de evitar afrontar sus estados emocionales, así como entre los que quedan atrapados por sus emociones y las experimentan de forma recurrente (Gross, 1998a).

Se ha propuesto que evitar la experiencia de emociones desagradables y agradables puede en última instancia, ser potencialmente perjudicial, y la aceptación de las experiencias emocionales, beneficioso, independientemente de su valor (Whelton, 2004).

*Mindfulness* es lo contrario de las estrategias de evitación y preocupación excesiva, parece representar un balance emocional que involucra la aceptación de experiencias internas, claridad afectiva y habilidad para regular las emociones propias y estados de ánimo, la flexibilidad cognitiva y un acercamiento saludable a los problemas. *Mindfulness* puede de hecho representar una base sólida desde la cual experimentar las vicisitudes de la vida sin perder nuestro propio balance o distorsionar nuestra experiencia. Esta es la esencia del concepto budista de ecuanimidad, el cual quizás es algo que podemos enseñar en terapia (Hayes et al., 2004).

Como lo plantea Goleman (2001) estos datos resultan de gran importancia, pues plantean la posibilidad de una educación emocional. Es decir, "nuestro estado anímico promedio no es una constante con la tenemos que vivir irremediamente el resto de nuestra vida. Podemos entrenar y cultivar cualidades humanas positivas

como el amor y la compasión, experimentando con ello un estado de gozo y felicidad".

### **2.4.3. Resiliencia**

En este contexto de regulación también encaja el concepto de la resiliencia como habilidad que puede tener y usar el ser humano para superar las adversidades.

La resiliencia psicológica se define como la flexibilidad en la respuesta a las cambiantes demandas de la situación y la capacidad de recuperarse de las experiencias emocionales negativas (Block J. H., Block J., 1980; Lazarus, 1993). Según Coutou (2002), la resiliencia es un conjunto de conductas positivas y hábitos mentales.

Como señala Sivilli & Pace (2014) la resiliencia abarca procesos fisiológicos y psicológicos, como la adaptación al cambio, la regulación emocional, la flexibilidad mental y la respuesta apropiada al estrés. El estrés agudo y crónico puede causar daño psicológico y fisiológico significativo, pero las habilidades de resiliencia pueden servir para amortiguar de los muchos efectos negativos del mismo. No hay una manera fija, ni una manera óptima de reaccionar a cualquier situación dada, más bien se considera que hay formas más que convenientes que otras, dependiendo del individuo y en relación con las circunstancias que cada uno está viviendo, haciendo cada momento único.

Las investigaciones realizadas en las últimas dos décadas apoya la idea de que las prácticas contemplativas son métodos eficaces de formación y desarrollo de las habilidades que contribuyen a la resiliencia (Sivilli & Pace, 2014) ya que consideran que capacitan a las personas a tomar conciencia de su propio pensamiento y a las reacciones de las tensiones inevitables de la vida; ayudan a tomar decisiones que optimicen su forma de relacionarse con sus propias experiencias. Pueden aumentar la atención y la regulación emocional, desarrollar la plasticidad neuronal, optimizar la respuesta al estrés, y mejorar el funcionamiento psicosocial. Las personas que participan en las prácticas contemplativas perciben los estresores como menos amenazantes y utilizan fórmulas de afrontamiento más eficaces y estrategias de resolución de problemas (Walker & Salt, 2006; Martin-Breen & Anderies 2012; Zolli & Heally 2012, Garrison Institute, 2014). Autores como

Streeter et al., (2007) se plantean detalles importantes para hacer frente a las dificultades cuando afirman que mientras que a menudo no podemos cambiar o evitar las dificultades que enfrentamos en la vida, siempre podemos cambiar la forma en que nos preparamos para reaccionar frente a estas dificultades.

La resiliencia implica comportamientos psicosociales positivos, entre ellos se encuentran el optimismo; la confianza; el ego resistencia y control; la reevaluación cognitiva; la regulación emocional; la capacidad de aprender; la falta de negación; las estrategias de afrontamiento positivas; un sentido de propósito y la capacidad de encontrar un sentido; la conciencia metacognitiva; la flexibilidad de pensamiento; apertura al apoyo social; y la capacidad de reorganizarse en respuesta a las cambiantes circunstancias externas (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007).

Como recoge Sivilli & Pace (2014) en su análisis, otro componente clave de la resiliencia es la regulación de lo emocional o capacidad de conocer y modificar las reacciones emocionales, reforzada por la formación en prácticas contemplativas como el Mindfulness. Estas modificaciones pueden ser adaptativas o desadaptativas. Al respecto, los autores plantean como ideal, el que una persona fuera capaz de utilizar una combinación de conciencia metacognitiva y la compasión para regular sus emociones para que sean apropiados para la situación dada.

#### **2.4.4. Atención ejecutiva**

En el contexto de la Atención Plena (Mindfulness), los estudios se centran en el detallar el concepto de atención plena, siendo escasas las investigaciones que miden o consideran la atención ejecutiva junto con la atención plena, entre sus variables de estudio. Existe una aceptación generalizada de la definición operativa de atención plena elaborada por Bishop et al., (2004) señalando la “regulación de la atención” como un aspecto fundamental de la práctica del Mindfulness. La Autorregulación de la atención tiene como meta según estos autores, el mantenimiento y la redirección de la atención, así como, la selección de estímulos concretos para incrementar el reconocimiento de los eventos mentales. Este componente encierra los procesos de (a) atención sostenida; (b) conmutación de la atención y, (c) inhibición de la elaboración de pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones.

La presente investigación establece la necesidad de definir además de la atención, la atención ejecutiva para observar las conexiones existentes entre ambos conceptos.

La atención en general, ha sido definida como el mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (García, 2008). Se trata, por tanto, de un proceso complejo que al estar constituida por distintos subprocesos ha dado lugar a establecer distintas clasificaciones y subtipos asociados también a diferentes mecanismos o circuitos neurales (Cuesta, M., de Iscar, M., Begega, M., Méndez, M., Álvarez, L., Solís, G. et al., 2007). Las redes corticales y subcorticales median entre distintos aspectos de la atención, sin esta función moduladora de las áreas subcorticales, el cerebro no atiende eficazmente. Las redes atencionales con la práctica del mindfulness pueden modificarse (Raz y Buhle, 2006) las técnicas de neuroimagen están dando muestra de ello.

Pero no existe un consenso entre los psicólogos a la hora de conceptuar la atención. Esto se debe a que la atención no es un concepto unitario, sino el nombre bajo el que se agrupan una variedad de fenómenos psicológicos. La atención, de algún modo, posibilita la adecuada orientación de nuestro comportamiento a los requisitos de la tarea. Estos requisitos pueden hacer que en una situación concreta, sea necesario seleccionar información, que en otras, demande la capacidad de compartir o dividir la atención entre varias tareas o fases de la misma, o que en otras condiciones sea más apropiado concentrar y mantener la atención. En otras palabras, la atención focaliza selectivamente nuestra conciencia, regula la entrada de información en nuestro sistema filtrando o ignorando parte de esa información, resuelve la competencia entre estímulos para su procesamiento en paralelo y facilita la percepción, la memoria y el aprendizaje (Siegel, D. J., 2010).

La atención y las funciones ejecutivas se relacionan por su ubicación anatómica, y también colaboran entre ellas. Rebollo y Montiel (2006) plantean que la atención no es una función ejecutiva, sino que colabora para que éstas se integren. Por encima de estos mecanismos atencionales se encuentra la atención como mecanismo supervisor de la ejecución llevada a cabo. De lo anterior, se desprenden diversas clases de atención: atención selectiva, atención dividida, atención sostenida o vigilancia, concentración y atención ejecutiva.

Siegel (2010) plantea que la mayoría de las investigaciones sobre atención se centran en tareas que ya existen en la naturaleza, tales como atender a estímulos, flexibilidad atencional ante estímulos cambiantes, gestión de flujos de información competitivos, entre otros; pero considera que el Mindfulness tiene una cualidad distinta, porque en ella se da una receptividad y meta-atención que se diferencian bastante de los procesos atencionales activos y mediados por estímulos. En el proceso de atención, este autor establece tres aspectos que regulan el flujo de energía y de información: la atención ejecutiva, la atención de orientación y la atención de alerta.

Según los autores, la atención ejecutiva presenta varias características que la describen como selectiva, de supervisión o atención focalizada:

- La atención selectiva puede definirse como la capacidad para centrarse en uno o dos estímulos importantes, mientras se suprime deliberadamente la consciencia de otros estímulos distractores (Zillmer & Spiers, 1998). Se encarga de controlar los procesos y mecanismos por los cuales el organismo procesa tan solo una parte de toda la información, y solo da respuestas a aquellas demandas del ambiente que son realmente útiles o importantes para el individuo. Por lo tanto, la atención selectiva implica la selección de los estímulos que se presentan en el ambiente, y la selección del proceso y/o respuesta que se va a realizar.
- La atención dividida (supervisión) hace referencia a la actividad mediante la cual se ponen en marcha los mecanismos que el organismo utiliza para dar respuesta ante las múltiples demandas del ambiente. En este caso, se trata no de seleccionar aspectos específicos de la información, sino de atender a todo lo que se pueda al mismo tiempo (Zillmer & Spiers, 1998).
- La atención sostenida ha sido definida como la actividad que pone en marcha los procesos y/o mecanismos por los cuales el organismo es capaz de mantener el foco atencional y permanecer alerta ante la presencia de determinados estímulos durante periodos de tiempo relativamente largos (Parasuraman, 1984).

Distintos autores (Cooley & Morris, 1990; Bench, Frith, Grasby, Friston, Paulesu, Frackowiak et al., 1993; Desimone & Duncan, 1995) coinciden en

identificar distintas funciones en la atención ejecutiva, entre ellas destacan, la función de focalizar selectivamente nuestra consciencia, regular la entrada de información (filtrando y desechando información), resolviendo la competencia entre estímulos para su procesamiento en paralelo, reclutando-activando zonas cerebrales para temporizar las respuestas apropiadas y facilitar la percepción, memoria y aprendizaje. Otros autores plantean que los diferentes aspectos a considerar en la atención están regulados por estructuras cerebrales distintas que tienen periodos de desarrollo neurológico diferentes (Rebollo y Montiel, 2006).

Para expertos estudiosos de la atención como Tang, Ma, Wang, Fan, Feng, Lu, et al., (2007), la práctica de Mindfulness requiere la implicación de redes neuronales que activan funciones importantes de nuestro sistemas de atención, cómo la respiración o el ritmo cardiaco, entre otros. Así, al prestar atención a la respiración, se practican tres habilidades de la atención cruciales: la atención sostenida, la inhibición de la respuesta y el cambio de la atención (Cayoun, 2014).

Otros investigadores reconocen el procesamiento atencional visual y lo estudian en adultos (meditadores y no meditadores) analizando el cambio de comportamiento, la concentración, las perspectivas de cambio, la atención selectiva y sostenida, por falta de atención. En conjunto, los resultados muestran que la meditación regular se asocia con el procesamiento atencional visual más precisa, eficiente y flexible a través de diversas tareas que tienen alta validez aparente fuera del laboratorio (Hodgins & Adair, 2010).

Chiesa, Calati & Serretti, (2011), preocupados por el desarrollo de la atención enfocada, propusieron que las primeras fases del entrenamiento de la mente, se asocian con mejoras significativas en la atención selectiva y ejecutiva; y las siguientes fases, que se caracterizan por la supervisión abierta, se asocian principalmente con la mejora de la vigilancia y la atención sostenida.

Por otro lado, Tang & Lu (2012) proponen tres etapas de la práctica de la meditación, considerando la atención diferente en cada una de ellas. Identifican mayor esfuerzo en la atención en la meditación en la etapa avanzada y observan como las etapas se superponen claramente, necesitando en la etapa intermedia, un esfuerzo para el mantenimiento del estado de meditación. La etapa inicial para alcanzar el estado meditativo parece implicar el uso de control de la atención (Farb et al., 2007; Siegel, 2007; Lutz et al., 2008; Tang et al, 2009; Posner et al., 2010).

La conexión entre ambos mecanismos atencionales (atención ejecutiva y atención plena) es evidente y así lo refleja Cayoun (2010) para el que la atención sostenida (como focalizar atención en la respiración) y la inhibición de respuesta (la no reacción, a modo de juicio de valor o conducta ante un pensamiento o una sensación física que surjan en la conciencia), son dos habilidades de la atención que están en la base de re-implicarse con la respuesta, una de las habilidades más difíciles de la atención (aprender a no aferrarnos a los pensamientos o sensaciones y volver al objeto).

Para Cayoun (2014), “nuestra capacidad de devolver la atención a la experiencia de la respiración o a otras sensaciones físicas cuando ha surgido un pensamiento, tiene como resultado una mayor flexibilidad cognitiva que nos ayuda a dejar ir todo tipo de emociones y pensamientos inútiles”.

## **2.5. Aplicación del Mindfulness en Psicoterapia**

El psicoanálisis fue la primera escuela de psicología que mantuvo cierta relación con el budismo, pero fue Erich Fromm quien lo introdujo en Occidente con su libro “Budismo zen y psicoanálisis” (Fromm, Suzuki, & De Martino, 1960). Más tarde, la Asociación Americana de Psiquiatría manifestó, en 1977, su postura oficial ante la meditación, reconociendo su valor terapéutico y recomendando su investigación para conocer su eficacia clínica (American Psychiatric Association, 1977). El hito más importante para el desarrollo de este tipo de terapias fue la fundación en 1979, del Center for Mindfulness, en la Universidad de Massachussets, por parte del Dr. Jon Kabat-Zinn, quien escribió la obra pionera sobre la meditación de reducción del estrés basada en el estar atento (REBAP) (Kabat-Zinn, 1990).

A partir de ahí, se han desarrollado procedimientos terapéuticos enmarcados en las aproximaciones terapéuticas denominadas de tercera generación (de la Terapia de Conducta) cuya meta no es el cambio de pensamientos o emociones negativas (que normalmente son vistos como dificultades en la vida de la persona), sino la aceptación y el contacto con el presente, con los valores personales, independientemente de los contenidos verbales, fisiológicos o emocionales de cada momento (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Las terapias que se basan en Mindfulness o Atención Plena se caracterizan por trabajar en el campo de la relajación, teniendo en cuenta que los pensamientos, sentimientos y sensaciones perturbadoras son permitidos libremente, para que la persona no asuma una lucha adversa frente a los síntomas (Cárcamo y Moncada, 2010).

Estas modalidades de intervención son de naturaleza multidimensional, utilizando varios métodos para mejorar la Atención Plena. Su uso en contextos clínicos se basa en la creencia de que la atención plena va a fomentar la profundización en los orígenes psicológicos y comportamentales del sufrimiento, y de ese modo provocar el aumento del bienestar o de las medidas para facilitararlo (Brown et al., 2007). Algunos ejemplos de los procesos que están tras los efectos terapéuticos del Mindfulness se aprecian en la **figura 6**.

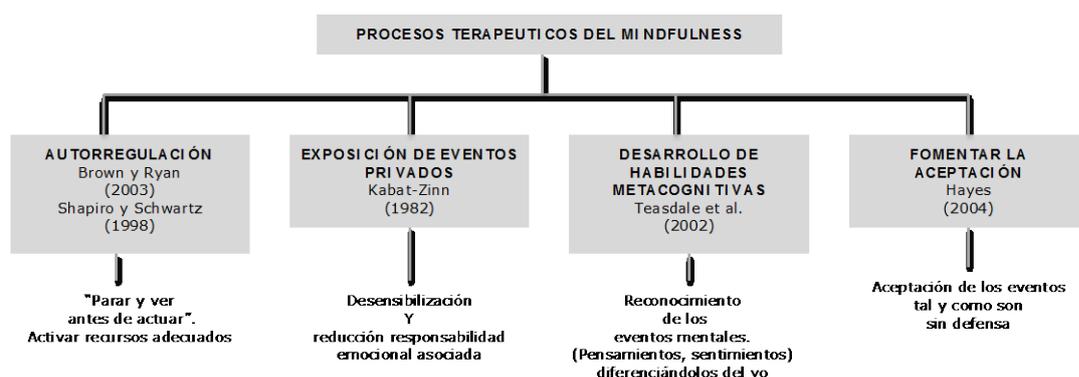


Figura 6. Procesos terapéuticos del Mindfulness  
Fuente: elaboración propia

Para Mañas (2009), los procesos de descentramiento y de desidentificación, que en terapia cognitiva estándar se consideran como los medios para lograr el fin (cambiar el contenido de un pensamiento), son de hecho, el fin mismo de la terapia basada en Mindfulness, siendo el desapego y la no identificación con lo que consideramos real, la base de los abordajes terapéuticos. El principal objetivo de estos programas es ayudar a las personas a llevar a cabo una transformación en la raíz de la relación que mantienen con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones físicas y que contribuyen a activar y a mantener estados psicopatológicos.

Dentro del contexto del ámbito clínico, se han adoptado dos aproximaciones en el trabajo sobre la atención plena. En un primer grupo se encuentran las

psicoterapias basadas en la atención plena que utilizan el entrenamiento explícito en meditación y en segundo grupo están las psicoterapias orientadas en la atención plena que no utilizan explícitamente el entrenamiento en meditación [Delgado (2009); Guerra, Perakakis, Viedma, Robles y Vila (2010)].

Estas terapias incluyen en sus componentes procesos de Mindfulness y aceptación conjuntamente con procesos de compromiso y cambio directo de conducta. Así, en el contexto terapéutico Mindfulness se asocia a procedimientos clínicos, como la terapia dialéctico comportamental (Linehan, 1993), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002) o la terapia cognitiva de prevención de recaídas para la depresión (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Estas terapias han sabido seleccionar lo excelente de otras aproximaciones terapéuticas de corte humanista-existencial y el saber oriental como el Budismo, con el rigor científico propio de la terapia de conducta.

### 2.5.1. Terapias basadas en Mindfulness

Las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación que utilizan los fundamentos del Mindfulness-Atención Plena van a ser analizadas de forma individual en esta apartado, revisando los procedimientos y fundamentos teóricos específicos de mindfulness que las sustentan (**figura 7**).

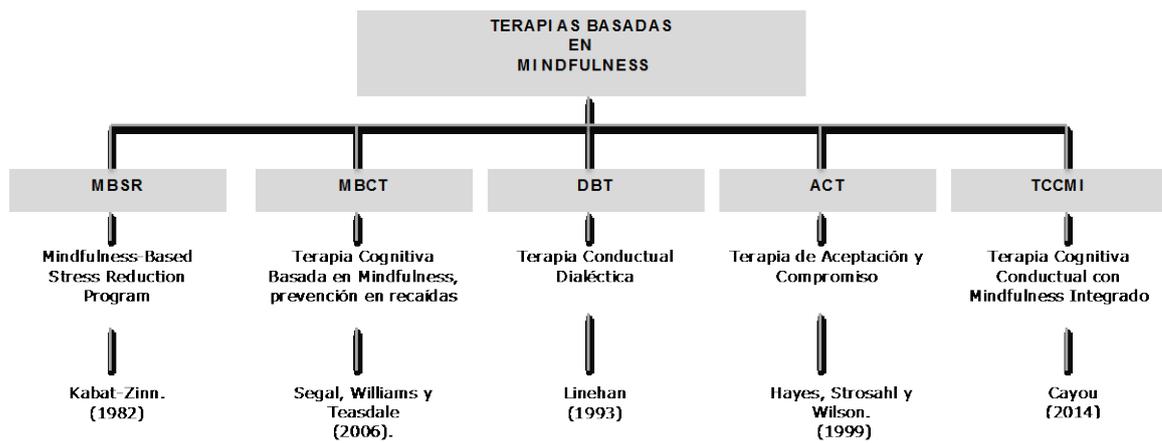


Figura 7. Terapias basadas en Mindfulness  
Fuente: elaboración propia

### 2.5.1.1. Mindfulness-based stress reduction program

El método más frecuentemente citado de entrenamiento de *Mindfulness* es la reducción de estrés basado en *Mindfulness* (MBSR), denominado como programa de relajación y reducción del estrés (SR-RP; Kabat-Zinn, 1982, 1990). Jon Kabat-Zinn desarrolló un programa de entrenamiento en la adquisición de las habilidades que conforman *Mindfulness*. En 1979 creó el Centro *Mindfulness* en la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts para tratar aquellos casos y problemas clínicos que no respondían adecuadamente al tratamiento médico convencional. Este programa enmarcado dentro de la rama llamada medicina comportamental, trabaja sobre las causas y conexiones psicológicas de determinadas enfermedades. Ha de señalarse que el MBSR ha sido siempre entendido como un complemento y no como una alternativa a la terapia. Se basa en el entrenamiento de habilidades y el modelo de psicoeducación.

Sus investigaciones se han concentrado en la observación de los efectos clínicos, sociales y humanos de la práctica de la meditación *Mindfulness*, abarcando poblaciones y trastornos diversos (los dolores crónicos, los trastornos relacionados con el estrés (como el coste del estrés en el trabajo y las organizaciones, el estrés en la educación médica, la resiliencia psicológica al estrés, entre otros).

En base en los fundamentos de la práctica en *Mindfulness* que hace Kabat-Zinn (1990), plantea siete componentes relacionados con la actitud que constituyen los principales soportes de su práctica, componentes que se influyen mutuamente y cuyos resultados dependen del grado que seamos capaces de cultivarlos, del mismo modo que trabajar con uno de ellos dirige a hacerlo con los demás. Estos componentes, detallados en el apartado anterior, constituyen el eje central de *Mindfulness* y son, no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esforzarse, la aceptación y dejar ir.

Como la conciencia plena no es un estado, sino un proceso que nos permite tener mayor flexibilidad en nuestra conducta, Kabat-Zinn propone que para conseguir entrar en ese proceso y seguirlo habitualmente es conveniente superar una serie de fases (siempre teniendo en cuenta los 7 factores señalados). En el programa *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) Kabat-Zinn (1990) desarrolla dichas fases:

1. Relajación y respiración: aprender a dejar de hacer de forma consciente.
2. Concentración en la respiración y en sensaciones sutiles. Es decir, ejercicios de concentración.
3. Concentración en las sensaciones desagradables como una fase para aceptar pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones más desagradables y que más nos cuesta sentir.
4. Ampliación de la conciencia a todos los sucesos, internos y externos, con una conciencia flácida y vaga, es decir, una meditación de *inshigt* o *awareness*. Es importante en el programa distinguir las dos formas de meditación y hacer hincapié, en la importancia de meditar estando despierto. Esta meditación nos activa y da energía mientras que las otras nos aportan calma (Brown & Ryan, 2004).
5. Se utiliza el Yoga como una actividad física dentro de los distintos procedimientos y conjuntamente con otros ejercicios concretos.

La estructura típica de un programa de MBSR contempla la planificación de un curso con una clase semanal de 2 a 2.5 horas de duración, durante 8 semanas. Las actividades en cada sesión incluyen instrucción y práctica de una variedad de métodos *Mindfulness*, discusiones para fortalecer la práctica de meditación y superar los obstáculos, ejemplos de aplicación de *Mindfulness* a situaciones específicas, y vincular los principios de salud mente-cuerpo y de estrés a la práctica de *Mindfulness*. Se incluye un componente didáctico del estrés o de cualquier otra condición a la que se haya adaptado el programa (Kabat-Zinn, 1990).

La metodología del programa distingue entre la práctica de meditación formal y la práctica informal de *Mindfulness*. *Meditación formal* es el tiempo dedicado cada día específicamente a la práctica de uno o más de los métodos o técnicas enseñados durante el curso, destacar la meditación estática, que se practica sentado en una silla o en el suelo dirigiendo la atención en la respiración; la *meditación caminando*, que consiste en estar muy atento cuando se camina sin tener alguna meta y observando atentamente las sensaciones que se producen en el movimiento; la revisión atenta del cuerpo, en donde la persona esta acostada con los ojos cerrados y lleva su atención desde los dedos de los pies hasta la coronilla observando atentamente todas las sensaciones sin juzgarlas (Body Scan); y los *estiramientos suaves* procedentes del Hatha-Yoga, que se refieren a estiramientos

y posturas observando las sensaciones corporales (Kabat-Zinn, 1990).

Según el autor, *la práctica informal* es la adaptación del Mindfulness formal (especialmente la concentración en la respiración) mientras uno se encuentra en las diferentes situaciones de la vida diaria, se les anima a parar y prestar atención con sinceridad y sin juicio donde quiera que se encuentren en sus hábitos y situaciones vitales (comer, andar, estudiar, entre otros). La palabra práctica es utilizada con frecuencia en la aproximación MBSR; práctica no quiere decir ensayo, no se refiere a una actividad como algo diferente de la vida real, ni intentar ser alguien distinto o llegar a convertirse en algo mejor o conseguir mejores resultados. Se trata de una experiencia de aproximación con consciencia a la vida cotidiana, que sólo puede ser comprendida a través de la experiencia directa del individuo. Por esta razón, el MBSR demanda un importante compromiso de los participantes para meditar diariamente en casa. La meta de este compromiso para la práctica formal e informal de *Mindfulness* es cultivar la continuidad de la consciencia en todas las actividades y desafíos de la vida diaria (Kabat-Zinn, 2003). A los participantes se les solicita un compromiso de 45 minutos a una hora de práctica de meditación formal cada día durante ocho semanas.

Según Cebolla, A., & Miró, M. T. (2007), Kabat-Zinn no elabora una explicación psicológica del efecto del programa diseñado, sino que se basa en los textos budistas para su explicación, pero tiene el mérito de ser pionero en buscar una aproximación científica, sistemática y rigurosa a la meditación, desde una perspectiva médica o psicosomática.

El entrenamiento con el programa de Kabat-Zinn (1990) ha generado diversas investigaciones científicas en torno al mismo cuyos resultados son variados. Aunque los ámbitos fundamentales de aplicación han sido el estrés y el dolor, también existe otro amplio rango como en psoriasis (Kabbat-Zinn, 1998), SIDA (Robinson, Mathews & Witek-janusek, 2003), cáncer (Kabat-Zinn, 2003; Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Specca, 2001; Carlson, Specca y Patel, & Goodey, 2003), enfermedades del corazón (Tacon, McComb, Caldera & Randolph, 2003), relación de pareja (Carson et al., 2004). También ha sido aplicado en la reducción de la frecuencia de los ataques de pánico y su evitación, llegando a disminuir de manera efectiva los síntomas de ansiedad y de pánico; puede ayudar a mantener estas reducciones en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y de agorafobia (Kabat - Zinn, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher &

Pbert, 1992). Entre otros, se ha constatado, la utilidad del programa para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias (Davidson, 2003).

### **2.5.1.2. Terapia cognitiva basada en Mindfulness**

Dentro del grupo de terapias que utilizan el entrenamiento en meditación esta la terapia cognoscitiva en prevención de recaídas para la depresión basada en la atención plena (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT), desarrollada por Segal, Williams & Teasdale (2006). Es un programa de entrenamiento con 8 semanas de duración que incorpora componentes del programa de Kabat-Zinn con principios de la Terapia Cognitiva clásica y fue desarrollado para evitar recaídas en pacientes con historial depresivo, buscando que las personas desarrollen habilidades metacognitivas experimentando los pensamientos sin considerarlos reflejos de la realidad.

Utiliza la psicoeducación y la atención plena para que la persona se distancie de los pensamientos negativos automáticos, sin responder a estos cuando aparezcan enfocándose en la respiración como ancla para llevar la atención al presente (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Al igual que el MBSR, este programa consta de 8 semanas con una sesión semanal de dos horas de duración, con planificación de tareas para casa, y generalización de la práctica a la cotidianidad. Sin embargo, no se lleva a cabo el día de retiro en silencio. El programa detallado de la aplicación está publicado paso a paso (Segal et al., 2002). También Miró (2007) detalla las principales novedades del programa, cuyas características específicas se resumen a continuación:

- Registros de actividades de momentos agradables y desagradables.
- Mini-Meditación de tres minutos en la respiración, incorporados a la vida cotidiana que se desarrollan según las necesidades, y siguiendo el protocolo: (1) centrarse en lo que ocurre durante un minuto, reconocer la experiencia; (2) llevar la atención a la respiración; y (3) llevar la conciencia a todo el cuerpo.
- Enfocar la mente en las dificultades durante la meditación sentada trayendo a la mente una situación problemática de manera intencionada. De este modo los participantes se hacen conscientes de cómo se enfrentan a las

dificultades, reconociendo si existe aversión o evitación hacia ellas y tratan de trabajar con ellas a través de la atención consciente y la compasión hacia sí mismos.

- Ejercicios de terapia cognitiva clásica.

Toda esta serie de ejercicios del programa no tienen como objetivo cambiar pensamientos distorsionados, al contrario tratan de facilitar la comprensión del cliente acerca de la influencia de los pensamientos en los cambios de estado de ánimo y en el mantenimiento del piloto automático. De modo que el programa desarrolla un entrenamiento en habilidades de auto-observación o autoconciencia de los propios estados mentales. Sin embargo, esta auto-observación sería adaptativa (Watkins & Teasdale, 2004) en contraposición con la auto-observación rumiadora no adaptativa. El sujeto está interesado en lo que ocurre en el presente, no compara el estado actual con el ideal, no enjuicia lo que observa y acepta la impermanencia o transitoriedad de cualquier experiencia.

Detallando sus características, según Teasdale (2004), el objetivo de un posible tratamiento de las recaídas en depresión no debe ser tanto evitar los estados de tristeza o infelicidad, como reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos se restablezcan en momentos de incremento de disforia, reactivando el engranaje depresivo.

Teasdale (1999), en el abordaje de la prevención de recaídas se enfoca más hacia la relación que los clientes establecen con sus sentimientos y pensamientos, proponiendo una forma de trabajo grupal con tareas para casa. El propósito es lograr la des-automatización del engranaje depresivo, para que cuando surja la vulnerabilidad en el estado de ánimo bajo, no se reactive el proceso de la recaída. Por tanto, el cambio crucial respecto a la terapia cognitiva clásica es que se deja de atender al contenido de la cognición y se pasa a centrarse en “cómo se procesa la experiencia”. De este modo, Teasdale destaca el cambio desde la configuración implicacional o experiencial, en lugar de en la configuración proposicional. Así, propone el término —insight metacognitivo— para subrayar el objetivo terapéutico de lograr la experiencia de percibir los pensamientos como pensamientos y no como reflejos de la realidad. Para reducir el malestar emocional de poco sirve saber a nivel intelectual que los pensamientos no describen la realidad (conocimiento metacognitivo a nivel proposicional), ya que sólo los cambios emocionales que se

dan en el nivel implicacional, permiten que se experimente el insight metacognitivo.

Por otra parte Segal, Williams & Teasdale (2002) distinguen dos modos de pensamiento. Uno de ellos es el *“modo de hacer”*, en el que el pensamiento está orientado a la consecución de la meta, asociado a un estado de insatisfacción hasta conseguir su logros, siendo los pensamientos circulares, con un juicio continuo, la mente se encuentra tan preocupada en analizar el pasado y el futuro que el presente pierde su relevancia. El otro modo, es el *“modo de ser”*, en el que los pensamientos están centrados en el presente, relacionándose con él de forma directa e inmediata, siendo solo imágenes que aparecen en la mente y que dejamos marchar. El objetivo del MBCT es entrenar las habilidades que permiten a los individuos pasar del *modo “hacer”* al *modo “ser”*.

En cuanto a la variable instructor, la pedagogía y los procesos de la enseñanza MBCT se plantean diferencias importantes entre MBSR y MBCT especialmente en el ámbito de aplicación y las cualidades requeridas a los instructores para desarrollar el programa. Según Crane, Kuyken, Mark, Williams, Hastings & Cooper (2011) MBCT comúnmente se ofrece en entornos clínicos o en contextos donde se requiere un modelo psicológico de base que proporciona un marco vital para la comprensión de los factores que subyacen y mantienen problemas complejos. El instructor de MBCT que se plantea utilizar el enfoque en este tipo de entornos clínicos necesita una formación clínica, además de la capacitación en el uso de modelos y tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Por otro lado, el MBSR se ofrece en una gama más amplia de escenarios, incluyendo clínicas, negocios y contextos educativos. Los monitores de MBSR requieren una experiencia profesional y la formación pertinente para el contexto en el que tienen la intención de enseñar.

Los autores coinciden en señalar que se requiere una práctica directa de desarrollo de la atención plena como parte de la formación del profesorado en MBSR (Crane et al., 2010), adquiriendo competencias para el manejo de las distintas situaciones a las que se expone en la enseñanza del programa MBSR.

Destacar la importancia, según estos autores, del grado en que los instructores han de estar en conexión consciente con su experiencia directa (con su proceso interior) y la interfaz de este con el grupo, los participantes individuales y el proceso de enseñanza. A través del proceso de exploración contemplativa interior,

el maestro encarnará de manera natural las cualidades que son inherentes en la propia exploración (por ejemplo, el enfoque intencional de la atención, dedicada curiosidad, la ecuanimidad o compasión). Así se muestra la esencia del potencial que ofrece la atención en un nivel más allá de lo conceptual.

Los maestros no están compartiendo un enfoque filosófico con sus participantes; están participando con ellos en una exploración que es parte integral de su propia vida. En nuestra experiencia personal, nuestra capacidad para encarnar la esencia de las enseñanzas de atención plena depende de una continua conexión en "vivo" con nuestra propia práctica y con las enseñanzas de las tradiciones de sabiduría que dieron lugar a la atención plena.

La calidad de una sesión basada en la atención plena depende de la comprensión del instructor de lo que se requiere para ofrecer un programa a la vez que una arraigada y profunda práctica personal de la atención plena (Kabat-Zinn, 2011), integrado con las habilidades y entendimientos pertinentes al programa en particular o contexto en el que se ofrece la enseñanza (Teasdale et al., 2003).

Los diferentes autores coinciden al señalar que una competencia relacionada es la capacidad para localizar la enseñanza en los principales contextos seculares, sosteniendo conexión y manteniéndose fiel a la sabiduría y la comprensión inherente dentro de las tradiciones que dieron lugar a la enseñanza de la atención plena (Santorelli, 1999; Segal et al., 2002; McCown et al., 2010; Kabat-Zinn et al., 2011) estos autores ofrece una base sólida para el desarrollo de descriptores de competencia.

### **2.5.1.3. Terapia conductual dialéctica**

La terapia dialectico-conductual (DBT o TDC) desarrollada por Linehan (1993), está enfocada a pacientes con trastorno límite de la personalidad, abordando diferentes modalidades terapéuticas a una jerarquía de objetivos de tratamiento, buscando eliminar o reducir conductas suicidas y desadaptativas, enseñando habilidades conductuales de afrontamiento, teniendo en cuenta la atención plena como habilidad centrada en el "que" hacer (observar, describir, participar) y el "cómo" hacerlo (no-juicio, enfocándose en una sola cosa a la vez y ser efectivo) para ejercer las competencias.

Se basa en una cosmovisión dialéctica, visión del mundo, que postula que la

realidad se compone de oposición de fuerzas. La síntesis de estas fuerzas da lugar a una nueva realidad, que a su vez está formada por fuerzas opuestas, en un continuo proceso de cambio. En TDC, el centro de la dialéctica es la relación entre la aceptación y el cambio (Linehan, 1993).

Es un programa que utiliza el Mindfulness y entrenan grupos de habilidades en las que se incluyen materiales didácticos, tareas y revisiones que permitirán el éxito de la terapia y es visto como el mecanismo primario de esta intervención (Waltz et al., 2009). En él, no se utiliza explícitamente la meditación.

En un ejemplo de cómo se trabaja, los clientes imaginan que la mente es una cinta transportadora. Pensamientos, sentimientos y sensaciones que vienen por la cinta, se observan, etiquetan y categorizan. En otro ejercicio, los clientes imaginan que la mente es el cielo y que los sentimientos y las sensaciones son nubes que se ven pasar. Se les enseña varias formas en la observación de la respiración, incluyendo la respiración hacia dentro y hacia fuera, contar las respiraciones, coordinar la respiración con pasos al caminar y la respiración mientras se escucha música. Algunos ejercicios fomentan el conocimiento consciente durante las actividades diarias, como hacer el té, lavar los platos o la ropa, la limpieza de casa o tomar un baño.

#### **2.5.1.4. Terapia de aceptación y compromiso**

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) tiene su base en el análisis de la conducta (Hayes & Wilson, 1994). Aunque ACT no describe sus métodos de tratamiento en términos de la atención o la meditación, si comparte abordajes propios de Mindfulness. Es una terapia conductual que se apoya en el funcionalismo contextual y que comparte el fondo filosófico del constructivismo y el constructivismo social (Hayes et al., 2006). Postula un criterio de verdad basado en la utilidad y considera la psicopatología como una consecuencia de los procesos relacionados con el lenguaje. La ACT se basa en la teoría de los marcos relacionales (RFT), que considera imprescindible tener en cuenta los procesos cognitivos para entender el comportamiento. Según este modelo, la conducta verbal de los seres humanos está determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de forma arbitraria y de transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros.

El objetivo de la Terapia de Aceptación y Compromiso es producir una mayor flexibilidad psicológica en situaciones donde la evitación experiencial prevalece y no permite al individuo vivir con plenitud. Esta flexibilidad psicológica es la habilidad para contactar más plenamente con el momento presente, para así cambiar o persistir en lo que se está haciendo en tanto sirve a los fines preciados (Hayes, 2004).

La flexibilidad psicológica está establecida en ACT a través de cinco procesos nucleares (Hayes, 2004):

1. Aceptación: tomar conciencia y abrazar activamente las experiencias privadas como ellas son, no tanto como ellas dicen que son, es la alternativa a la evitación experiencial.
2. De-fusión: Es el proceso de socavar la función regulatoria del comportamiento a través de eventos internos verbales, así como su impacto literal en la conducta; busca cambiar la funcionalidad de los pensamientos indeseables.
3. Self como contexto: generar y fortalecer una nueva perspectiva del *self*, un sentido trascendente del *self*, que implica un enfoque en el “aquí y ahora” en contraposición con el “allí y entonces”. Siendo consciente del propio flujo de experiencias sin apego a las misma.
4. Contacto con el momento presente: Promoviendo la observación y la descripción sin juicio de la experiencia presente (los eventos psicológicos y medio-ambientales).
5. Valores: áreas o cosas de la propia vida que a la persona le interesa cuidar. Son cualidades de acción en diferentes contextos. Desde esta perspectiva, los valores se consideran diferentes de las metas; ya que los valores son susceptibles de no ser logrados nunca, mientras las metas sí. Pueden ser conceptualizados como reglas o pautas verbales vinculadas a consecuencias construidas verbalmente.
6. La acción comprometida (comprometerse a cambios en su comportamiento): es un patrón de comportamiento constructivo que está regulado por valores, que incluye la práctica de habilidades, exposición y establecimiento de

metas (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

A los clientes de ACT se les enseña a reconocerse y auto-observarse, a plantearse que son capaces de dominar sus sensaciones corporales, los pensamientos y emociones. Se les anima a separar estos fenómenos de la persona que los tiene. También se les anima a experimentar pensamientos y emociones a medida que surgen, sin juzgar, ni evaluar, o el intento de cambiar o evitar dichas prácticas (Hayes et al., 2006).

Busca enseñar la aceptación a los eventos privados (por ejemplo, los sentimientos) que no son posibles cambiar y reducir la tendencia a la evitación de experiencias, utiliza formas de interacción verbal no analíticas que incluyen las paradojas, metáforas y ejercicios de exposición plena y consciente en el aquí y ahora (imaginarse una marcha de pequeños soldados que llevan pancartas con las palabras o las imágenes de los pensamientos permaneciendo como observador sin unirse al desfile, por ejemplo).

La ACT planteada por Hayes et al., (2005) adopta principios y técnicas del acercamiento de Kabat-Zinn (1990), enfocado primeramente en el entrenamiento de la respiración y enseñan los principios de la atención, conciencia, enfoque en el presente y aceptación/no juzgar a como ellos se refieren a las experiencias internas. A los clientes se les enseña el concepto de compromiso mental con las emociones, y ellos aprenden a observar situaciones de evitación y preocupación con sus emociones y las consecuencias de estas estrategias en sus propias vida. En este programa tampoco se utiliza la meditación de forma explícita.

#### **2.5.1.5. Terapia cognitiva conductual con Mindfulness integrado**

Cayou, en 2014 se plantea que "como estado mental, el Mindfulness se experimenta como una conciencia sensorial elevada del momento presente, libre de juicios, de reactividad y de identificación con la experiencia. Y como práctica, requiere un enfoque de atención sostenida y deliberada en los procesos sensoriales con una aceptación incondicional de la experiencia sensorial".

Sobre esta base conceptual desarrolla la TCCMi con un enfoque terapéutico sistémico que integra meditación con elementos centrales de métodos cognitivos y conductuales y señala "con el fin de enseñar a los pacientes a interiorizar la

atención para regular las emociones y la atención, a externalizar esas habilidades en los contextos en los que su disfunción se inicia o se mantiene”.

El modelo se aplica en 4 fases (Cayou, 2014):

- Fase personal, en ella se enseña la práctica de la meditación Mindfulness para interiorizar la atención de una manera que promuevan niveles profundos de conciencia y de aceptación de la experiencia. Se hace hincapié en el contexto interno de la experiencia y se aprende a regular la atención y las emociones.
- Fase de exposición-externalización: Con distintas técnicas de exposición primero con visualización y después en vivo para mejorar la confianza, se aprende a disminuir la reactividad ante situaciones externas.
- Fase impersonal: externalización de la atención hacia los demás descentrándola de sí mismo. Incluye trabajar habilidades interpersonales basadas en mindfulness, combinadas con asertividad y habilidades sociales para abordar el contexto interpersonal de los trastornos psicológicos, previniendo recaídas; se aprende a impedir nuestra reacción ante la reactividad de los demás.
- Fase Empática: se enseñan habilidades empáticas basadas en la experiencia física del momento presente. Incluye el desarrollo de una conciencia y una acción ética, de compasión por uno mismo y por los demás actuando de forma contra-condicionante que ayuda a prevenir las recaídas. Se aprende a sentirse conectado con uno mismo y con los demás.

## 2.6. Neurociencia y Mindfulness

Incorporar las aportaciones de las Neurociencias al Mindfulness ha ayudado a comprender como se realizan los procesos psíquicos para regular nuestras emociones; además, ha permitido incorporar instrumentos de medidas fisiológicas (como la neuroimagen y el procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas) que aportan información y explican aspectos del conocimiento del comportamiento humano. El enfoque de las Neurociencias amplía el conocimiento de los efectos de Mindfulness (se puede conocer lo que sucede en

el cerebro cuando se practica) y contribuye a presentar el Mindfulness como un recurso para lograr solucionar muchos de los problemas que enfrentan las personas en su entorno psicosocial (Siegel, 2011).

Se parte de un hecho básico en el estudio del Mindfulness que es determinar las influencias que nos impiden percibir el presente en su estado casi puro y en definitiva, condicionan nuestra relación con la realidad tanto externa, como interna (Kabat-Zinn, 1994).

La neurofisiología según Engel, Fries & Singer (2001), ha definido esas *influencias* que nos filtra la percepción de la realidad como procesamiento de arriba-abajo, en oposición al procesamiento de abajo-arriba que describe la entrada de información fresca desde los órganos sensoriales. Según estos autores, estas influencias nos marcan y construyen a lo largo de la vida, permitiéndonos adaptarnos y sobrevivir.

Otros autores como Lutz et al., (2007) definen el procesamiento de los estímulos como “el mínimo sentido subjetivo de la ‘yoidad’ en la experiencia, lo que constituye un ‘self mínimo’ o nuclear”. Estos autores consideran que encontrar el funcionamiento de estos procesos de la conciencia es de suma importancia, llegar a conocer las estructuras que subyacen en estos procesos cognitivos y emocionales, priorizando en el análisis de los diferentes elementos del sistema nervioso que dan origen al comportamiento humano es considerada tarea permanente de la neurociencias y de la psicología para comprender el complicado mundo de la mente y aún más, el mundo del Mindfulness.

Según Engel et al., (2001), existe amplia evidencia sobre el procesamiento de estímulos que está controlado por influencias de arriba-abajo que conforman poderosamente las dinámicas intrínsecas de las redes tálamo-corticales y crean constantemente redicciones acerca de los eventos sensoriales entrantes. Estas influencias descendentes ejercen una “*suerte de esclavización*” de los procesos de elaboración de la información más locales y emergentes. De manera que, los procesos de arriba-abajo existen, sin duda, porque poseen un alto valor para la supervivencia, ya que permiten procesar y clasificar rápidamente la información que llega, facilitando así una toma rápida de decisiones, necesarias para sobrevivir. Pero el sistema arriba-abajo actúa imponiendo una serie de filtros automáticos que resaltan los aspectos ya conocidos de la realidad y atenúan o eliminan del todo los

aspectos novedosos de la misma (la visión depende de “el color del cristal con que se mira”).

Los procesos de arriba-abajo son muy poderosos a la hora de *esclavizar* a la información viva que accede momento a momento, ya que en términos de Siegel (2007), “*están respaldados por una conectividad neural muy potente—mucho más potente que la incertidumbre de vivir en el aquí y ahora*”.

La información del aquí y ahora (de abajo-arriba) encuentra, por tanto, numerosas dificultades para hacer llegar a la conciencia su auténtico mensaje. Esa información entrante o primaria ha sido clasificada por Siegel (2007) en 8 *sentidos* o corrientes de información sensorial, clasificación considerada muy útil, sobre todo a la hora de representarnos mentalmente la información que manejamos al practicar la atención plena: los cinco órganos de los sentidos clásicos, la interocepción (incluyendo las sensaciones viscerales y propioceptivas), la comprensión de la mente (de la propia y de la ajena; *mindsight*, teoría de la mente) y, por último, el octavo sentido nuestro sentido relacional, que nos informa sobre la existencia de resonancia o disonancia en nuestras relaciones interpersonales y nos permite “*sentirnos sentidos*” por los otros.

A corto plazo, las prácticas de *mindfulness* parecen contribuir a la regulación emocional a través de la reevaluación cognitiva y reconocimiento de la respuesta negativa de uno mismo, a una situación y la reinterpretación de la situación, en una visión más positiva. Esta es una estrategia de arriba-abajo que interrumpe las emociones negativas (Brown & Goodman, 2012), muy distinta al intento de controlar y rechazar las emociones. A largo plazo, las prácticas de *mindfulness* pueden contribuir a la regulación emocional mediante la construcción de la propia capacidad de observar la aparición de emociones con una actitud sin prejuicios, sin esforzarse en la reevaluación activa (Chiesa et al., 2012). Las experiencias no son inhibidas; es decir, un practicante de la atención plena todavía siente dolor en la misma medida como un no-practicante, pero van a evaluar las experiencias de manera diferente y puede ser menos molesto para ellos (Perlman et al., 2010; Lutz et al., 2012). Los efectos de regulación emocional de las prácticas contemplativas son también relevantes para el tratamiento de poblaciones clínicas (Ceschwind et al., 2012; Robins et al., 2012).

El funcionamiento de las redes cerebrales claves asociados con la regulación

de las emociones y el control de la atención, disminuye naturalmente con la edad, pero la atención plena tiene un efecto positivo en este funcionamiento (Pagnoni, 2012; Shaurya Prakash et al., 2013;). La amígdala contribuye significativamente al procesamiento emocional y es propenso a un exceso de reactividad en los individuos que han estado expuestos a factores de estrés significativos. Estudios de imágenes cerebrales han demostrado que diversas prácticas de meditación disminuyen la actividad de la amígdala y que estos efectos parecen persistir incluso cuando el individuo no medita (Desbordes et al., 2012).

En el Mindfulness lo que se hace es prestar una atención más plena a las ocho corrientes de información que pueden acceder al espacio de la conciencia (no a todas a la vez). Al prestar una atención especial y detallada a la información entrante, comenzamos a dificultar el funcionamiento de los procesos de arriba-abajo y favorecemos la llegada de más riqueza informativa a las instancias prefrontales (Siegel, 2010).

Existe un prolijo marco de investigaciones que documentan el efecto del Mindfulness en el cerebro, se recopilan algunas de las más significativas publicadas en los últimos 10 años.

Revisiones sistemáticas como las de Cahn & Polish (2006) y Simón (2007) recogen investigaciones que evidencian que la práctica continuada de la meditación *Mindfulness* conlleva cambios funcionales y estructurales en diversas áreas cerebrales, con consecuencias adaptativas asociadas a una mejor regulación emocional y atención.

Creswell et al., (2007) plantean que en términos generales los efectos de la práctica del “estar atento” sobre el sistema nervioso se relacionan con la promoción de un estado de relajación del sistema nervioso periférico y la activación del SNC.

Lazar et al., (2005), registraron la actividad cerebral de 20 participantes expertos en meditación *Mindfulness* con una resonancia magnética funcional. Los resultados detectaron que determinadas regiones cerebrales asociadas eran más gruesas en el grupo de meditadores que en el grupo control.

Se ha constatado que el entrenamiento en atención plena mejora la conectividad cerebral (Kilpatrick et al., 2011), provoca un incremento de la materia gris de las áreas del cerebro involucradas en los procesos de aprendizaje, memoria

y regulación de las emociones (Hölzel et al., 2011).

Cresswell et al., (2007) han asociado el rasgo disposicional de *Mindfulness* a una mayor activación cortical de la corteza prefrontal y una actividad bilateral reducida de la amígdala durante el etiquetado afectivo de expresiones faciales, en contraste con una tarea control de etiquetado de género. Describen que la modificación del etiquetado de los estímulos emocionalmente displacenteros, disminuye el afecto displacentero y mejora la salud psicológica en general de los individuos que han desarrollado el “estar atento”.

Las medidas electroencefalográficas han revelado un incremento significativo en la actividad alfa y theta durante la meditación, lo cual es congruente con los estudios de neuroimagen que demuestran que durante la práctica de la atención plena se activan la corteza prefrontal y la corteza cingulada anterior; mientras que la práctica a largo plazo, se asocia con una mejora en las áreas cerebrales relacionadas con la atención (Chiesa & Serretti, 2010).

Por otro lado, Hölzel et al., (2010) aportan que la reducción del estrés percibido se correlaciona con cambios estructurales en la amígdala; específicamente con decrementos en la densidad de la materia gris de la amígdala basolateral derecha.

Distintos autores (Davidson et al., 2003; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008) coinciden en sus conclusiones, cuando plantean que una mayor cantidad de pensamientos negativos provoca una mayor actividad en el córtex derecho del cerebro (lóbulo prefrontal derecho) lo que genera emociones no placenteras (ansiedad, depresión, envidia, sentimiento de culpa, hostilidad hacia los demás, entre otras), en otras palabras, infelicidad autogenerada. Por el contrario, a más pensamientos positivos, mayor actividad en el córtex izquierdo del cerebro (lóbulo prefrontal izquierdo) elevando las emociones placenteras y la felicidad.

Los estudios de resonancia magnética (Davidson, 2003) llevados a cabo con monjes budistas que practican la meditación diariamente, han mostrado una actividad superior inusual en el córtex izquierdo, lo cual es significativo, considerando que los mayores registros de felicidad fueron detectados en dichos sujetos. Según estudios posteriores, el cerebro es un órgano en constante evolución y, por lo tanto, moldeable (plasticidad de la mente), los estudios demuestran la relación existente entre el córtex cerebral izquierdo y el derecho que

puede ser medida, además plantean que la relación entre ambos sirve para representar el temperamento de una persona. Debido a lo anterior, se ha sugerido que la felicidad es algo que se puede aprender, desarrollar, entrenar, mantener en forma y alcanzar definitivamente (Brefczynski-Lewis, Lutz, Schaefer, Levinson, & Davidson, 2007).

## 2.7. Qi Gong y Mindfulness

En la estructura del programa MRBS un elemento fundamental es la práctica física a través del yoga. Esta práctica no se ha estipulado como ejercicio exclusivo para la aplicación del programa MRBS, por ello, algunos estudios (Tsang et al., 2002; Maldonado et al., 2005; Siegel, 2010) han introducido en los programas de Mindfulness en lugar del yoga, la práctica del Qi Gong.

De interés en las terapias complementarias, al igual que el yoga, el Qi Gong es una técnica psicosomática (meditación en movimiento) de larga historia y tradición en China con diversas escuelas de práctica. Se considera un método que regula el cuerpo, la respiración y la mente y por lo tanto determinante para la salud y la longevidad.

Es una práctica de meditación utilizada en promoción de la salud. Tiene en común con el Yoga y el Tai Chi la característica de la concentración profunda en la propia intención y se asocia a la atención; Además de implicar una forma dinámica de movimiento consciente. Cuando se practica abarca las cuatro afluentes de la conciencia: sensación, observación, conceptualización y conocimiento (Siegel, 2010).

Hay dos tipos de Qi Gong, interno y externo (Requena, 2007 y 2010). El Qi Gong interno incluye técnicas aprendidas y autodirigidas de ejercicios que involucran sonidos, movimientos y meditación. Conecta al paciente con el cuidado de su propio cuerpo y de su propia salud. Esta actividad debe ser entrenada estrictamente en la presencia o directa supervisión de un maestro Qi Gong para luego poder ser desempeñada individualmente. El Qi Gong (Qi emisión) externo es practicado por el Qi Gong máster que utiliza su mano con el fin de proyectar *el Qi* a otros con el propósito de la curación.

Los tres componentes principales de Qi Gong son la regulación de la mente,

la regulación del cuerpo y regulación de la respiración (Chow, 2012) y utiliza, ejercicios enfocados suaves para el cuerpo y la mente para aumentar y restaurar el flujo de Qi (energía vital) con el objetivo de fomentar y acelerar la capacidad del cuerpo para curarse a sí mismo (Lee, 2009). Este flujo de Qi se cree es de vital importancia para la vitalidad óptima y la salud física y emocional (Chow, 2012).

Hay muchos estilos de Qi Gong, incluyen entre otros, *Baduanjin* que es un ejercicio de bajo nivel aeróbico caracterizado por ocho movimientos delicados finos, estiramiento y respiración controlada (Chyu, 2011); *Guolin* que contiene un ejercicio de caminar lento con movimientos ligera torsión de cintura y los movimientos del brazo (Jones, 2001); y *Qi Gong Dantian* que se caracteriza por un enfoque en ejercicios de respiración, movimientos y meditación lentos y controlados (Trott, 2009). Los efectos terapéuticos de Qi Gong varían según el estilo (Chow, 2012).

El Qi Gong es practicado por 60 millones de personas cada día en China (Chow, 2012), es uno de los ejercicios más recomendados para los pacientes con enfermedad arterial coronaria (Davis, 2009). Diferentes estudios han demostrado la eficacia del Qi Gong en la reducción de la presión arterial (Davis, 2009; Nahas, 2008); la reducción de los niveles de triglicéridos y colesterol en ayunas (Innes, 2008; Lee, 2004) y el efecto beneficioso sobre la diabetes de tipo 2 (Xin, 2007).

Se ha demostrado que el Qi Gong reduce los niveles de catecolaminas y cortisol circulante en respuesta a factores de estrés en comparación con un grupo placebo (Guo, 2008). Los resultados de los estudios también sugieren que el Qi Gong puede ser beneficioso en la disminución de los niveles de estrés percibido (Lee, 2003; Skoglund, 2007), considerado este estrés percibido un factor determinante en la génesis de las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2011).

Barnés (2011), analiza las repercusiones del Qi Gong a nivel psicosocial y destaca que los resultados obtenidos permiten sugerir, en la línea de otros trabajos, que la práctica del Qi Gong puede aliviar las consecuencias negativas del estrés y promover la salud psicológica (Granath, Ingvarsson, Von Thiele, y Lundberg, 2006), que la naturaleza multidimensional del Qi Gong puede beneficiar a quién la práctica mediante la promoción de su salud y bienestar, y que los profesionales de la salud pueden incluir este método entre las actividades recomendadas a sus pacientes por sus beneficios físicos y psicológicos (Johansson, Hassmen & Jouper, 2008).

En el plano conceptual, los mecanismos de acción que subyacen a sus efectos terapéuticos, Chen afirma que las propiedades terapéuticas del Qi Gong pueden tener su base en la capacidad de regular los sistemas respiratorio y cardiovascular, el metabolismo y la actividad del córtex cerebral y del SNC (Chen, 2007).

Qi Gong incorpora un aspecto cognitivo, a través de las visualizaciones, un aspecto volitivo, mediante la intención expresa depositada en cada respiración de 'soltar las tensiones', y una profundización en el sí mismo, a través de la meditación mindfulness o de atención plena, que no está presente en la inmensa mayoría de los deportes, lo que podría explicar por qué algunos estudios han encontrado mayores beneficios de la práctica del Qi Gong que en otras actividades de intensidad comparable (Brown, 1995). Este autor además sugiere que debido a su bajo impacto en el cuerpo, el Qi Gong, es especialmente útil cuando el ejercicio aeróbico pueda suponer un esfuerzo físico demasiado intenso para el individuo.

## **2.8. Evidencia empírica del Mindfulness**

En la revisión de estudios del Mindfulness hemos podido constatar cómo prácticamente desde el año 2000 hasta el 2015 no han cesado de proliferar las investigaciones que tenían como base el Mindfulness o como programa de intervención o/y como concepto para definir y operativizar dentro de un marco estructural conceptual (normalmente las terapias de 3ª generación), apoyándose también en otros campos de investigación como la neurociencia. En este prolijo campo de investigaciones destacan como elementos clave la variabilidad de ámbitos temáticos abordados (clínicos y no clínicos) y la diversa metodología utilizada, todo bajo el paraguas conceptual del Mindfulness. Destacando además como desde 2009 al 2015 proliferan las revisiones acerca del Mindfulness en los distintos ámbitos de aplicación, que pasan a cuestionar las bondades de los diferentes programas mindfulness desarrollados y revisan las metodologías empleadas.

Exponemos a continuación un resumen de dicha evidencia empírica, señalando específicamente las investigaciones que desarrollan los programas MBSR y MBCT.

Teasdale, Zindel, Segal, Mark, Williams, Soulsby et al., (2000) desarrollan el

programa en una población clínica que padece depresión y concluye que las intervenciones con Mindfulness-based son prometedoras cada una o combinadas con otras formas de intervención, en los tratamientos de las recaídas de la depresión mayor.

Reibel, Greeson, Brainard & Rosenzweig (2001), analizan los efectos de Mindfulness sobre la calidad de vida física y psicológica, así como sobre la sintomatología asociada (medidas con el SLC-90-R) en una población heterogénea de pacientes con resultado de disminución del malestar psicológico un 38% del índice de Severidad Global; un 44% de disminución de la subescala de Ansiedad y un 34% en la Depresión ( $p < 0,001$ ), manteniéndose la reducción en algunos parámetros después de un año de seguimiento.

Carlson, Urzliak, Goodey, Angen & Speca (2001) desarrolla el programa en una población diversa de enfermos de cáncer bajo tratamiento externo y concluye que el programa MSRBS produce una reducción de los síntomas del estrés y mejora el ánimo (específicamente disminuye la ansiedad y la depresión), permaneciendo los beneficios cinco meses después del tratamiento.

Hasta 2003, la revisión de la literatura empírica y teórica de las intervenciones con Mindfulness, sugería el alivio de una variedad de problemas de salud mental y la mejora del funcionamiento psicológico, resolviendo tanto problemas psicológicos como físicos, aunque algunas de las investigaciones presentaban defectos metodológicos significativos (Baer, 2003).

Davidson et al., (2003) en su estudio también concluye que la cantidad de práctica influye en la atención plena en el transcurso del programa MBSR y se asocia con cambios en la angustia psicológica y el bienestar.

Kabat-Zinn (2003) aplica el programa en población clínica y señala entre sus resultados reducciones de síntomas médicos asociados al estrés de un 34,5% y reducción del malestar psicológico en un 40%.

Roth & Robbins (2004), intervienen con programas de MBSR en una población (hablantes bilingües hispanos) identificados con problemas psicosociales, con ellos aborda la prevención de cuidados de salud y educación y sus resultados apoyan los de otras investigaciones previas que demuestran una reducción de los síntomas y una mejora de la salud general en los participantes que completaron el programa.

Martín-Asuero, Benito, López y Pacheco (2004), impartieron el programa MSRBS a un grupo de profesionales de sanidad y en empresas de servicios interesados en reducir el estrés. Entre sus resultados destacan reducciones significativas del malestar en un 47% de los participantes que finalizan el programa.

Hayes & Feldman (2004), intervienen en población clínica con depresión y sus resultados sugieren que el entrenamiento en Mindfulness facilita la estabilización de los aspectos del cambio en la terapia. Se ha enfatizado su utilidad en el manejo de la regulación emocional, en el tratamiento de las fases agudas y en la de prevención de las recaídas.

Grossman, Niemann, Schmidt & Walach (2004) en su revisión sistemática de 64 estudios empíricos que utilizan MBSR concluyen que la ansiedad y la depresión se ven reducidas a la mitad, cuando un tratamiento convencional se complementa con el Mindfulness. Además señalan que puede ayudar a un amplio rango de individuos a afrontar problemas clínicos y no clínicos.

Martín-Asuero (2005), desarrolla el programa en entornos laborales con personas con alto grado de malestar y sus resultados evidencian una reducción del malestar en un 55%; siendo los componentes de depresión, ansiedad y hostilidad los que mayor reducción experimentaron. Este autor concluye que las intervenciones y programas basados en Mindfulness representan un recurso efectivo y validado experimentalmente para reducir los niveles de estrés y conflictividad laboral.

Martín-Asuero y García de la Banda (2006). Obtienen similares resultados con profesionales de la salud que presentaban un grado de malestar superior a la media. La reducción del malestar en ese estudio fue del 51%, encontrándose los mayores cambios en los componentes de depresión, hostilidad, somatización y ansiedad; todos con una reducción superior al 50% y concluyen que el MBSR puede ser una intervención aplicable para reducir el malestar psicológico en la formación de profesionales de la salud.

Shapiro, Carlson, Astin & Freedman (2006), tras una revisión teórica proponen un modelo de Mindfulness en un esfuerzo por dilucidar los mecanismos potenciales que explican como el Mindfulness afecta al cambio positivo, analizando que elementos de la práctica de Mindfulness están implicados en él.

Shapiro, Brown & Biegel (2007), en su estudio encontraron tras la aplicación del programa MBSR disminuciones significativas en estrés, el afecto negativo,

rumiación, ansiedad (estado y rasgo) y un aumento significativo en el afecto positivo y la autocompasión. Consideran que la práctica experiencial de habilidades en Mindfulness es un componente importante del programa MBSR y se considera en parte responsable de su beneficio. Además, en este estudio Shapiro et al., (2007) señalan, como otros estudios demuestran también, que la participación en MBSR se asocia con aumentos significativos en la atención plena (Cohen-Katz et al., 2005; Brown & Ryan, 2003). Otros autores apoyan esta afirmación y además, añaden que el aumento de la atención plena se relaciona con los efectos beneficiosos de MBSR en la mejora de la salud mental de la persona. Estos resultados apoyan los resultados obtenidos por Shapiro, Carlson, Astin & Freedman (2006) cuando concluyen que la atención plena es una característica central de MBSR que se relaciona con los resultados positivos del programa.

Diferentes trabajos ponen de relieve los efectos significativos de MBSR cuando se añade al tratamiento habitual en pacientes con ansiedad y depresión (Biegel, Brown, Shapiro & Schubert, 2009) y en concreto, en su aplicación en adultos con trastorno de ansiedad social y depresión destacan importantes reducciones en los síntomas, pero la diferencia no es superior a la que presenta el grupo control que recibe el tratamiento estándar cognitivo-conductual para desórdenes de ansiedad social (Koszycki, Bengner, Shlik & Bradwejn, 2007).

Diferentes investigadores concluyen en sus estudios que las mejoras en ansiedad, depresión e ira, con un programa MBSR reflejan la mejora de las capacidades en las habilidades de regulación emocional en general, y una mayor capacidad o voluntad de permitir y estar presente con las emociones negativas en lugar de tratar de suprimir o evitarlos en concreto [Chambers, Gullone & Allen (2009); Lykins & Baer (2009)].

Kang, Choi & Ryu (2009) en su estudio examinaron la eficacia de un programa de afrontamiento del estrés basado en la meditación consciente sobre el estrés, la ansiedad y la depresión experimentada por los estudiantes de enfermería en Corea. Los resultados mostraron diferencias significativas intergrupo en las puntuaciones de estrés y ansiedad, pero no en las puntuaciones de depresión, y concluyen que un programa de afrontamiento del estrés basado en la meditación consciente, resulta eficaz para disminuir el estrés y la ansiedad en los estudiantes de enfermería.

Chiesa & Serretti, (2009) a partir de una revisión sistemática constata que de

los estudios revisados, los efectos de las intervenciones basadas en mindfulness sobre la reducción del estrés no lanzan resultados consistentes teniendo una evidencia limitada.

Por otro lado el meta-análisis de Chiesa & Serretti (2010) encontró una reducción significativa en los niveles de estrés, además de una mejora significativa en los niveles de espiritualidad en los participantes que asistieron a programas MBSR en comparación con los controles de lista de espera. Además, MBSR redujo significativamente muchos parámetros, incluyendo, la depresión, la puntuación de ansiedad y la rumiación y presentándose una mayor sensibilidad interpersonal. En conclusión, se evidencia un efecto no específico sobre todo en el grupo de Mindfulness-Meditación (MM) en comparación con el grupo control de la lista de espera. Sin embargo, se detectan varias limitaciones, incluyendo la auto-selección y dificultad para establecer posibles efectos específicos de MM que sugieren obligan a considerar los hallazgos disponibles con precaución.

Martín-Asuero A y cols., (2010) aplican un programa psicoeducativo MBSR estándar cuyos efectos generan disminución significativa del malestar psicológico en un 35% que se mantuvo durante el seguimiento a los 5 meses, disminución de la rumiación en un 20% y reducción del 20% en afectividad negativa. El programa ayudó a introducir algún cambio en el estilo de vida de los participantes y redujo de forma no significativa el estrés percibido, no presentándose cambios en el componente positivo del afecto. Las limitaciones del estudio se resumen en que no hay diagnóstico clínico previo de los participantes, la ausencia del grupo control y no se aísla el efecto de que la intervención se hace en grupo. Sugieren la necesidad de implementar estudios controlados y aleatorizados para poder evaluar la eficacia del programa.

Gil, Barreto y Montoya (2010) en su revisión sistemática constatan que aparecen diferencias significativas en atención plena antes y después de la aplicación del programa; mejorando las capacidades cognitivas y afectivas de mindfulness y reduciendo los síntomas psicopatológicos, todo ello concretan, dependiendo del grado de implicación de los sujetos en el programa. Han considerado en el programa el número de sesiones de meditación formal (3 o 4 veces por semana), la practica informal (todos los días), la asistencia a las sesiones (5 o más). Concluyen que hay una mejora de la atención plena en las personas que han seguido las sesiones y han realizado la meditación formal e informal, obteniendo mayores puntuaciones en todas las variables evaluadas en

comparación con los que no han participado de forma continuada en el programa. Con lo que asocian la mejora en las capacidades de atención plena a la participación de los sujetos en el programa. Demuestran que se reducen los síntomas en todas las sub-escalas de listados de síntomas SCI-90. Concluyen que si los participantes realizan meditación formal más de tres veces a la semana, la meditación informal todos los días y asisten a 6 sesiones o más, de las 8 que constituyen el programa son las variables determinantes del cambio. Estos resultados son similares a los obtenidos en los estudios desarrollados por [Martín-Asuero y cols., (2005); Martín-Asuero y García de la Banda, (2007)].

De la Fuente, Franco y Salvador (2010) comprobaron la incidencia de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness), sobre los niveles de presión arterial de un grupo de docentes de Educación Secundaria que presentaban hipertensión esencial Grado I y II. Los análisis estadísticos arrojaron una reducción significativa tanto en los niveles de presión arterial sistólica como diastólica, en las evaluaciones pos-test y seguimiento a los cuatro meses en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Se concluye que un programa de estas características pueda ser útil y eficaz para realizar intervenciones dirigidas a la reducción de la presión arterial en personas hipertensas, aunque plantean la necesidad de realizar futuras investigaciones que aumenten la validez de los resultados obtenidos.

La revisión de Chiesa & Serretti (2011) recogen en una revisión sistemática los efectos de la aplicación del programa MRBS en muestras clínicas, y plantean que las conclusiones son muy variadas. Estos revelan efectos no específicos para la reducción de los síntomas de dolor y la mejora de los síntomas depresivos en pacientes con dolor crónico. También describe una evidencia limitada que sugiere efectos específicos en este tipo de intervenciones. Otros resultados evidenciaron algunas mejoras en medidas psicológicas relacionados con el dolor crónico. En cuanto a las limitaciones destacan el tamaño pequeño de la muestra, la ausencia de asignación al azar, uso de un grupo control de lista de espera que no permite distinguir en concreto los efectos específicos del programa y las diferencias entre las intervenciones. Debido a varias deficiencias metodológicas de los ensayos y las diferencias en términos de programas disponibles y variabilidad de enfermedades objeto de la investigación, la evidencia actual debe ser considerada con precaución, y concluyen que se requieren estudios mejor diseñados.

Miró MT y cols., (2011) hacen una revisión sistemática de los tratamientos

basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión y destacan que los procedimientos desarrollados presentan variabilidad de programas y de técnicas de aplicación, la duración e intensidad del entrenamiento según los autores carecen de control. Los resultados identificados en esta revisión se centran en reconocer la eficacia para aliviar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico, enfermedades médicas (fibromialgia, psoriasis y cáncer), trastorno de alimentación y eficaz para mejorar la resolución de problemas en población no clínica. En cuanto a las limitaciones de los estudios destaca el número pequeño de las muestras, por estar acotado a la población clínica, el predominio de sexo femenino, la variabilidad en el rigor metodológico de los estudios, la carencia de grupos control adecuados, la escasa homogeneidad de las muestras y que no se cuantifica el tamaño de efecto generado por el programa.

Robins et al., (2012) plantearon una investigación en la que exploraban en qué medida un programa básico de MRBS de reducción estrés, lo reduce y mejora el ajuste psicológico en muestras clínicas y no clínicas. Examinado los efectos en varios procesos como actitudes y patrones de comportamiento relacionados con la regulación de las emociones, como la ira. Los grupos combinados mostraron cambios significativos en todas estas variables y en los periodos de medición excepto las dos variables ira de pre-test y a los dos meses de seguimiento. Con lo que concluyen que el programa de entrenamiento de la mente de 8 semanas aumenta la conciencia en la vida diaria y produce efectos beneficiosos sobre los procesos de regulación emocional clínicamente relevantes.

Como recoge Robins et al., (2012) en su el programa MBSR ha demostrado (en muestras no clínicas) disminución significativa estrés, el estado de ánimo y en las emociones más específicas como la ansiedad o preocupación, depresión, la ira. Con resultados similares con los estudios de muchos otros autores que utilizan el mismo programa en muestras no clínicas [Shapiro, Schwartz, & Bonner, (1998); Shapiro, Astin, Bishop & Córdoba, (2005); Anderson, Lau, Segal, & Bishop, (2007); Nyklícek & Kuipers, (2008)] e idénticos resultados en muestras clínicas [Specia, Carlson, Goodey, & Angen, (2000); Weissbecker et al., (2002); Shapiro, Bootzin, Figueredo, López, & Schwartz, (2003); Lengacher et al., (2009); Grossman et al., (2010); Carmody et al., (2011); Schmidt et al., (2011)].

Robins et al., (2012) ponen en evidencia que aunque varios estudios demostraron resultados prometedores con respecto a la eficacia de MBSR en la reducción del estrés y mejoran del bienestar psicológico, poco se sabe acerca de

los procesos o mecanismos que conducen a tales efectos clínicos. Es posible que la participación en programas MBSR y similares que implican la práctica diaria de la atención conduzca a aumentos de rasgo o de disposición a la atención plena, y que tales cambios, medien los efectos de MBSR en el estrés y el funcionamiento psicológico.

De Vibe et al., (2012) en su revisión señalan como un programa estándar de MBSR dirigidos a poblaciones clínicas y no clínicas para mejorar la salud, la calidad de vida y el funcionamiento social de los adultos, tienen una serie de efectos en la autorregulación enfocada en la reducción del estrés y el manejo de las emociones. Produciendo aumento de la conciencia que genera nuevas formas de responder y hacer frente en relación con uno mismo y el mundo alrededor y alterando la función del cerebro responsable de la regulación del afecto y las áreas que regulan los impulsos de tensión (concepto de plasticidad cerebral inducida por el programa). Estos autores plantean que los metaanálisis indican efectos sobre la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, abuso de sustancias, ansiedad y depresión, resultados positivos en niños con déficit de atención y pacientes con cáncer, entre otros; y generan resultados sobre la salud, medida a través de la reducción de estrés, de la angustia, del estrés somático y el bienestar medido por la mejora en la calidad de vida y la sensación de bienestar psicológico percibido. Las sesiones del programa MBSR aplicado tienen cuatro elementos centrales: ejercicios de escaneo corporal, ejercicios mentales centrados en la respiración (sentado o tumbado), ejercicios físicos con atención plena en las sensaciones corporales y los propios límites durante el ejercicio. Recomiendan aplicar la práctica consciente en las actividades cotidianas, así como realizar meditación y ejercicios de yoga (Vipassana) de estiramiento. En las sesiones se suministra información sobre el estrés, el control del estrés, y como aplicar la atención plena a la comunicación interpersonal. Se desarrollan los ejercicios en casa 30-40 min/día escuchando cintas de audio con ejercicios guiados y el grupo de práctica está liderado por uno o dos instructores.

Martín-Asuero A., y cols., (2013) miden la efectividad de un programa de atención plena aplicado en profesionales de atención primaria, como una actividad psicoeducativa grupal. Realizan estudios de medidas repetidas antes y después e intervienen durante un año, con las sesiones intensivas habituales de 8 semanas y seguimiento mensual con controles a los 6 y a los 12 meses. Entre los resultados destacan, la disminución del malestar psicológico, burnout y de la alteración

emocional; Mejora la percepción de sí mismo, la empatía y en la conciencia plena, fomenta actitudes hacia el autocuidado por parte de los profesionales. En este estudio, las mayores diferencias se obtuvieron a los 12 meses. Al final de la intervención el 89% practicaba los ejercicios autónomamente y el 94% indicó mejoras en autocuidados y profesionalismo. Los participantes fueron voluntarios, lo que puede limitar su validez externa. Entre las conclusiones proyectan que futuros estudios precisarían de una mayor representatividad de género y disciplinas profesionales, proponen un diseño aleatorizado con grupo control, así como, analizar la efectividad de los distintos componentes de la intervención y evaluar los efectos en términos de salud de los usuarios.

Hempel et al., (2014) en su amplia revisión sobre la evidencia de la efectividad de los programas mindfulness y sus efectos, a través de un gráfico muy representativo detallan y clasifican las investigaciones analizadas (**figura 8**). Los estudios revisados según estos autores revelan que los resultados no son concluyentes, el efecto más consistente aparece en su aplicación en la depresión, aunque también indica efectos positivos con el grupo de MBSR aplicada en la salud general, en su aplicación a enfermedades crónicas y los cambios en algunas variables psicológicas, como la ansiedad. El MBCT se considera útil en su aplicación para las enfermedades mentales y las intervenciones de atención plena no específicas en su aplicación para los trastornos de somatización.

La literatura científica pone de manifiesto que se aplican programas de MBSR en numerosos ámbitos en población clínica y no clínica, así es frecuente su aplicación en el ámbito laboral de profesionales docentes y sanitarios (Martin-Asuero y cols., 2010, Lan H.K. et al., 2013; Martin-Asuero y cols., 2013), en los que las habilidades de conciencia plena y la meditación proporcionan beneficios individuales a las personas y dotan de instrumentos eficaces para reducir el estrés y la ansiedad en su vida cotidiana.

Numerosos autores aplican MBSR en sus estudios y demuestran que se dispone de abundantes datos que apoyan su uso a nivel clínico en un amplio número de trastornos (Krusche A., Cyhlarova E., Willians J., 2013; Rodríguez et al., 2014;) que incluyen desde el tratamiento de los trastornos de personalidad (Lykins & Baer., 2014), al insomnio y la ansiedad (Rodríguez F. y cols., 2014; Miro y cols., 2011; Bertolin J., 2015; Chiesa A. & Serretti A., 2011; Krusche et al., 2013) el tratamiento de la depresión (Rodríguez F. y cols., 2014; Miro y cols., 2011; Bertolin

J.;2015; Chiesa A. & Serretti A.,2011) y del estrés (Lan H, Subramanian P, Rahmat N & Kar P., 2010; Martin-Asuero A. y cols., 2013); Chiesa A. & Serretti A., 2011) de las adicciones (Hempel et al., 2014) o el tratamiento de trastornos alimentarios (Miro y cols., 2011).

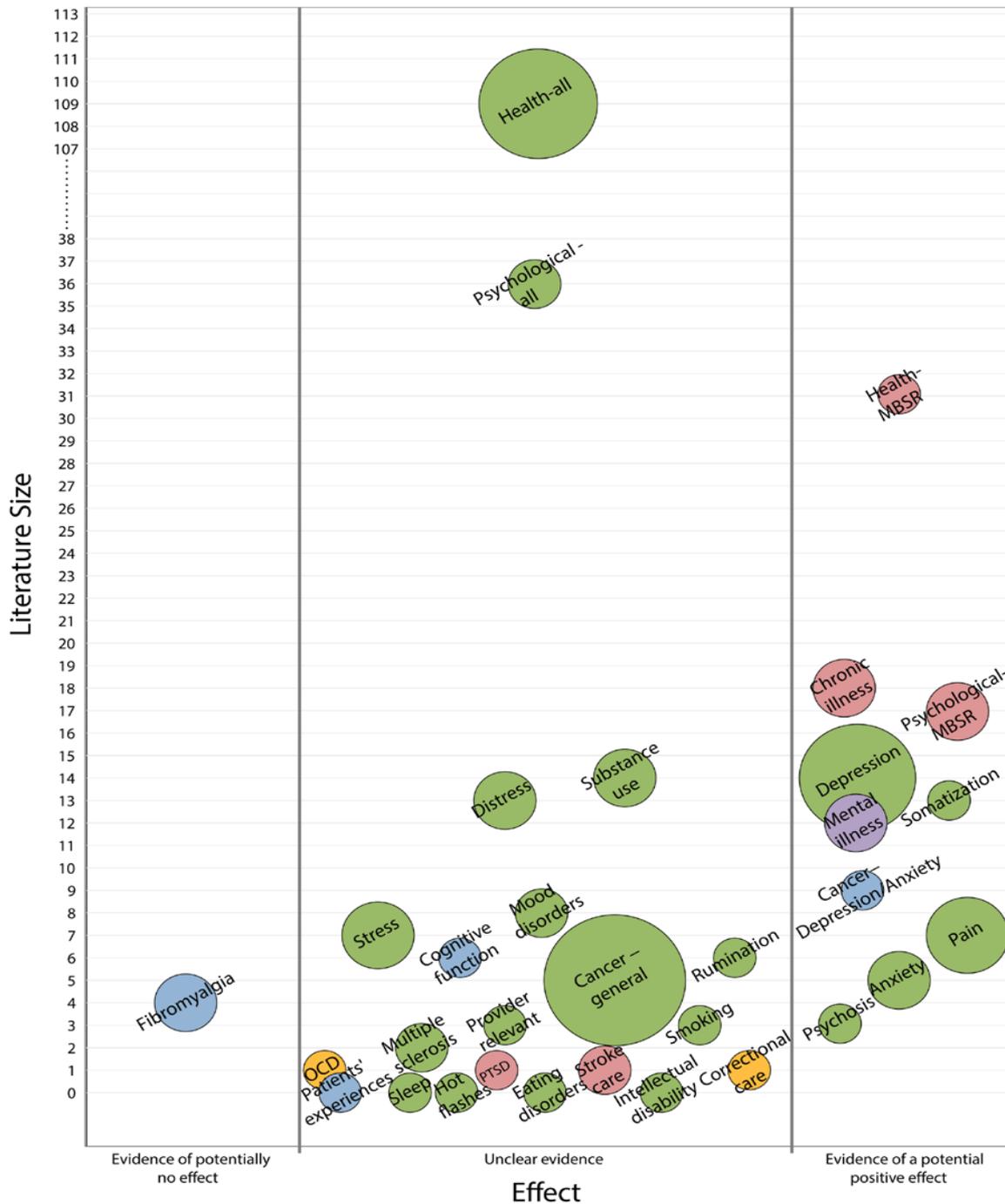


Figura 8. Representación gráfica de la evidencia de efectividad de los programas de Mindfulness. La trama de la burbuja resume en términos generales las revisiones sistemáticas publicadas hasta febrero de 2014 de intervención mindfulness, las muestras y las condiciones clínicas abordadas (comentarios en burbujas), el tamaño estimado de la literatura (eje y), la tendencia de eficacia de acuerdo a los exámenes (eje x), y el número de

comentarios (tamaño de la burbuja) por condición clínica. Colores: verde (varias intervenciones mindfulness), rosa (MBSR), púrpura (TCAP), azul (MBSR + MBCT), amarillo (intervención basada en la atención plena únicamente). Tomado de: Lykins & Baer; (2014). Evidence Map of Mindfulness. Evidence-based Synthesis *Program Reports*. Oct. p.7.

El programa de Mindfulness MBSR ha sido aplicado a pacientes con problemas médicos [hipertensión arterial (Hempel et al., 2014), dolor crónico (Hempel et al.; 2014; Chiesa A. & Serretti A., 2011 Bertolin J., 2015), cáncer (Miro et al.; 2011; Hempel et al., 2014; Michell S.A. et al., 2014), a personas en el ámbito de la educación y en empresas para mejorar su salud (Martín-Asuero A y García-Banda G., 2010; Martín-Asuero y cols., 2013) para mejorar las habilidades sociales y/o las relaciones interpersonales (Hempel S. et al., 2014) en las diferentes etapas de la vida.

Michell et al., (2014) en su revisión identifican la abundancia de trabajos de investigación que aplican programas de Mindfulness MBSR en pacientes con cáncer de mama, colon, próstata; pacientes sometidos a tratamiento con radiación, quimioterapia o trasplante de médula; adultos jóvenes con cáncer; y los sobrevivientes que han sido tratados por un tumor sólido o hematológica maligno.

Los resultados, beneficios y habilidades que mejoran con la práctica de mindfulness se relacionan directamente con el cambio que sufrimos respecto a nosotros mismos y en nuestro contexto interno durante el proceso. Algunas de las habilidades y actitudes que se desarrollan son la empatía, la compasión, simpatía, paciencia, aceptación, mente de principiante, no aferrarse (ceder/dejar ir) (Vibe et al., 2010; Robins et al., 2014) y no juzgar (Vibe et al., 2010; Miro y cols., 2011; Rodríguez F. y cols., 2014). Algunos de los beneficios identificados son reducir distracciones, aumentar la concentración (Vibe et al., 2010; Miro y cols., 2011; Son Y. & Lidquist R., 2015), reducir automatismos, minimizar los efectos negativos de la ansiedad (Robins J. et al., 2014), aceptar la realidad tal y como es, disfrutar del momento presente, potenciar la autoconciencia (Martín-Asuero A. y García-Banda G., 2010), reducir el sufrimiento y reducir o evitar la impulsividad (Hempel et al., 2014).

Rodríguez B., Melero-Llorente J., Bayón C., Cebolla S., Mira J., Valverde C y cols., (2014) plantean la evaluación y cultivo de los estados internos de la mente de los psicoterapeutas como condiciones necesarias para el control de la atención y responder empáticamente al cliente. Entre otros, exploraron los efectos del entrenamiento de la mente sobre las medidas emocionales y atencionales;

evaluaron las variables emocionales (tristeza, la ansiedad y la ira), el estado del mindfulness y las variables de control de atención, antes y después del entrenamiento en la atención plena. Concluyen que el entrenamiento de la atención mejora significativamente las medidas de rasgo ira y control atencional, aunque identifican la necesidad de promover más investigaciones para replicar estos hallazgos, recomiendan explorar los efectos del entrenamiento de la atención plena en otros aspectos de la regulación emocional y en la cognición, así como, evaluar el impacto de estos efectos dentro de situaciones clínicas. Estos resultados confirman los planteados por otros autores (Baer, 2003).

Entre las limitaciones identificadas en los estudios y que más se repiten destacan la ausencia en estudios de grupos de control (Michell S.A. et al., 2015) y la inclusión de técnicas meditativas heterogéneas que confunden la interpretación de los estudios; las deficiencias metodológicas (de representatividad y aleatoriedad) en el diseño de los estudios (Lan H.K. et al., 2014; Son Y. & Lindquist R., 2015) que impiden generalizar los resultados. En este sentido, se apunta la necesidad de desarrollar estudios longitudinales en poblaciones sanas y vulnerables adicionales, bien diseñados (Robins J. et al; 2014). Estos resultados no difieren de las limitaciones y recomendaciones que desde la literatura científica general se hacen con respecto al diseño de las investigaciones (Rodríguez F. y cols., 2014; Martín-Asuero A. y García-Banda G., 2010; Vibe et al., 2010; Bertolin J., 2015; Chiesa A. & Serretti A., 2011).

En general las recomendaciones dirigen al análisis de la efectividad de los distintos componentes de la intervención en MBSR y evaluar los efectos en términos de salud de los usuarios (Hempel et al; 2014; Martín-Asuero y cols., 2013), a explorar formas en que los programas más cortos breve-MBSR (que consumen menos tiempo y recursos) pueden ser maximizados para generar efectos positivos (Son Y. & Lindquist R., 2015). Los distintos autores dirigen a sugerir la incorporación de la intervención en MBSR en el abordaje clínico dados los beneficios potenciales y la relativa facilidad con que se puede desarrollar estos programas.

Bertolin (2015) en su revisión de la eficacia de los programas MBSR plantea entre sus conclusiones que es una intervención instructiva o psicoeducativa, estructurada, multimodal, diseñada para mejorar la conciencia plena de los participantes con focalización en el presente; que tiene muchos componentes

activos, además de la meditación *Vipassana*. Con lo que es una intervención inespecífica en la que no es posible discriminar cuál es su componente más activo. Identifica la existencia de pruebas de su efectividad en numerosos ámbitos, tales como, el dolor crónico (incluyendo la fibromialgia), depresiones recurrentes o con síntomas residuales, el estrés en general y en diversos trastornos de ansiedad, así como en ciertas condiciones médicas diversas como el cáncer, epilepsia resistente, psoriasis y enfermos con VIH, entre otras. En particular, con relación al dolor hay pruebas de que su aceptación correlaciona con mejores resultados funcionales y emocionales que la reducción o distracción de la atención y de la vigilancia frente al mismo. Destacan que las pruebas sugieren que el MBSR es eficaz o efectivo como intervención adyuvante en los síntomas de ansiedad y salud mental en general, y en ciertos trastornos mentales, y que contribuye a mejorar la salud en general en poblaciones no clínicas.

Un área de investigación desarrollada como resultado de esta emergencia de estudios de Mindfulness, es la referida a la competencia de los monitores o instructores que desarrollan los cursos especialmente los de los MBSR y MBCT. Así, Crane et al., (2011) señalan la importancia de los procesos de capacitación, normas y competencias para preparar a los profesores que imparten esta formación específica.

En relación a la fundamentación del Mindfulness los planteamientos divergen entre los distintos autores; unos señalan la importancia que tiene (de cara a la eficacia de los procedimientos) la descontextualización de Mindfulness de su ámbito budista de procedencia (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro et al., 2006; Rosh, 2007); mientras otros, plantean que los fundamentos de las bases conceptuales del constructo de Mindfulness todavía no están suficientemente desarrollados y recomiendan la necesidad de entender Mindfulness en toda su complejidad desde el contexto budista originario, para profundizar en la comprensión de su naturaleza y tener la oportunidad de incorporar nuevas ideas al desarrollo de la investigación y sus aplicaciones terapéuticas (Rosh, 2007).

Tras revisar y analizar la literatura existente, se concreta que la mayoría de las investigaciones que estudian el efecto de programas basados en el entrenamiento en Mindfulness utilizan muestras referidas a poblaciones que presentan un cuadro diagnóstico sobre una o más sintomatologías psicológicas significativas (trastornos de ansiedad o depresión, entre otros) o pertenecientes a

grupos definidos por patologías concretas (adicciones, dolor crónico, cáncer, o desórdenes alimentarios, entre otros) procesos que todos ellos llevan asociados altos niveles de malestar psicológico; escasas son las investigaciones desarrolladas con población no clínica, aunque los resultados que aportan son similares en ambos grupos de población con reducción de los niveles de los estrés y mejoras significativas en los síntomas psicológicos médicos, entre otros.

Un porcentaje elevado de las investigaciones revisadas, cuya base son los programas basados en Mindfulness, tienen una implementación en muestras que padecen algún tipo de trastorno que afecta a la salud mental o física, por lo tanto, su objetivo tiene una carga estructuralmente terapéutica. De una u otra manera, todos ellos se plantean comprobar la eficacia del Mindfulness como técnica que palia o reduce la sintomatología prevalente, describiendo exclusivamente el cambio aunque no responden realmente a cómo y por qué aparecen los cambios encontrados.

Los estudios identificados como no clínicos, en general hacen referencia a distintas muestras, en unas investigaciones la muestra pertenece a grupos enmarcados en campos específicos de profesionales de la salud (médicos, enfermeros o terapeutas, entre otros) para los que su práctica profesional y el ambiente laboral suponen índices considerables de estrés que afectan a su desempeño y bienestar general; En los estudios desarrollados en poblaciones de estudiantes universitarios de distintos ámbitos y grados de formación, la muestra está afectada también por diversos aspectos de búsqueda de logro académico mediando el estrés en el mismo; En el caso concreto de los terapeutas en formación, los resultados están centrados en la búsqueda de la eficacia en la relación terapéutica emprendida. Todo ello hace que se generen interrogantes, a pesar que estos estudios tienen en común que hacen referencia a poblaciones no clínicas, no queda claro que los resultados obtenidos pudieran ser extrapolables al resto de la población no clínica.

Las variables medidas difieren en los distintos estudios, los instrumentos de medida de dichas variables también, aunque sean las mismas, por ejemplo, la variable ansiedad o estrés, es medida con inventarios diferentes, por ejemplo, la evaluación de la atención ejecutiva. En algunos casos se repiten dichos inventarios pero ningún estudio es replicado con los mismos instrumentos de medida exactamente. A su vez, las características metodológicas presentan variaciones,

aunque se utilicen protocolos estructurados de Mindfulness, dicha estructura es variable en distintos apartados entre los distintos estudios revisados.

Cuando se hacen comparaciones entre estudios, estas hacen referencia a los resultados finales, por ejemplo si se reduce o no la ansiedad o la depresión, aunque se están utilizando metodologías diferentes y por lo tanto, resulta difícil su comparación.

Prácticamente no hay estudios que consideren al 'instructor' como variable de estudio, a pesar que autores consolidados desarrollan protocolos de trabajo y entrenamiento para la formación de instructores, por la importancia que tiene en la implementación de los programas el hecho de que estén específicamente formados, incluso alguno de los estudios señala las competencias que precisan para su desempeño. Al ser el instructor el que ejecuta el programa, se entiende que en este contexto la variable 'instructor' forma parte de la variable independiente del mismo.

Como se puede apreciar, es abundante la literatura en Mindfulness desarrollada, cada vez son más numerosos y rigurosos los estudios de revisión sistemática desarrollados y las recomendaciones dirigen a plantear la necesidad de incorporar estudios que abarquen un mayor número de casos, que aseguren la calidad metodológica en la aplicación del programa MBSR y con seguimientos longitudinales que permitan valorar la eficacia real de la terapia de Mindfulness a lo largo del tiempo.



## **Parte II. MARCO EMPÍRICO**

---



### **3. HIPOTESIS**

#### **Hipótesis 1**

El programa de Intervención psicoeducativo basado en un modelo de entrenamiento en Mindfulness reducirá el malestar psicológico, la ira y la ansiedad de los participantes.

#### **Hipótesis 2**

El programa de Intervención psicoeducativo basado en un modelo de entrenamiento en Mindfulness aumentará el grado de atención selectiva y de atención plena de los participantes

#### **Hipótesis 3**

La adherencia al programa psicoeducativo condiciona los resultados en malestar psicológico, ira, ansiedad, atención selectiva y atención plena

#### **Hipótesis 4**

Después de tres meses de seguimiento los participantes mantendrán el nivel de resultados obtenidos al finalizar el programa.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Evaluar los efectos de un programa psicoeducativo de entrenamiento en Conciencia Plena (aplicado a la vida cotidiana) sobre determinadas variables y/o dimensiones, tales como el malestar psicológico y sus componentes; la atención selectiva; la gestión emocional (ansiedad/ira), variables físicas como el peso y la tensión arterial, en una muestra de población de adultos abierta, que no presenta cuadro clínico específico como característica común de grupo e identificar los componentes del programa que resultan más relevantes.

#### **4.1.1. Objetivos específicos**

1. Especificar las características de la práctica de los sujetos en cuanto al tiempo que dedican, la frecuencia de la misma, el tipo de práctica y el número de sesiones de asistencia al programa.
2. Describir las características que presenta la muestra en atención selectiva, atención plena, ira, ansiedad y malestar psicológico antes de la aplicación del programa psicoeducativo.
3. Examinar los cambios en atención selectiva, atención plena, ira, ansiedad y malestar psicológico tras efectuar el programa psicoeducativo.
4. Determinar si los cambios en la atención plena tras la aplicación del programa se asocian con cambios en la atención selectiva, ansiedad, ira y malestar psicológico.
5. Determinar si los cambios en la ansiedad y en ira tras la aplicación del programa se asocian con cambios en la atención selectiva.
6. Relacionar la adherencia de los participantes en el estudio al programa psicoeducativo con los resultados obtenidos en atención selectiva, atención plena, ira, ansiedad y malestar psicológico.
7. Identificar el comportamiento de las variables físicas peso y tensión arterial después de la realización del programa.

---

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 Diseño

El diseño de la investigación se ajusta al de un estudio cuasi-experimental en una muestra de población no clínica, mediante la aplicación de un programa psicoeducativo en Mindfulness con medidas repetidas pre/post y seguimiento a los 3 meses de finalizar la intervención. Este trabajo ha sido desarrollado entre junio de 2012 y mayo de 2015 en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

### 5.2 Participantes

La población de estudio son hombres y mujeres de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria que voluntariamente atendieron la solicitud de formar parte de los cursos de Mindfulness promocionados entre el 2012 y 2015 por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Un total de 134 sujetos accedieron a participar en la presente investigación. Pertenecían a dos grupos:

- Grupos de cursos de extensión universitaria: son sujetos que responden a los cursos que se ofertan desde la universidad al público en general a través de la página web de la ULPGC y de después de la publicidad de carteles (Anexo 1) en los cursos académicos 2012-2013 y 2014-2015), a los cuales acceden previo pago de matrícula y obtienen un certificado final de asistencia.
- Grupo de trabajadores especialistas en Salud Mental en Gran Canaria que asisten al programa durante el curso académico 2013-2014 después de la publicidad de carteles y con la garantía de que pueden obtener una conmutación de horario. No pagaron matrícula.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron:

1. Desear participar voluntariamente en el curso

2. Estar matriculado y abonar la matrícula o presentar solicitud de participación mediante correo electrónico.
3. Capacidad para cumplimentar los cuestionarios.
4. Firmar el consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Los criterios de exclusión aplicados fueron:

1. No capacidad para cumplimentar los cuestionarios.
2. No dar su conformidad al consentimiento voluntario para participar en el estudio.
3. Fueron descartados como sujetos integrantes del estudio los sujetos con resultados compatible con patologías señaladas especialmente por el cuestionario LSB-50 [se comprobó si presentaban rango patológico observando la puntuación en la subescala de Índice de Riesgo Psicopatológico. Los sujetos que presentaban índices elevados eran chequeados con el baremo clínico del manual del cuestionario para ser descartado en su incorporación como sujeto de estudio, aunque podían continuar participando en el curso].

Setenta y nueve participantes pertenecían al grupo de extensión universitaria y 55 al grupo de salud mental. Sin embargo, tras la inscripción al programa, finalmente, solo 83 sujetos formaron parte de la muestra final (Porcentaje de respuesta=61,9%) (**Figura 9**). La muestra final estuvo conformada por 5 subgrupos, tres procedentes de los cursos de extensión universitaria y dos subgrupos procedentes del grupo de profesionales de Salud Mental.

En la primera sesión presencial a cada grupo se les informa del objetivo general del estudio y se les solicita su consentimiento (Anexo 2), asegurándoles la confidencialidad en el manejo y utilización de los datos.

Después de la primera sesión, a la que asistieron todos los inscritos cumplimentando las mediciones de las variables (batería de pruebas aplicadas pre-test), los grupos se redujeron de forma variable debido a la dificultad de cumplir el compromiso de asistencia a las sesiones semanales durante 2 meses, algunos sujetos mostraron desde el primer momento dificultades para la asistencia o la práctica regular de las actividades aduciendo motivos laborales y familiares; otros lo hicieron después de haber asistido algunas sesiones más.

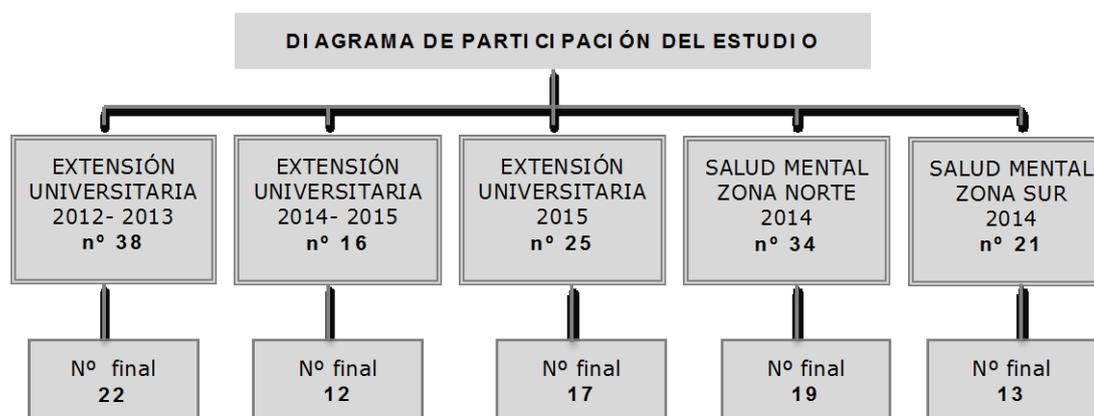


Figura 9. Distribución de la muestra en subgrupos  
Fuente: elaboración propia

### 5.3 Variables de estudio

La finalidad de las evaluaciones (pre / post 1/ post 2) es la de medir **variables dependientes** sobre las que se hipotetiza sobre el efecto que va a tener el programa. Las variables dependientes que se medirán en el presente estudio son:

1. El índice general de severidad (GLOBAL), el número de síntomas presentes (NUM) y el índice de intensidad de síntomas presentes (INT): Informan sobre diferentes aspectos del sufrimiento y sus dimensiones sintomáticas medido por el Listado de síntomas breve (LSB-50) (Anexo 3):
  - Psicoreactividad
  - Hipersensibilidad
  - Obsesión-compulsión
  - Ansiedad
  - Hostilidad
  - Somatización
  - Depresión
  - Alteración del Sueño
  - Alteración del Sueño ampliadas
2. La Conciencia Plena (Mindfulness): medida a través del Freyburg Mindfulness

Inventory (IMF) en su versión al castellano, traducido expresamente para el presente estudio y remitido al autor del IMF para su revisión (Anexo 4).

3. La ira medida con el inventario de Control y Expresión de la Ira-Rasgo (STAXI-2) (Anexo 5):

- Índice de Expresión de la Ira (*IEI*)
- Rasgo de Ira (R)
- Temperamento de Ira (Tem)
- Reacción de Ira (Reacc)
- Expresión externa de ira (E.Ext)
- Expresión Interna de ira (E.Int)
- Control Externo de ira (C.Ext)
- Control Interno de la ira (C.Int)

4. La ansiedad medida con el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Anexo 6):

- Respuesta Cognitiva de ansiedad
- Respuesta Fisiológica de ansiedad
- Respuesta Motora de ansiedad
- Ansiedad Total

5. La Atención Selectiva se evalúa con el test de atención (d2)

- Cantidad de trabajo realizado (TOT)
- Concentración (CON)
- Estabilidad (VAR)

6. El Peso (Anexo 7).

7. La Tensión arterial (Anexo 7).

El Programa de Intervención Psicoeducativa Mindfulness (Anexo 7) es considerada la **variable independiente** compuesta por 6 factores:

1. Número de sesiones de asistencia (10 es el máximo), recogidas a través de las hojas de control de asistencia semanal que el instructor maneja.
2. Tiempo diario de dedicación a la práctica en casa.
3. Número de días de práctica semanal.
4. Práctica en casa de los ejercicios entrenados en cada sesión grupal y programados para cada semana de práctica individual. Dicha práctica presenta dos formas: Practica Formal y Practica Informal.
5. Bloque temático de cada sesión y material bibliográfico de apoyo a cada tema.
6. El instructor, que será el mismo para los 5 grupos que componen la muestra.

De los factores de la variable independiente solo se manipulan el Bloque temático y el instructor, los otros cuatro factores quedan a expensas de la situación personal del sujeto y recogidos en las hojas de control semanal que entregan los sujetos en cada sesión.

Los factores de la variable han sido transformados para el manejo y análisis de datos.

Las **variables psicosociales** que consideramos para el estudio son la edad; sexo; nivel de estudios (primarios, secundaria, bachiller, formación profesional o superiores) se recogen a través de los cuestionarios aplicados que contemplan esos datos en sus encabezados.

## 5.4 Instrumentos de medición

A continuación se detallan las características de los instrumentos de medición de las variables dependientes e independientes.

### 5.4.1. Instrumentos de medición de variables dependientes

Se describen los 5 instrumentos utilizados en la evaluación de las diferentes variables estudiadas (**figura 10**).

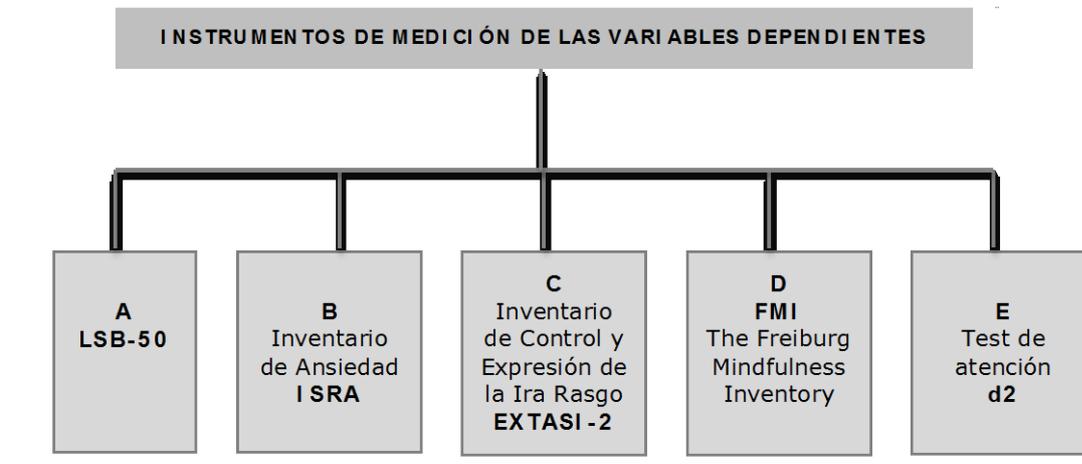


Figura 10. Instrumentos de medición de las variables dependientes  
Fuente: elaboración propia

#### 5.4.1.1. Listado de síntomas breve (LSB-50)

El instrumento utilizado para medir la variable dependiente “Malestar Psicológico” es listado de síntomas breve, también llamado cuestionario de 50 síntomas, LSB-50 (De Ribera y Abuín, 2012), fue la herramienta elegida porque cubría en su totalidad los objetivos del estudio (Anexo 3).

La elección del LBS-50 se llevó a cabo teniendo en cuenta las ventajas y desventajas que ofrece la utilización de un cuestionario auto-administrado. En este caso entre las principales ventajas se encuentran (De Ribera y Abuín, 2012):

- El sujeto solo tiene que marcar en una lista el grado en que experimenta los síntomas.
- Permite una mayor libertad y sinceridad al poderse concentrar en su propia experiencia, sin sentirse coaccionado por el entrevistador.
- Permite una medida de la experiencia interna con un significativo grado de objetividad gracias al sistema escalar que lo conforma. Presenta una validez concurrente con otros constructos, validez predictiva de cara al pronóstico de la respuesta al tratamiento y la discriminación entre grupos o entre poblaciones clínicas y no clínicas.

- El LBS-50, es además de un instrumento de screening sintomático y de psicodiagnóstico, una medida que detecta cambios producidos por el tratamiento que se ajusta a la propuesta de investigación que planteamos.
- Permite obtener datos comparables sobre un grupos de población amplio. La administración, cumplimentación, corrección (por internet) e interpretación de los resultados es sencilla y rápida de realizar.

Entre sus desventajas se encuentran:

- La más importante radica en que los instrumentos tipo cuestionario proporcionan medidas explícitas, es decir, una estimación de cómo el sujeto cree percibirse y de cómo comunica su malestar

El LSB-50 se trata de un cuestionario que proporciona puntuaciones en dos escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas clínicas y un índice de riesgo psicopatológico (De Ribera y Abuín, 2012).

Además, permite distinguir entre los síntomas de primer rango y síntomas de segundo rango, los cuales se diferencian entre sí por criterios clínicos y psicométricos.

Los síntomas de primer rango se definen, desde el punto de vista clínico, como aquellos que están caracterizados por su alta importancia en el ajuste y bienestar personal y social; y desde el punto de vista psicométrico, por una escasa presencia en la población general.

Los síntomas de segundo rango se caracterizan por no estar necesariamente relacionados con un desajuste personal, social y laboral significativo, teniendo un poder predictivo para distinguir a los sujetos sanos de aquellos que presentan psicopatología.

Es congruentes con la comorbilidad de los trastornos. Las escalas están construidas con rigor científico y con validez ecológica (De Ribera y Abuín, 2012), es decir, proporcionan información de alta relevancia clínica.

Las valoraciones numéricas (tipo Likert) de los síntomas son además susceptibles de tratamiento estadístico, lo cual permite el análisis factorial y su categorización en las diferentes dimensiones psicopatológicas (De Ribera y Abuín, 2012). El LBS-50 está compuesto por 50 cuestiones, cada uno de las cuales

describe una alteración psicopatología o psicósomática concreta. La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma se gradúa en una escala que va desde el 0 al 4 (0 = nada en absoluto, 1 = un poco, 2 = moderadamente, 3 = bastante y 4 = mucho o extremadamente). Las puntuaciones (PD: puntuaciones directas) que el sujeto asigna a cada uno de los ítems no pueden considerarse valores cuantitativos, puesto que no se asegura que las puntuaciones asignadas representen incrementos equivalentes a lo largo de una variable continua.

Los percentiles obtenidos son el resultado de comparar las repuestas (PD) con la muestra de referencia seleccionada (en nuestro caso baremo general).

Las preguntas del cuestionario han de ser valoradas por el sujeto teniendo como referencia su experiencia de la enfermedad y el sufrimiento psicológico vivido en el momento presente, específicamente, en la última semana anterior a la cumplimentación del cuestionario (incluyendo ese día). Se hace hincapié de este hecho en el momento de la explicación de las instrucciones. Estas instrucciones son sencillas y están en la primera página del ejemplar que es auto-correctible. El tiempo medio de aplicación es de 10 minutos.

### **5.4.1.2. Inventario de Ansiedad (ISRA)**

El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007) (Anexo 6), aúna las aportaciones de los enfoques interactivo y conductual a la evaluación de la ansiedad, en el sentido en que presenta un formato Situación-Respuesta que pretende evaluar la frecuencia con la que se manifiestan una serie de respuestas cognitivas (pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, entre otras), fisiológicas (diversos índices de activación del SNA, del SNS y varios índices de activación motora) de ansiedad ante distintas situaciones (evaluación, interpersonales, fobias y de la vida cotidiana).

En cuanto a las áreas de aplicación del ISRA destacan que simplifica notablemente la tarea de seleccionar en función de la mayor o menor reactividad cognitiva, fisiológica o motora de los sujetos; y permite una valoración de la eficacia del tratamiento, ya que se han mostrado altamente sensible en la detección de los cambios entre evaluación pre y pos-tratamiento (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 2007).

Presenta una estructura con 3 subescalas (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007):

- 
- La subescala **C**: evalúa la ansiedad de tipo cognitivo ante distintas situaciones
  - La subescala **F**: evalúa la ansiedad de tipo fisiológico
  - La subescala **M**: mide la ansiedad de tipo motor

Las respuestas del sistema cognitivo se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, estado de alerta, desasosiego o tensión; que generan falta de concentración y de decisión.

Las respuestas del sistema fisiológico son índice de activación del sistema SNA y del SNS: palpitaciones, taquicardias, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, tirtonas, temblor, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, apnea, molestias de estómago, náuseas, mareos, dolor de cabeza, entre otras.

Los índices de agitación motora son dificultades de expresión verbal, bloqueo tartamudez, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer, y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies o manos, rascarse hiperactividad, entre otros.

El primer factor situacional presenta situaciones en la que el sujeto realiza alguna actividad por la que debe ser evaluado o criticado; en el segundo factor se agrupan acciones sexuales y de interacción social; el tercero es un factor situacional o rasgo específico de ansiedad ante situaciones fóbicas; y por último, el cuarto factor se refiere a situaciones habituales de la vida cotidiana (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007).

Para su aplicación y corrección es preciso seguir las indicaciones dadas por los autores (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007). El sujeto tiene que evaluar la frecuencia con que manifiesta las distintas respuestas. La corrección y valoración se realiza sumando ( $\Sigma R$ ) las puntuaciones dadas por el sujeto a cada ítem (casilla en blanco) de cada subescala (C, F y M). Para su corrección se utilizaron los baremos del grupo "normal" (población general) para conocer la posición de este sujeto con respecto a la población general.

Las propiedades psicométricas (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986) que presenta son destacables tanto por su validez convergente como en su capacidad

discriminativa entre ansiedad y depresión, así como entre grupos que presentan distintos trastornos de ansiedad (Sanz, 1991). Mostrándose también como un instrumento válido y fiable tanto en la práctica clínica (altamente sensible para detectar cambios pre-post tratamiento) como para la investigación.

En cuanto a la fiabilidad los resultados obtenidos muestran una alta consistencia interna para el total del ISRA (oscila entre 0,95 y 0,99). Entendida tanto desde el punto de vista de su estabilidad, como desde la perspectiva de su consistencia interna (coeficiente alfa de).

En cuanto a las ventajas y limitaciones del ISRA destaca la gran capacidad de discriminación factorial, que apoya firmemente los presupuestos de los que parte (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007).

- Ventajas frente a otros auto-informes, especialmente frente a los tradicionales de rango.
- Posee una taxonomía ambiental más amplia al contar con más situaciones.
- Las situaciones son más naturales, al estar relacionadas con el entorno del sujeto.
- Incluye un buen muestreo de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad.
- Posibilita la obtención del perfil cognitivo-fisiológico-motor de respuesta para cada situación.
- Es altamente sensible a la hora de discriminar diferencias entre grupos con distinto nivel de ansiedad.

No obstante el ISRA presenta como limitaciones destacables las exigencias de tiempo (duración de unos 40 minutos), así como el nivel cultural exigido para su discriminación, ambos aspectos dificultan su utilización en pacientes psiquiátricos (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2007).

### **5.4.1.3. Inventario de control y expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)**

Para evaluar la expresión de la ira como elemento emocional de entre las pruebas que existen para explorar sus características, se eligió el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) de Spielberger (versión española de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001) (Anexo 5).

---

Permite evaluar la experiencia y expresión de enojo, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (expresión, supresión y control del enojo). En síntesis, mide la intensidad, frecuencia y duración de la experiencia, expresión y control del enojo (Miguel-Tobal et al., 2006).

Los autores del inventario describen las distintas dimensiones que a continuación se detallan (Miguel-Tobal et al., 2006, p. 10):

- La dimensión de Estado de ira es una situación o condición emocional psicológica caracterizada por sentimientos subjetivos desde un moderado enfado hasta una intensa furia.
- El rasgo de ira se caracteriza por las diferencias individuales al percibir un amplio rango de situaciones.
- La Expresión Externa (E.Ext.) de Ira se refiere a sujetos que muestran frecuentemente su ira con una conducta agresiva.
- La Expresión Interna (E.Int.) de la Ira presenta intensos sentimientos de ira, pero tienden a suprimirlos.
- Control Externo (C.Ext.) de la Ira se refiere a personas que suelen prevén la experiencia y expresión exterior de la ira” y,
- Control Interno (C.Int.) de la Ira que muestra que son personas que usan energía en calmar y reducir su ira tan pronto como les sea posible.
- También, este inventario contiene un índice de expresión de la Ira que es el resultado de las escalas de expresión y control de ira. Es un índice general de la expresión de la ira a partir de los elementos de las escalas E. Ext., E. Int., C. Ext. y C. Int.

El instrumento consta de 49 ítems relacionados. La primera subescala de 14 ítem, *Ira-estado*, mide la intensidad de la emoción de la ira en un momento determinado. La segunda escala de 10 ítems referidos a la *Ira-rasgo*, mide la disposición para sentir ira habitualmente. Y la tercera escala, de 24 ítems, mide la *Expresión y control* de la ira. En esta investigación nos centramos en las escalas de Rasgo y Expresión (Miguel-Tobal et al., 2006).

El STAXI-2 es un instrumento estandarizado en diversos contextos internacionales. Los resultados demuestran que el STAXI-2 en su versión española, alcanza niveles de validez y confiabilidad aceptables, lo cual lo hace viable para ser utilizado como un instrumento de medición de la ira en la población estudiada (Miguel-Tobal et al., 2006).

Los índices de fiabilidad y validez del STAXI-2, se determinaron en su primera versión partiendo de una muestra de 1.173 españoles (889 mujeres y 284 hombres) con una correlación test-retest de .71 y el coeficiente alpha de Cronbach de .89 para la escala de Estado de Ira y de .82, para el Rasgo de Ira. La escala de Expresión de Ira, obtuvo .69 (Miguel-Tobal, et al., 2001).

En diferentes versiones y muestras, se ha confirmado la validez y confiabilidad del STAXI-2 (Moscoso, 2000; Reyes et al., 2003; Del Barrio, Aluja y Spielberger, 2004; Borteyrous, Bruchon-Schweitzer y Spielberger, 2008), en esta misma dirección.

También destaca el Inventario de la expresión de la ira por haber sido ampliamente utilizado en investigación psicológica, particularmente en los estudios que se proponen analizar la relación entre ira y salud (Mytton et al., 2002). Así también, Figueroa et al., (2006), aportan resultados en sus estudios de la relación existente entre factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares con la ira en pacientes belgas. De igual manera, esta prueba psicológica ha sido utilizada ampliamente para examinar la relación entre tipos de personalidad, estado saludable, y afrontamiento del estrés (Pérez-Nieto, González & Redondo, 2007) así como para el estudio del papel que juega la cólera en el patrón conductual tipo A (Booth-Kewley & Friedman, 1987).

En el ámbito deportivo el cuestionario STAXI ha sido un instrumento importante para valorar la ira, tal es el caso de su aplicación en deportes de contacto como el rugby, hockey y fútbol americano (Keeler, 2007; Lemieux, McKelvie & Stout, 2002; Robazza & Bortoli, 2007).

#### **5.4.1.4. The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) versión reducida**

El Inventario de Mindfulness de Freiburg en su forma reducida (14 ítems) (Anexo 4), es un cuestionario unidimensional diseñado para medir mindfulness en

---

contextos generalizados. Basado en el original de 30 ítems que estaba previsto para ser usado con personas que estudian la meditación budista. Esta versión es semánticamente independiente de un contexto de conocimiento de meditación lo que la hace útil en los grupos sin experiencia en ella (Wallach et al., 2000).

Conceptualmente el FMI está fundamentado en la definición de que mindfulness es un proceso de regulación de la atención con el fin de lograr una calidad de conciencia no valorativa de la experiencia del momento presente; relacionándonos con la experiencia con una orientación de curiosidad, apertura y aceptación (Bishop et al., 2004, p.234). Así, el Mindfulness es un estado de conciencia que implica la atención intencionada y la conciencia del momento presente observándolo sin enjuiciarlo y apertura a la experiencia negativa.

Los resultados de validación la presentan como una escala en la que los 14 ítems son considerados como el *corazón del constructo* del Mindfulness (conciencia plena), mostrando una robustez semántica y estadística ( $\alpha$  de Cronbach= .86). Por ello, se mide un factor general de la atención plena y está altamente correlacionado ( $r=0.95$ ) con la versión larga.

La escala se ha mostrado sensible al cambio en conciencia plena, discriminando el antes del entrenamiento y el después (Wallach et al., 2001).

La validez de constructo es buena, como se desprende de las correlaciones con constructos relacionados, tales como la auto-conciencia (Buchheld, Grossman, y Walach, 2001; Walach et al., 2006). La fiabilidad de la versión holandesa mostró un alfa de Cronbach de 0.79 (Klaassen et al., 2012). Algunas de las investigaciones se plantean la idoneidad del Inventario en cuanto a su validez de constructo, especialmente para muestras sin experiencia (Belzer et al., 2012; Grossman, 2008) señalando especialmente la dificultad de comprensión de algunos de los ítems a menos que tengas un bagaje de conceptos u experiencia en meditación. Para ello, estos autores sugieren que se administre información precisa de los conceptos de atención plena para poder entender los ítems antes y durante de la aplicación.

Cada ítem tiene la estructura de una afirmación y el sujeto ha de indicar una respuesta que describa mejor lo que le ocurre respecto a sus experiencias con la atención plena, entre el intervalo de Raramente (nivel 1)- A veces (nivel 2)- Con cierta frecuencia (nivel 3)- Casi siempre (nivel 4) (Walach et al., 2006).

El tiempo de aplicación es de 10 minutos aproximadamente pero, en esta investigación, para compensar las posibles dificultades de comprensión de algunos los ítems (como se señala en alguna investigación en cuanto a la validez de constructo) el tiempo de aplicación suele ser mayor en torno a los 20 minutos dado que se explican todos los ítems (Walach et al., 2006).

Si los sujetos varían su respuesta desde el nivel (1,2) hasta el nivel (3,4) en 12 de los ítem y del nivel (3,4) hasta el (1,2) en los ítems 9 y 13 se produce un aumento de conciencia plena. Como se mide un solo factor general de atención se calcula la puntuación total.

#### **5.4.1.5. Test de atención (d2)**

El test de Atención d2 (Brickenkamp, 2002) es un test de aplicación en tiempo limitado para medir la atención selectiva y la concentración mental (considerada esta la parte central de estos procesos). Entendida la atención selectiva como la capacidad de atender selectivamente a ciertos aspectos relevantes de una tarea mientras se ignoran los irrelevantes (realizar una búsqueda selectiva) y, además, hacerlo de forma rápida y precisa.

A continuación se describen las características de la ficha técnica del test a partir de las recomendaciones del manual original (Brickenkamp, 2002, pg. 9):

- Según el país de aplicación, presenta diferentes denominaciones, en Alemania Test de concentración o test de atención selectiva, en Estados Unidos se denomina test de amplitud atencional, de atención selectiva o de atención sostenida.
- El test se puede administrar tanto de forma individual como colectiva, con una duración entre 8 y 10 minutos. Existe un total de 14 líneas con 47 caracteres, es decir, por un total de 658 elementos; estos estímulos contienen las letras “d” o “p” que pueden estar acompañados de una o dos pequeñas líneas situadas, individualmente o en pareja, en la parte superior o inferior de cada letra.
- La tarea del sujeto consiste en revisar atentamente, de izquierda a derecha, el contenido de cada línea y marcar toda letra “d” que tenga dos pequeñas rayitas (las dos arriba, las dos debajo o una arriba y otra debajo).

---

En el manual estos elementos (es decir, los ítem correctos) se conocen como elementos relevantes. Las demás combinaciones (las “p” con o sin rayitas y las “d” con o ninguna rayita) se consideran “irrelevantes” y no deberían ser marcadas. Para cada línea el sujeto dispone de 20 segundos.

Las puntuaciones resultantes son:

- **TR**: total de respuestas (números de elementos intentados). Es una media muy fiable y con una distribución normal de la atención (selectiva y sostenida) de la estabilidad de procesamiento, de la cantidad de trabajo realizado y de la motivación.
- **TA**: total de aciertos, número de elementos relevantes correctos.
- **O**: omisiones, número de elementos relevantes intentados pero no marcados
- **C**: comisiones, número de elementos irrelevantes marcados
- **TOT**: efectividad total en la prueba, es decir,  $TR - (O + C)$ ; Es una medida de la cantidad de trabajo realizado después de eliminar el número de errores cometidos.
- **CON**: índice de concentración o  $TA - C$ ; es muy fiable y proporciona un índice del equilibrio entre estabilidad y precisión en la actuación de los sujetos.
- **TR+**: línea con mayor número de elementos intentados.
- **TR-**: línea con menor número de elementos intentados .
- **VAR**: índice de variación o diferencia  $(TR+) - (TR-)$ , evalúa la estabilidad y consistencia en el tiempo.

Dadas las características de este estudio se medirán exclusivamente las siguientes puntuaciones: TOT, CON y VAR ya que entre otras presentan un índice de fiabilidad elevado y proporcionan una medida del control atencional, de concentración y de estabilidad temporal de la atención. Permitiendo una evaluación más consistente del proceso cognitivo que se conecta con las características procesuales de la Atención Plena más estudiadas y significadas en todos los protocolos teóricos que la definen.

#### 5.4.1.6. Registro de variables físicas



Para la medida del peso una báscula personal digital de cristal marca Shoehnle con una capacidad de carga de 200 kg que fue calibrada antes de cada sesión y se registraron pre/post1/post2 en una plantilla de registro diseñada para tal fin.

La medición de la tensión arterial de los sujetos del estudio, se registró siempre por el mismo profesional con un tensiómetro aneroides exacta® metal negro manual marca Riester y un fonendoscopio marca Littmann Cardiology III medida en mmHg.



#### 5.4.2. Evaluación de la variable independiente

El programa de intervención MBSR es la variable independiente. Para recoger la información individual de consecución de los objetivos del programa y las características de las prácticas que realiza se dispone de la hoja de registro semanal que recoge los detalles del programa en sus aspectos prácticos y observaciones relativas a los contenidos teóricos.

##### 5.4.2.1. Hoja de registro semanal

Para la medición y control de los factores de la variable independiente, se entrega a cada sujeto una hoja de registro semanal para que haga las anotaciones que le pedimos (Anexo 7).

Presenta un formato a modo de cuaderno de campo protocolizado en dos caras, en la primera se recogen los ejercicios semanales que se irán modificando y

los participantes anotaran en las casillas destinadas a ello, el tiempo empleado en cada uno. En la otra cara han de señalar en tres columnas diferentes:

- las dificultades que encuentran con la práctica
- los aspectos positivos de la misma
- los temas de mayor dificultad de asimilación de la sesión grupal

Para el tratamiento de los datos y posterior análisis estadístico de los mismos se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

- La práctica en casa tiene dos valores (se practica =1 o no se practica =2)
- El tiempo de dedicación se divide en tres niveles: 1 = < de 15 minutos, 2 = de 16 a 30 minutos, 3 = más de 30 minutos.
- Los días a la semana dedicados a la práctica se distribuyen en tres niveles: nivel 1 (de 1 a 3 días), nivel 2 (de 4 a 5 días) y nivel 3 (de 6 a 7 días).

## 5.5. Análisis estadístico de los datos

La descripción de las principales variables de la muestra se presentó a través de medidas de tendencia central (medias y medianas), medidas de dispersión (desviación estándar y rango) y medidas de posición (percentiles 25 y 75) en el caso de las variables cuantitativas y a través de porcentajes en el caso de las variables cualitativas.

La existencia de cambios significativos en las puntuaciones de malestar psicológico LSB-50, ansiedad según el cuestionario ISRA, ira según el cuestionario STAXI, las puntuaciones en atención selectiva d2 y atención plena IMF a lo largo del tiempo y por último en algunas variables físicas como el peso o la tensión arterial sistólica, se valoró a través de pruebas paramétricas y no paramétricas.

En el caso de la comparación de las puntuaciones en tres momentos del tiempo (inicial, a dos meses y a cinco meses de implantación del programa), se aplicaron pruebas de ANOVA de medidas repetidas (prueba paramétrica) y pruebas de Friedman (su análogo no paramétrico). Cuando las comparaciones se llevaron a cabo dos a dos (considerando por tanto dos momentos del tiempo: inicial- 2 meses (final de la intervención); inicial-5 meses (final del seguimiento), 2 meses-5 meses),

---

las pruebas aplicadas fueron la T de Student de muestras emparejadas y su análogo no paramétrico test de Wilcoxon. Debido a que al llevar a cabo diferentes comparaciones alguna podría salir significativa por azar, en estos últimos análisis se empleó la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples que estableció un valor  $p < 0,017$ , como valor límite de significación estadística.

Para valorar la existencia de asociación entre los cambios en el índice de ira y los cambios en ansiedad tras la intervención se aplicaron modelos de regresión lineal crudos y ajustados por edad, sexo y valores iniciales en los niveles de ansiedad. Se calcularon los coeficientes de regresión junto con sus intervalos de confianza al 95%. De igual forma, se calcularon los coeficientes de regresión y sus intervalos de confianza para determinar la influencia que los cambios en atención plena podrían ejercer sobre los cambios en las puntuaciones de otros parámetros como el malestar psicológico, ira, ansiedad o atención selectiva. Finalmente, también se estudió la relación entre los cambios en las diferentes puntuaciones de ansiedad y los cambios en el índice de ira con los cambios en atención selectiva a dos y cinco meses de intervención aplicando modelos de regresión lineal múltiple.

Para valorar si la relación entre los cambios en estas variables no correspondía a un modelo específicamente lineal, se aplicaron regresiones no paramétricas con alisamiento (LOESS, *Locally Estimated Scatterplot Smoothing*) El método se basa en calcular una recta de regresión lineal, pero solamente a partir de un porcentaje de individuos. En este caso el porcentaje de puntos utilizado fue del 75%.

Se calcularon coeficientes de correlación de Pearson (paramétrico) y de Spearman (no paramétrico), para establecer la posible asociación lineal (Pearson) o de asociación lineal o no lineal (Spearman) entre las mediciones de ansiedad en diferentes momentos del tiempo y sus cambios según el cuestionario ISRA y según el cuestionario LSB-50. Igualmente, se valoró el grado de asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en las puntuaciones de malestar psicológico, ira, ansiedad y atención selectiva empleando estos dos estadísticos.

Por último, se emplearon modelos lineales generalizados (análisis de la covarianza-ANCOVA) para calcular las medias de cambio (y sus intervalos de confianza al 95%) de puntuación en malestar psicológico, ira, ansiedad y atención selectiva y plena después de dos y cinco meses de intervención de acuerdo a las

diferentes categorías de características relacionadas con el programa como el tipo (sentada, combinada, informal), el número de asistencias a sesiones (menos de 7, 7 o más), el tiempo diario dedicado a la práctica o los días a la semana que los participantes practicaban el programa. Dichas medias fueron ajustadas por edad, sexo y los valores iniciales de las variables analizadas. El mismo análisis se repitió para valorar si los cambios en los principales parámetros diferían según el grupo al que pertenecían los participantes (extensión universitaria/pago o salud mental/gratuito).

## 5.6. Procedimiento y programa de entrenamiento en Mindfulness

En este apartado se describe el Protocolo del proceso de evaluación del entrenamiento en Mindfulness antes, durante, al final del entrenamiento y en los seguimientos.

Como característica general del programa, se plantea la meditación en dos facetas distintivas, formal e informal y cada una de ellas incorpora actividades diversas (**figura 11**)

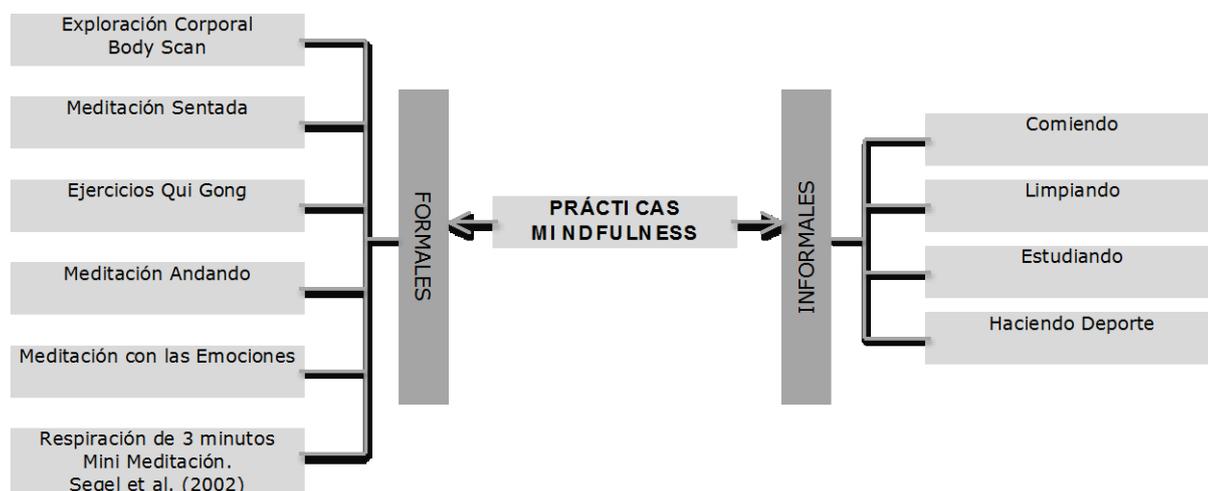


Figura 11. Actividades de la meditación Mindfulness  
Fuente: elaboración propia

- La práctica de la meditación formal es la que se realiza siguiendo las pautas de meditación vipassana con la práctica básica de posición

sentado(incluyendo algunas guiadas como la del trabajo con las emociones, la toma de conciencia de las sensaciones y los pensamientos, la respiración), acostado (Body Scan o exploración corporal), de pie, andando, con los ejercicios de Qi Gong.

- La meditación Informal es la práctica de la atención plena en cualquier actividad que elijamos de la vida cotidiana: mientras realizamos deporte, comemos, conducimos, nos duchamos, entre otros.

## **5.6.1. Elementos de la meditación formal**

### **5.6.1.1. Meditación Vipassana**

Para practicar Vipassana es preciso observar con atención y ecuanimidad las sensaciones en todo el cuerpo partiendo de la respiración. En este estudio se trabaja con la Atención a la respiración (Anexo 7) como ejercicio base.

Incluye un protocolo básico de comienzo donde se explica la posición de meditación sentada con todos los detalles corporales imprescindibles, tanto si se realiza sentada en un cojín o banco como si se realiza sentada en una silla.

En general, la meditación sigue unos pasos de entrenamiento obligados que se estructuran siguiendo este protocolo (Dhiravamsa, 2002):

- En la primera fase (Estática) se trata de aprender cómo funcionan los procesos de la mente en el nivel más rudimentario:
  - Aprendemos a darnos cuenta de la respiración y de la relación de ésta con el pensamiento y las emociones; tomamos conciencia de la conexión básica entre el cuerpo y la mente y nos damos cuenta de lo difícil que es calmar los incesantes vaivenes de la mente.
  - En esta etapa básica aprendemos a quedarnos inmóviles; aprendemos a meditar y a respirar.
  - Al darnos cuenta de cómo funciona la mente; descubrimos el estado elemental de la mente humana a la que le gusta evadir el presente, huir del aquí y del ahora, de forma compulsiva para enfocarse y distraerse en el futuro, en la fantasía, en el pasado, o en "el allá (o en

---

el más-allá) y el entonces."

- En la segunda fase (Dinámica), se aprende a aplicar los mismos principios del Mindfulness que se emplean durante un estado estático de meditación pero a estados que requieren movimiento:
  - Ahora se tiene que aprender a aplicar ese mismo dominio de los procesos mentales de la meditación al movimiento, a cuando se está andando, escribiendo, hablando.
  - La vida se convierte en una meditación porque aplicamos esa misma concentración, ese mismo control, esa misma armonía interior a todos los aspectos de la vida; se aprende a estar presente en vez de huir de la vida, en vez de estar ausente.
- La tercera fase (Estratégica), en la que se aprende a hacer una selección preferencial, conscientes de en qué vamos a pensar en cada momento en las situaciones con las que tenemos problemas de gestión emocional.
  - Esta es la fase que es aplicada en terapia y que podemos ver en las dinámicas de las distintas líneas terapéuticas que aplican Mindfulness.
  - Se enfoca el pensamiento a plena consciencia de que hay ciertos pensamientos, ciertas emociones que nos favorecen más y que otros nos llevan al malestar en general. Y fuera del marco terapéutico nos ha de servir como camino a la excelencia o desarrollo personal.

### 5.6.1.2. Qi Gong (Chi Kung)

En este programa se desarrolla el *Qi Gong* interno (los sujetos lo realizan sin la presencia de un instructor, pero después de seguir las instrucciones que éste les detalla en cada sesión de entrenamiento) (Anexo 7).

El objetivo de la práctica del Qi Gong tiene como base la conciencia, que implica los siguientes principios:

- *Relajar el cuerpo*: Adoptar una postura cómoda y relajada, de esta manera entrenamos para conocer, memorizar, recordar los movimientos
- *Regular la respiración*: Suave, fluida, rítmica, profunda, silenciosa.

- *Calmar la mente*: Observar el cuerpo (la correcta postura) Observar la respiración (no controlar). Observar el movimiento del Qi (hormigueo, cosquilleo, picazón, entre otros.).
- *Dirigir el Qi*: La intención primaria es encausar el Qi en la dirección en la que el ejercicio me lo indique. Con la visualización (de la mente) donde enfoco la mente la sensación debe aparecer.

En el programa se utilizan los tres estilos planteados en el marco teórico *Baduanjin*, *Guolin* y *Qi Gong Dantian*. Se han elegido, entre la variedad de ejercicios posibles, aquellos ejercicios sencillos que pudieran practicarse sin mayor dificultad entre 20 y 30 minutos diariamente, y que puedan ser practicados tanto de pie, como sentados (Anexo 7):

- a. Estiramientos básicos: Es una sencilla secuencia de estiramientos desde la planta del pie hasta la cabeza, tiene como finalidad aumentar el flujo de energía y a unificar el cuerpo.
- b. Tomando especial atención en la respiración espinal ejercicio central de esta serie ayuda a modificar las cualidades de la sangre y de la mente, refinando la capacidad de enfocar y mantener la atención con claridad y experimentar la calma. Esta secuencia de estiramientos es el inicio de todas las prácticas energéticas taoístas.
- c. Ejercicios estáticos: Alineamiento de la estructura (Abrazar el árbol). Una parte esencial del trabajo energético consiste en adoptar el correcto alineamiento físico entre las dos fuentes principales de energía, a saber, la tierra (abajo) y el cielo (arriba). Sin un correcto alineamiento, no es posible enfocar la mente con claridad y por largo tiempo sin caer en el cansancio. La posición estática llamada abrazar el árbol alinea la estructura ósea del modo más eficaz posible. Esta postura refuerza la vitalidad del cuerpo con un mínimo esfuerzo. Asimismo, permite descubrir desde el inicio, en unos minutos los bloqueos que impiden la natural circulación de la energía.

Para este estudio es fundamental, ya que permite el entrenamiento de la atención en todo el cuerpo y en la respiración de pie y sirve de complemento al escaneo corporal acostados.

- d. Ejercicios con movimientos coordinados: Serie de 15 ejercicios para realizar tanto combinados, como individualmente.
- e. Las 8 piezas del Brocado (Anexo 7).

## 5.6.2. Fases del programa

El programa se ha diseñado y desarrollado en tres etapas. Una primera fase previa a la intervención que permite a través de la aplicación de los cuestionarios la determinación de la situación basal de los participantes que accedieron al programa; una segunda fase que incluye la aplicación del programa MBSR, y por último, una tercera fase desarrollada inmediatamente y a los 3 meses de finalizar el programa que incorpora las actividades de evaluación a través de los cuestionarios aplicados en la primera fase.

### 5.6.2.1 Fase I: Pre-intervención

Tras la selección realizada mediante el procedimiento expuesto en el apartado *participantes*, se convocó vía e-mail a todos las participantes a la primera sesión cuya función era doble, por un lado se les informaba del curso explicándoles de forma detallada la dinámica del mismo, y por otro se procedía a la aplicación de los cuestionarios pre-test.

En esta primera sesión se les entregó un cronograma de todas las fechas del curso, incluidas las del seguimiento a los tres meses después de concluir el curso, con la intención de que tuvieran una previsión a largo plazo para organizarse. Además, en esta sesión se les explicó que el curso no era una terapia, que tenía un formato concreto y que había que cumplir con el compromiso de la práctica de los ejercicios en casa especialmente, ya que se trataba de un curso para mejorar las dinámicas cotidianas de actuación con las emociones.

Los participantes saben que durante el curso se recogerán datos para una investigación aunque no tienen especificación de cuales se utilizaran y previa información se les solicitó su consentimiento por escrito (Anexo 2 )

### 5.6.2.2 Fase II: Intervención

El programa sigue el modelo estándar básico de los programas de entrenamiento y práctica del Mindfulness: MBSR (Mindfulness Base-Reducción de Estrés) y MBCT (Mindfulness Base Terapia Cognitiva) donde hay un fuerte entrenamiento en la meditación formal (Vipassana) aunque con algunas diferencias puntuales tanto en el aspecto temático como el técnico.

Estas diferencias se derivan del objetivo fundamental de partida de nuestro estudio: *nos centramos en el factor psicoeducativo y no el paliativo*, puesto que nuestra muestra no responde a las características de grupo con trastornos sobre el que se hace una intervención para reducir una sintomatología bien física o psicológica.

Las diferencias en cuanto al modelo básico en el ámbito técnico se encuentran en:

- La elección del **Qi Gong** en lugar de los ejercicios de estiramiento del hata yoga.
- El mismo instructor para todos los grupos siguiendo el protocolo estándar elaborado, con amplia experiencia (>20 años) en la práctica de meditación Vipassana y Chi-Gong y trabajo en la línea terapéutica Mindfulness.

En el ámbito temático, la orientación de los conceptos tratados se ha realizado con una intención didáctica orientada puesto que el grupo no tenía que trabajar desde un trastorno específico (Anexo 7)

- La funcionalidad de las emociones y sus características;
- La génesis y desarrollo del malestar psicológico;
- Estrategias de afrontamiento y gestión de las emociones conflictivas;
- Conceptos teóricos básicos del budismo que están detrás de las practicas desarrolladas.
- Conceptos asociados al Mindfulness (excelencia, resiliencia e inteligencia emocional ).

En relación con la dinámica desarrollada:

- a) Se controló la asistencia a cada sesión y además cada participante tenía que entregar la hoja de registro de la práctica semanal (Anexo 7).
- b) Se realizaron 31 horas presenciales distribuidas en 10 sesiones de entrenamiento específico. Las sesiones se realizaron semanalmente (siempre los lunes) con una duración de 2 horas y media, a excepción de la sesión número 6 que duró 8 horas y se celebró en sábado.
- c) En cada sesión se aplicó de forma programada el siguiente protocolo básico:
  - **Actividades psicoeducativas** impartidas en grupo [un total de 8 sesiones, modelo Segal et al., (2002)] y dos sesiones más, una para la introducción con evaluación pre-test y otra para la conclusión con evaluación post-test.
  - **Cada sesión** seguía la siguiente estructura:
    - o **Exposición del tema** del bloque temático del programa correspondiente a cada sesión (Anexo 7):
    - o **Ejercicios prácticos**, siempre incluye una práctica guiada de meditación, a través de la cual los sujetos toman conciencia de su respiración, su cuerpo, los estímulos externos o internos, los pensamientos, emociones y sensaciones que van apareciendo en su conciencia.
    - o **Instrucciones** para las prácticas en casa durante la semana, siguiendo el planteamiento estructural de las protocoladas por Kabat-Zinn (2004), además de las indicadas en nuestro programa. Los participantes han de esforzarse por cultivar la atención consciente en las actividades rutinarias tales como comer, caminar, entre otras; además, han de realizar una práctica formal de cualquiera de los tipos de meditación practicado (Sentada, de pie o Qi Gong. Los participantes reciben además vía correo electrónico, el material bibliográfico de apoyo y las pautas acerca de los ejercicios trabajados en cada sesión.
    - o **Debate** en grupo sobre el grado de consecución y las dificultades encontradas al aplicar las técnicas en la vida diaria. Se tomó como referencia el protocolo de recogida de datos individuales semanales y se desarrollaron herramientas apropiadas o planes de acción para afrontar

las dificultades. Siempre se ofrece una información contextualizada, con lo que se liga, lo que se está aprendiendo y practicando en el curso con las necesidades derivadas de las condiciones psicológicas y somáticas del grupo. Además, se desarrollan los conceptos, sobre todo los de temática budista y de desarrollo psicológico que resultan más difíciles de entender. Los recursos y las estrategias que se utilizaron en el afrontamiento de dificultades están enmarcados en la línea teórica y práctica de la Terapia de Aceptación y Mindfulness.

d) Durante las sesiones semanales se enseñaron cuatro prácticas formales (ejercicios de atención plena) con sus distintos protocolos o fases de entrenamiento:

- Escaneo corporal: exploración del cuerpo
- Meditación sentada Vipassana
- Conciencia en movimiento con ejercicios de Qi Gong
- Meditación caminando según la tradición budista Vipassana Theravada .

Los sujetos practican en casa a lo largo de la semana, además de los anteriormente entrenados, los que se pauta en la sesión de practica semanal en la que siempre hay algún ejercicio nuevo. Tienen libertad para que cada semana además de los ejercicios correspondientes a la misma, añadan los que deseen o puedan, de los aprendidos en las sesiones previas. En el protocolo de anotaciones tienen indicado los ejercicios y señalan los que han practicado (Anexo 7).

En la sesión de 8 horas se desarrollan las prácticas anteriores de corrido, siguiendo un protocolo cuya característica básica es el silencio (no hay interacción entre el monitor y los sujetos) se siguen las instrucciones sin más. Se introducen algunas prácticas diferentes a las trabajadas en las sesiones anteriores, se realiza la meditación comiendo como una práctica más de la sesión; la meditación con mantras, la meditación de la sonrisa a los órganos y la meditación con el movimiento o danza.

### **5.6.2.3 Fase III: Post-intervención**

Además de la realización del programa psicoeducativo, se programó un seguimiento con una medición a los 3 meses (post- test-2) de la realización del

---

post-test -1.

## 5.7. Limitaciones del estudio

Al desarrollar este modelo de investigación hemos tenido en cuenta las desventajas del cuasi-experimento, entre ellas el hecho de no tener la certeza de que la muestra sea representativa de la generalidad, por tanto, esto constituirá una amenaza a la validez externa, de donde podría derivar una limitación del estudio, pero para contrarrestarlo el modo de selección de la muestra ha sido la aleatoriedad que supone el interés individual de cada participante por asistir a un curso que se anuncia con el procedimiento expuesto.

Por otro lado, en cuanto a la metodología, la falta de un grupo control podría ser una limitación, disponer de él permitiría realizar una comparativa esclarecedora de los posible elementos del programa que favorecen el cambio con más concreción.

Con respecto al seguimiento los datos referidos a la dimensión temporal o mantenimiento de los resultados, en este estudio se analizan en situación basal, al final del programa y a los tres meses de haberse finalizado, lo que implica una evaluación temporal a medio plazo; resultaría de interés investigar si los cambios identificados a medio plazo, se mantienen durante periodos más prolongados de tiempo, por ejemplo un año.

La aproximación realizada a posibles cambios en las variables físicos en este estudio hipertensión y peso, pueden ser ampliadas a otras como la sudoración, la frecuencia cardiaca, la glucemia o la saturación de O<sub>2</sub>, que permitieran una información más detallada de las respuestas físicas a la meditación.



## 6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio se presentan en tablas comentadas y en gráficos.

### 6.1. Características generales de la muestra

Las principales características sociodemográficas y de salud de los participantes se presentan en la **Tabla 3**. La edad media de los participantes del programa fue de 42, 6 años (DE: 10,8), con un porcentaje mayoritario de mujeres (87,3 %). La mayoría de los participantes disponía de estudios universitarios (76,8%) con tan solo un 1,2% con estudios primarios.

Tabla 3. Características principales de los sujetos de estudio

Edad (media y DE*)	42,6 (10,8)
Peso inicial (media y DE)	68,5 (16,1)
Tensión inicial (media y DE)	12,6 (1,9)
Sexo (%)	
Hombres	12,7
Mujeres	87,3
Estudios (%)	
Primarios	1,2
Secundaria	2,4
Bachiller	8,5
FP	11,0
Superior	76,8
Grupo (%)	
Ext.universitaria 1	26,5
Ext.universitaria 2	14,5
Ext.universitaria 3	20,5
S.M. Norte	22,9
S.M. Sur	15,7

\*DE: Desviación estándar; Ext: Extensión; SM: Salud Mental.

### 6.2. Características de las prácticas ejercitadas por los sujetos

La **Tabla 4** presenta la distribución de los sujetos de la muestra atendiendo a las principales prácticas ejercitadas durante el desarrollo del programa. La mayoría de los participantes realizaban el programa de forma combinada (el 91,6% de la muestra durante los primeros meses de intervención, 91,3% al fin de la misma). Mientras que durante la implantación del programa un 65,1% de los participantes realizaban tan solo de 1 a 15 minutos de práctica, al final de la intervención, el porcentaje de participantes que dedicaban más de 15 minutos a la práctica fue

superior al 70%. El número de sesiones a las que asistieron los participantes fue elevada, con una media de 8 asistencias por sujeto. Finalmente, debe resaltarse también el número de días de práctica que refirieron los participantes; más del 50% de los sujetos practicaban el programa todos los días de la semana.

Tabla 4. Características de las prácticas ejercitadas por los sujetos\*

Medita comiendo (%)	54,2
Tipo de práctica durante interv. (%)	
Sentada	1,2
Informal	7,2
Combinada	91,6
Tipo de práctica fin interv. (%)	
Sentada	2,5
Informal	6,3
Combinada	91,3
Tiempo diario de práctica durante interv. (%)	
1-15 min	65,1
16-30 min	32,5
31-45 min	2,4
Tiempo diario de práctica fin interv. (%)	
1-15 min	25,3
16-30 min	32,5
31-45 min	38,6
>45 min	3,6
Tiempo diario promedio de práctica (%)	
Promedio 7,5 min	24,1
Promedio 15 min	28,9
Promedio 22,5 min	18,1
Promedio 30 min	25,3
Promedio 45 min	3,6
Nº de sesiones de asistencia (media, DE)	8,1 (1,5)
Nº de sesiones recodificada (%)	
<7	15,7
7 o más	84,3
Nº de días de práctica durante interv (media, DE)	6,2 (1,3)
Nº de días de práctica durante interv. (%)	
4	4,8
5	31,3
6	7,2
7	56,6
Nº de días de práctica fin interv. (media, DE)	6,2 (1,3)
Nº de días de práctica fin interv. (%)	
3	2,4
4	8,4
5	33,7
6	3,6
7	51,8
Nº de días promedio de práctica (media, DE)	6,0 (1,1)
Días promedio de práctica (%)	
<5	10,8
5-6	38,6
7	50,6

DE: Desviación estándar.

Durante intervención y durante los tres meses de seguimiento

\*Media y DE o porcentajes

### 6.3. Efectos del programa psicoeducativo en entrenamiento en Mindfulness modelo MBSR

A continuación se presentan los resultados de los cuestionarios aplicados para la evaluación de las diferentes variables.

#### 6.3.1. Análisis descriptivo de las variables de estudio

En primer lugar se presentan las puntuaciones en las escalas de malestar psicológico (LSB-50), ira (Staxi), ansiedad (ISRA), atención selectiva (d2) y atención plena (IMF) al inicio del programa y sus cambios durante la intervención y al final de la misma.

En la **Tabla 5** se presentan las puntuaciones de malestar psicológico obtenidas por los participantes al inicio del programa. Uno de los resultados más relevantes encontrados es que un 50% de los participantes presentaron puntuaciones inferiores a 90 y un 75% puntuaciones inferiores a 96 en las sub-escalas número de síntomas y obsesión.

Debe resaltarse que se obtuvieron diferencias importantes entre las medianas y las medias obtenidas en la mayoría de las sub-escalas del LSB-50 lo que indica la importante variabilidad en puntuaciones iniciales que presentaban los participantes del programa.

Tabla 5. Resultados obtenidos en LSB-50 al inicio del programa

	<b>Mediana</b>	<b>P25-P75</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Severidad	68	60-90	74,0	21,3
Nº Síntomas	90	75-96	81,2	19,9
Intensidad síntomas	45	25-65	44,8	23,6
Psico-reactividad	85	70-95	79,6	19,7
Hipersensibilidad	80	60-90	75,5	19,8
Obsesión	90	80-96	83,7	15,1
Ansiedad	80	70-90	78,5	16,8
Hostilidad	70	55-85	69,3	19,3
Somatización	70	50-90	66,5	24,8
Depresión	60	50-90	64,1	23,3
Alteración sueño 1	70	50-85	65,1	24,2
Alteración sueño 2	70	45-90	64,6	27,2

DE: Desviación estándar. P25-P75: Percentil 25, Percentil 75.

En la **Tabla 6** se presenta el cambio medio así como la mediana de cambio en las sub-escalas de malestar psicológico. Tanto a los dos meses como a los cinco meses de intervención se observaron disminuciones en todas las sub-escalas del LSB-50. La sub-escala que más disminuyó fue la de la intensidad de síntomas. El 50% de los sujetos obtuvieron disminuciones de hasta del 29% en esta sub-escala tras cinco meses de intervención. La psico-reactividad, en contraposición, fue la sub-escala que menos disminución obtuvo con un descenso medio del 5,4% a los cinco meses de implantación del programa. Sin embargo, se observaron valores muy extremos en la distribución de datos con disminuciones de hasta el 95% en las puntuaciones en algunos sujetos e incrementos en algunos casos de más del 400%.

Tabla 6. Cambios en los resultados en LSB-50 tras implantar el programa

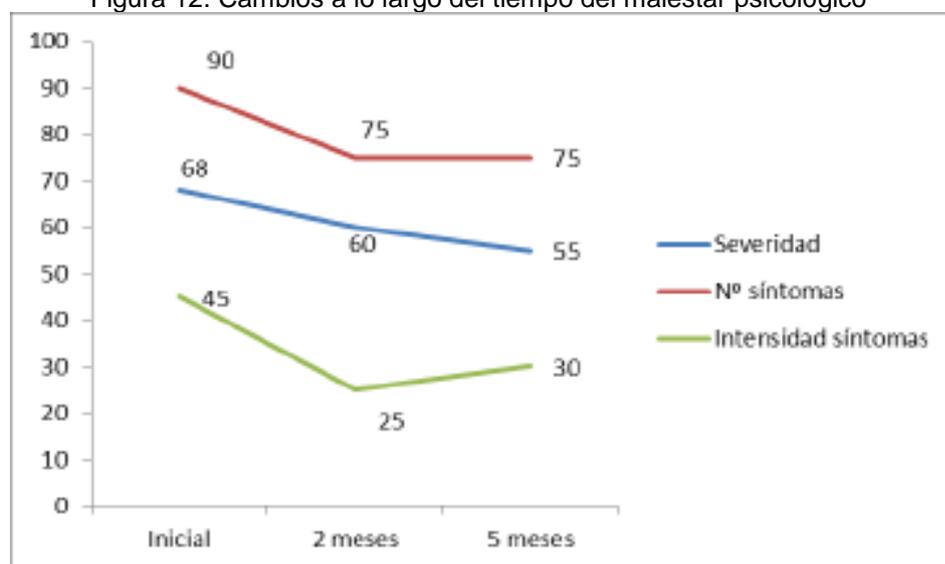
	% Cambio al final del programa			% Cambio en el seguimiento*		
	Media	Mediana	Rango	Media	Mediana	Rango
Severidad	-22,8	-12,4	-93,3 a 63,6	-25,3	-16,7	-94,7 a 63,6
Nº Síntomas	-17,4	-6,7	-94,4 a 83,3	-19,4	-8,3	-94,4 a 55,6
Intensidad síntomas	-20,9	-27,3	-92,9 a 166,7	-20,8	-28,6	-92,9 a 166,7
Psico-reactividad	-8,9	-5,9	-83,3 a 400	-5,4	-7,7	-83,3 a 466,7
Hipersensibilidad	-13,7	-7,1	-83,3 a 62,5	-13,7	-12,4	-83,3 a 125,0
Obsesión	-10,0	-6,3	-76,5 a 292,0	-11,1	-10,0	-76,5 a 284,0
Ansiedad	-16,8	-11,5	-75,0 a 75,0	-18,9	-13,3	-79,2 a 75,0
Hostilidad	-11,3	-11,8	-66,7 a 150,0	-13,7	-16,7	-66,7 a 133,3
Somatización	-9,5	-11,5	-80,0 a 325,0	-11,6	-13,3	-80,0 a 325,0
Depresión	-19,6	-13,3	-90,0 a 100,0	-20,8	-17,5	-92,3 a 116,7
Alteración sueño 1	-16,5	-12,4	-76,5 a 100,0	-18,5	-12,4	-84,5 a 75,0
Alteración sueño 2	-13,6	-12,5	-81,3 a 175,0	-17,3	-16,7	-87,5 a 150,0

\* La evaluación de los cambios en el seguimiento se produce a los 3 meses de concluir el programa

La **Tabla 7** presenta los resultados de las pruebas estadísticas utilizadas para valorar si los cambios en las diferentes sub-escalas del cuestionario de malestar psicológico fueron estadísticamente significativos. Pueden observarse valores significativos de cambio en todas las sub-escalas cuando se evaluaron los tres periodos de tiempo conjuntamente (inicial, dos meses y cinco meses) tanto en las pruebas paramétricas como no paramétricas. De igual forma, también resultaron

significativos los cambios en las sub-escalas desde el inicio hasta los dos meses de intervención y desde el inicio hasta los cinco meses de seguimiento. Sin embargo, al aplicar una prueba no paramétrica para la comparación de las variaciones en las puntuaciones desde el final del tratamiento y los tres meses de seguimiento, estas dejaron de ser estadísticamente significativas, sugiriendo la no existencia de cambios significativos en las puntuaciones de malestar psicológico después de dos meses de intervención (**figura 12**).

Figura 12. Cambios a lo largo del tiempo del malestar psicológico\*



\* Medianas al inicio, a los dos y a los cinco meses para LSB-50

Tabla 7. Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario LSB-50 a lo largo del programa

Puntuación: media y DE	Inicial	2 meses	5 meses**	Prueba paramétrica				Prueba no paramétrica			
				pa	pb	pc	pd	Pe	Pf	Pg	Ph
Severidad	74,0 (21,3)	57,2 (27,8)	54,9 (27,4)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,065
Nº Síntomas	81,2 (19,9)	67,3 (27,5)	65,5 (27,9)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,173
Intens. síntomas	44,8 (23,6)	33,5 (23,5)	33,0 (23,7)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,432
Psico-reactividad	79,6 (19,7)	68,9 (24,3)	67,7 (23,0)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<b>0,030*</b>
Hipersensibilidad	75,5 (19,8)	63,9 (22,8)	62,6 (22,8)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,055
Obsesión	83,7 (15,1)	73,3 (21,0)	72,2 (20,5)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,133
Ansiedad	78,5 (16,8)	64,7 (22,7)	62,5 (22,4)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<b>0,037*</b>
Hostilidad	69,3 (19,3)	59,0 (21,2)	57,3 (20,3)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,158
Somatización	66,5 (24,8)	54,6 (25,4)	53,4 (24,9)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,163
Depresión	64,1 (23,3)	50,1 (25,9)	48,5 (23,2)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,079
Alteración sueño 1	65,1 (24,2)	52,4 (26,7)	50,8 (26,2)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,420
Alteración sueño 2	64,6 (27,2)	52,6 (29,5)	50,7 (29,1)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,058

DE: Desviación estándar.

<sup>a</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **ANOVA de medidas repetidas** (prueba paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>b</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>c</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>d</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

<sup>e</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Friedman** (prueba no paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>f</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>g</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>h</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

\*Estos resultados dejaron de ser estadísticamente significativos tras aplicar la penalización de **Bonferroni** que establece en este caso un valor p significativo < 0,017.

\*\* La evaluación de los cambios en el seguimiento se produce a los 3 meses de concluir el programa

En relación con la variable ira y las puntuaciones obtenidas con el STAXI-2 al inicio del programa, reveló que tanto el control interno como el control externo de la ira se situaron por término medio en puntuaciones en torno a los 55-60 puntos. La puntuación media en el índice de ira fue de 38,5 puntos. En todos los casos se observó una importante variabilidad en las puntuaciones de ira entre los sujetos del estudio (**Tabla 8**).

Tabla 8. Resultados obtenidas en Staxi-2 al inicio del programa

	<b>Mediana</b>	<b>P25-P75</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Rasgo ira	30	10-60	34,8	27,5
Temperamento ira	45	15-65	42,1	29,4
Reacción ira	25	10-50	33,9	25,8
Expresión externa	25	15-45	34,0	23,5
Expresión interna	55	25-75	51,7	28,6
Control externo	60	35-80	57,0	25,6
Control interno	65	40-85	59,7	27,0
Índice ira	35	15-55	38,5	27,5

DE: Desviación estándar.

P25-P75: Percentil 25, Percentil 75.

En la **Tabla 9** se presentan el cambio medio así como la mediana de cambio en las sub-escalas de la ira. Si se observan los valores medios de cambio, se produjo un incremento importante en la puntuación obtenida en la mayoría de las sub-escalas del cuestionario Staxi-2 tanto a dos meses como después de transcurridos cinco meses desde la implantación del programa. Sin embargo, las medianas de cambio obtenidas arrojan resultados negativos o incluso nulos. De hecho, el 50% de los participantes disminuyeron o mantuvieron las puntuaciones en todas las escalas a dos y a tres meses de seguimiento. En el caso del índice de ira, el 50% de la muestra presentó disminuciones en este parámetro mayores al 25% a tres meses de seguimiento.

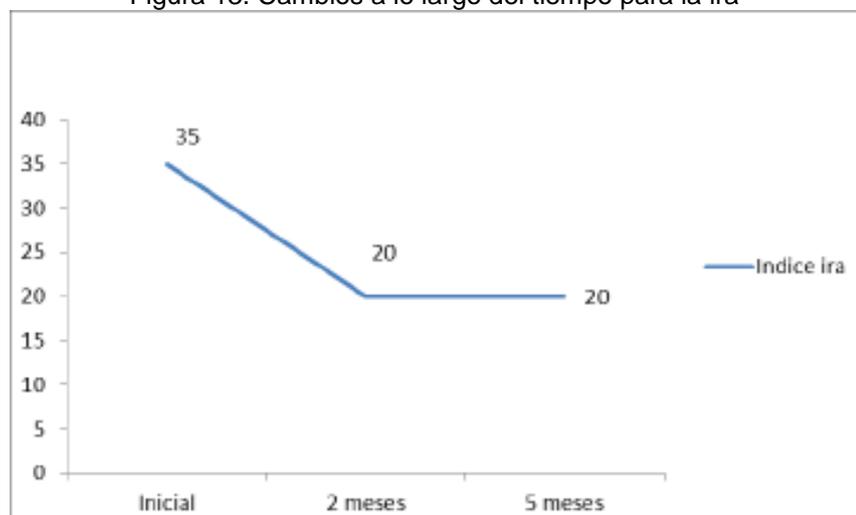
Tabla 9. Cambios en los resultados en Staxi-2 tras implantar el programa

	% Cambio al final del programa			% Cambio en el seguimiento*		
	Media	Mediana	Rango	Media	Mediana	Rango
Rasgo ira	204,3	-5,9	-85,7 a 6400,0	214,0	-15,4	-91,7 a 6400,0
Temperamento-ira	70,9	0	-91,5 a 5400,0	60,7	-15,8	-91,5 a 5400,0
Reacción ira	69,1	-11,1	-92,9 a 3900,0	80,7	0	-92,9 a 3900,0
Expresión externa	46,6	0	-93,3 a 1200,0	32,0	0	-93,3 a 1200,0
Expresión interna	10,2	-10,5	-94,4 a 1300,0	1,1	-10,5	-94,4 a 800,0
Control externo	35,0	0	-76,5 a 750,0	32,7	0	-94,1 a 750,0
Control interno	30,4	0	-70,6 a 800,0	39,6	0	-70,6 a 800,0
Índice ira	35,0	-14,3	-90,0 a 1500,0	12,8	-25,0	-90,9 a 1300,0

\* La evaluación de los cambios en el seguimiento se produce a los 3 meses de concluir el programa

La **Tabla 10** presenta los resultados de las pruebas estadísticas utilizadas para valorar si los cambios en las diferentes sub-escalas del cuestionario de ira fueron estadísticamente significativos. Aunque el índice de ira disminuyó significativamente en todos los periodos de tiempo evaluados, el comportamiento de las puntuaciones en las sub-escalas fue diferente. No se observaron cambios significativos a lo largo del tiempo en las puntuaciones de la expresión externa ni del control interno y externo de la ira. La reducción en la puntuación obtenida en la sub-escalas temperamento y expresión interna de la ira dejó de ser significativa tras dos meses de implantación del programa (**figura 13**).

Figura 13. Cambios a lo largo del tiempo para la ira\*



\* Medianas al inicio, a los dos y a los cinco meses

Tabla 10. Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario Staxi-2 a lo largo del programa

Puntuación (media y DE)	Inicial	2 meses	5 meses del inicio **	Prueba paramétrica				Prueba no paramétrica			
				p <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>	p <sup>c</sup>	p <sup>d</sup>	p <sup>e</sup>	p <sup>f</sup>	p <sup>g</sup>	p <sup>h</sup>
Rasgo ira	34,8 (27,5)	29,7 (24,7)	29,7 (25,5)	0,042	0,046*	0,038*	1	<0,001	0,012	0,004	1
Temperamento ira	42,1 (29,4)	34,5 (28,6)	32,1 (28,3)	<0,001	0,003	<0,001	0,107	<0,001	0,005	<0,001	0,126
Reacción ira	33,9 (25,8)	27,2 (22,7)	30,1 (25,3)	0,017	0,007	0,129	0,131	0,023	0,007	0,108	0,132
Expresión externa	34,0 (23,5)	33,5 (23,1)	30,3 (23,5)	0,163	0,819	0,103	0,027*	0,056	0,742	0,045*	0,022*
Expresión interna	51,7 (28,6)	44,9 (29,2)	41,9 (27,5)	0,001	0,014	0,001	0,073	0,002	0,010	0,002	0,124
Control externo	57,0 (25,6)	61,0 (24,0)	59,8 (25,7)	0,296	0,166	0,350	0,544	0,620	0,170	0,318	0,607
Control interno	59,7 (27,0)	59,7 (24,3)	63,7 (23,2)	0,187	1	0,171	0,021*	0,160	0,587	0,126	0,016
Índice ira	38,5 (27,5)	33,3 (26,3)	29,1 (23,2)	0,001	0,037*	<0,001	0,008	<0,001	0,006	<0,001	0,005

DE: Desviación estándar.

<sup>a</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **ANOVA de medidas repetidas** (prueba paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>b</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>c</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>d</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

<sup>e</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Friedman** (prueba no paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>f</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>g</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>h</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

\*Estos resultados dejaron de ser estadísticamente significativos tras aplicar la penalización de Bonferroni que establece en este caso un valor p significativo < 0,017

\*\* La evaluación de los cambios en el seguimiento se produce a los 3 meses de concluir el programa

En relación con la variable ansiedad, el 75% de los participantes presentaron puntuaciones de la escala ISRA en respuesta a la ansiedad total y ansiedad cognitiva inferiores a los 80 puntos. El 50% presentó una puntuación inferior a 70 puntos en la respuesta de ansiedad fisiológica e inferior a 50 puntos en el caso de la respuesta a la ansiedad motora (**Tabla 11**).

Tabla 11. Resultados obtenidas en ISRA al inicio del programa

	<b>Mediana</b>	<b>P25-P75</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Respuesta ansiedad total	60	35-80	58,2	28,5
Respuesta cognitiva	65	45-80	60,0	26,3
Respuesta fisiológica	70	40-85	62,8	27,1
Respuesta motora	50	30-75	50,9	29,3

DE: Desviación estándar.  
P25-P75: Percentil 25, Percentil 75.

En el caso de la respuesta a ansiedad, se produjo una disminución en las puntuaciones de todas las sub-escalas tanto a dos como a cinco meses de implantación del programa. Por término medio, se produjeron disminuciones en torno al 20% a los dos meses de seguimiento y del 25% a los cinco meses en todos los niveles de ansiedad. En este caso, la variabilidad en la respuesta no fue tan acusada (**Tabla 12**).

Tabla 12. Cambios en los resultados en ISRA tras implantar el programa

	<b>% Cambio al final del programa</b>			<b>% Cambio en el seguimiento*</b>		
	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>
Respuesta ansiedad T	-21,2	-20,0	-73,3 a 23,1	-27,8	-26,3	-85,7 a 0
Respuesta. cognitiva	-20,3	-17,6	-83,3 a 33,3	-26,2	-23,1	-85,7 a 14,3
Respuesta. fisiológica	-20,4	-15,8	-85,7 a 20,0	-26,6	-23,5	-85,7 a 16,7
Respuesta. motora	-12,3	-14,1	-83,3 a 200	-21,1	-20,0	-87,5 a 100,0

\* La evaluación de los cambios en el seguimiento se produce a los 3 meses de concluir el programa

Tabla 13. Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario ISRA a lo largo del programa

Puntuación (media y DE)	Inicial	2 meses	5 meses	Prueba paramétrica				Prueba no paramétrica			
				p <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>	p <sup>c</sup>	p <sup>d</sup>	P <sup>e</sup>	P <sup>f</sup>	P <sup>g</sup>	P <sup>h</sup>
Resp. Ansiedad total	58,2 (28,5)	46,1 (25,2)	42,1 (24,0)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Resp. cognitiva	60,0 (26,3)	48,0 (24,0)	44,7 (23,4)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Resp. fisiológica	62,8 (27,1)	50,8 (25,1)	47,3 (24,9)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Resp. motora	50,9 (29,3)	43,0 (26,4)	39,2 (25,5)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,065

DE: Desviación estándar.

<sup>a</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **ANOVA de medidas repetidas** (prueba paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>b</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>c</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>d</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

<sup>e</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Friedman** (prueba no paramétrica para más de 2 mediciones).

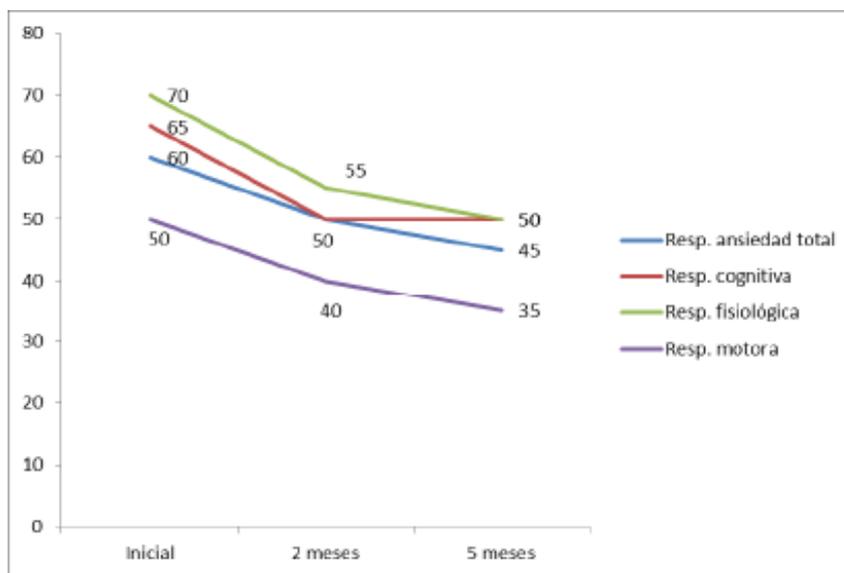
<sup>f</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>g</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>h</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

En el caso de la valoración de los cambios en las respuestas a los diferentes componentes de ansiedad, destaca que todas las comparaciones realizadas resultaron ser estadísticamente significativas por lo que puede concluirse que se produjeron reducciones en todas las puntuaciones de ansiedad en general (valorando los tres periodos de medición), desde el inicio hasta el segundo mes, desde el segundo hasta el sexto mes de seguimiento y entre el inicio y el final de la implantación del programa (**Tabla 13**) (**figura 14**).

Figura 14, Cambios a lo largo del tiempo en ansiedad\*



Medianas al inicio, a los dos y a los cinco meses para ISRA

Las **Tablas 14 y 15** presentan los valores basales para las puntuaciones de atención selectiva y el porcentaje de cambio al finalizar el programa y a los tres meses de seguimiento en estas puntuaciones. Se produjo una importante variabilidad en la respuesta a la atención selectiva de forma que la media y mediana del porcentaje de cambio de las diferentes sub-escalas difirió bastante. Basándose en el resultado de las medianas, puede concluirse que el 50% de los participantes obtuvieron una mejora mayor al 15,3% en la estabilidad, al 23,8% en el trabajo y al 20% en la concentración tras cinco meses de programa (**Tabla 15**).(Figura 15)

Tabla 14. Resultados en atención selectiva al inicio del programa

	Mediana	P25-P75	Media	DE
Velocidad	65	40-85	62,3	26,6
Trabajo	65	35-85	60,0	26,4
Concentración	60	30-80	55,1	30,0

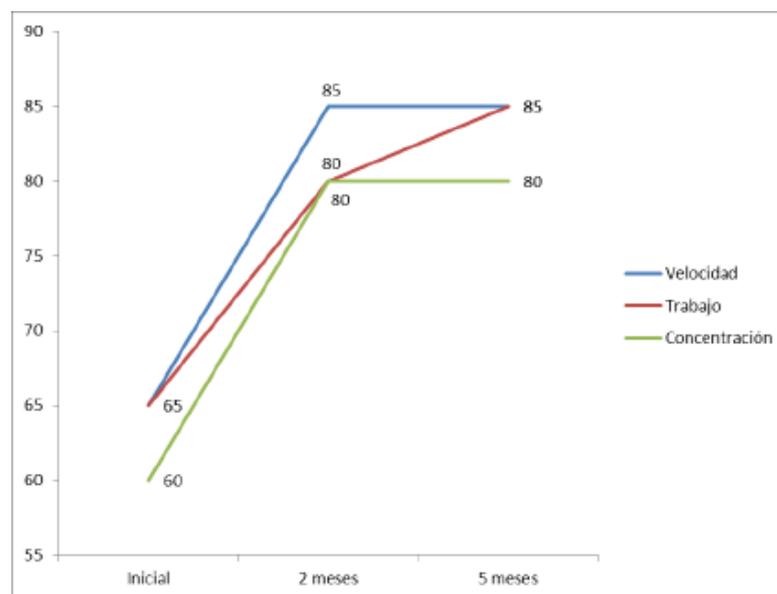
DE: Desviación estándar.  
P25-P75: Percentil 25, Percentil 75.

Tabla 15. Cambios en los resultados en atención selectiva tras la implantación del programa

	% Cambio inicial-2 meses			% Cambio en el seguimiento		
	Media	Mediana	Rango	Media	Mediana	Rango
Estabilidad	61,7	14,1	-41,2 a 1860,0	67,7	15,3	-33,3 a 1860,0
Trabajo	61,4	15,3	-15,8 a 2150,0	73,1	23,8	-20,0 a 2150,0
Concentración	86,0	19,1	-50,0 a 2400,0	104,6	20,0	-57,1 a 1400,0

\* La evaluación de los cambios en el seguimiento se produce a los 3 meses de concluir el programa

Figura 15. Cambios a lo largo del tiempo para atención selectiva\*



\* Medianas al inicio, a los dos y a los cinco meses para atención selectiva

La **Tabla 16** recogen los resultados de las diferentes pruebas estadísticas aplicadas para valorar si los cambios observados en las diferentes sub-escalas del cuestionario de atención selectiva fueron significativos. Se observaron mejoras significativas en todas las puntuaciones de atención selectiva y para la totalidad del tiempo de implantación del programa.

Tabla 16. Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario de atención selectiva a lo largo del programa

Puntuación: media y DE	Inicial	2 meses	5 meses	Prueba paramétrica				Prueba no paramétrica			
				p <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>	p <sup>c</sup>	p <sup>d</sup>	P <sup>e</sup>	P <sup>f</sup>	P <sup>g</sup>	P <sup>h</sup>
Estabilidad	62,3 (26,6)	75,8 (22,9)	78,6 (22,5)	<0,001	<0,001	<0,001	0,007	<0,001	<0,001	<0,001	0,002
Trabajo	60,0 (26,4)	74,2 (23,8)	77,1 (23,1)	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Concentración	55,1 (30,0)	71,2 (25,3)	74,2 (24,8)	<0,001	<0,001	<0,001	0,021*	<0,001	<0,001	<0,001	0,002

DE: Desviación estándar.

<sup>a</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **ANOVA de medidas repetidas** (prueba paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>b</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>c</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>d</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

<sup>e</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Friedman** (prueba no paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>f</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>g</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>h</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

\*\*Este resultado dejó de ser estadísticamente significativos tras aplicar la penalización de **Bonferroni** que establece en este caso un valor p significativo < 0,017

La **Tablas 17 y 18** presentan las puntuaciones iniciales y el porcentaje de cambio tras dos y cinco meses de seguimiento en el cuestionario IMF de atención plena de los participantes del programa. Por término medio, los sujetos presentaron una puntuación de 29,7 (DE:4,6) en el cuestionario IMF. El 75% de la muestra presentó un valor inferior a 33 en este instrumento de medición de la atención plena (**Tabla 17**). Los participantes de la muestra incrementaron por término medio su atención plena tras cinco meses en un 32,7% (**Tabla 18**).

Tabla 17. Resultados obtenidos en el cuestionario IMF al inicio del programa

	Mediana	P25-P75	Media	DE
IMF TOTAL	30	26-33	29,7	4,6
IMF1/abier.exp.	2	2-3	2,5	0,6
IMF2/consc.cuer	2	1-2	1,8	0,7
IMF3/doy cuent	2	2-2	2,1	0,7
IMF4/valor	3	2-3	2,5	0,7
IMF5/atención	2	2-3	2,3	0,7
IMF6/errores	2	1-2	1,8	0,7
IMF7/conectado	2	2-2	2,0	0,7
IMF8/acepto	2	2-3	2,2	0,7
IMF9/autocrit	2	2-3	2,1	0,8
IMF10/obser.sent.	2	2-2	2,0	0,6
IMF11/sit.dif.	2	2-3	2,2	0,8
IMF12/paz	2	1-2	1,7	0,7
IMF13/impacient	2	2-3	2,4	0,8
IMF14/sonreirme	2	2-3	2,4	0,8

DE: Desviación estándar.

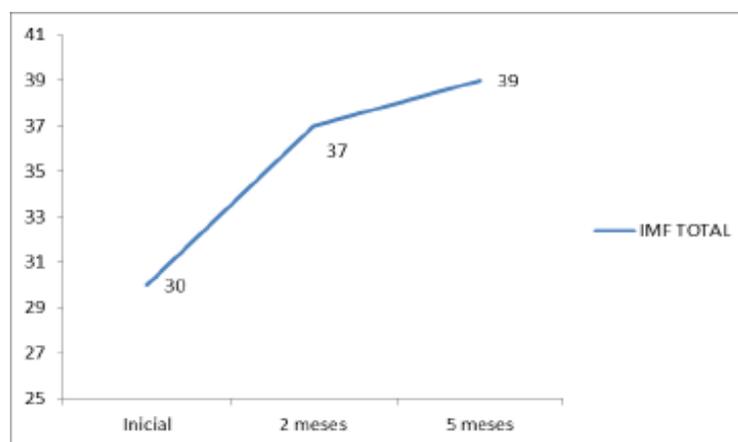
P25-P75: Percentil 25, Percentil 75.

Tabla 18. Cambios en los resultados en cuestionario de atención plena tras el programa

	% Cambio inicial-2 meses			% Cambio en el seguimiento		
	Media	Mediana	Rango	Media	Mediana	Rango
IMF TOTAL	28,7	20,7	-3,0 a 105,3	32,7	26,9	-3,0 a 96,2
IMF1/abier.exp.	34,5	33,3	-50,0 a 200,0	34,5	33,3	-50,0 a 200,0
IMF2/consc.cuer	64,1	50,0	-33,3 a 200,0	64,1	50,0	-33,3 a 200,0
IMF3/doy cuent	55,6	50,0	-33,3 a 300,0	55,6	50,0	-33,3 a 200,0
IMF4/valoro	31,8	33,3	-33,3 a 200,0	31,8	33,3	-33,3 a 200,0
IMF5/atención	43,7	33,3	-33,3 a 300,0	43,7	33,3	-33,3 a 300,0
IMF6/errores	48,2	50,0	-50,0 a 300,0	48,2	50,0	-50,0 a 300,0
IMF7/conectado	57,0	50,0	-33,3 a 300,0	57,0	50,0	-33,3 a 300,0
IMF8/acepto	38,2	33,3	-50,0 a 200,0	38,2	33,3	-50,0 a 200,0
IMF9/autocrit	32,7	26,9	-3,0 a 96,2	32,7	26,9	-3,0 a 96,2
IMF10/obser.sent	41,4	50,0	-66,7 a 200,0	41,4	50,0	-66,7 a 200,0
IMF11/sit.dif.	33,6	0	-66,7 a 300,0	33,6	0	-66,7 a 300,0
IMF12/paz	59,4	50,0	-50,0 a 300,0	59,4	50,0	-50,0 a 300,0
IMF13/impacient	25,8	0	-75,0 a 200,0	25,8	0	-75,0 a 200,0
IMF14/sonreirme	34,1	0	-50,0 a 300,0	34,1	0	-50,0 a 300,0

En la **Tabla 19 y figura 16** puede observarse como se produjo una mejoría en la puntuación de la atención plena desde el inicio del programa hasta los cinco meses de intervención. Sin embargo, la comparación de las puntuaciones entre los dos meses y los cinco meses de seguimiento no resultó estadísticamente significativa lo que sugiere que no se obtienen mejorías sustanciales en la prueba global ni en las diferentes sub-escalas después de dos meses de implantación de programa.

Figura 16 .Cambio a lo largo del tiempo en atención plena\*



\* Medianas al inicio, a los dos y a los cinco meses para atención plena

Tabla 19. Valoración de cambios significativos en las diferentes puntuaciones del cuestionario de atención selectiva

Puntuación (media y DE)	Inicial	2 meses	5 meses	Prueba paramétrica				Prueba no paramétrica			
				pa	pb	pc	pd	pe	pf	pg	ph
IMF TOTAL	29,7 (4,6)	37,5 (5,6)	38,7 (5,7)	<0,001	<0,001	<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	0,003
IMF1/abier.exp.	2,5 (0,6)	3,0 (0,7)	3, 2 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	0,048*	<0,001	<0,001	<0,001	0,048*
IMF2/consc.cuer	1,8 (0,7)	2,5 (0,7)	2,6 (0,6)	<0,001	<0,001	<0,001	0,469	<0,001	<0,001	<0,001	0,465
IMF3/doy cuent	2,1 (0,7)	2,8 (0,6)	2,9 (0,6)	<0,001	<0,001	<0,001	0,030*	<0,001	<0,001	<0,001	0,032*
IMF4/valoro	2,5 (0,7)	3,1 (0,8)	3,1 (0,6)	<0,001	<0,001	<0,001	0,401	<0,001	<0,001	<0,001	0,400
IMF5/atención	2,3 (0,7)	2,9 (0,6)	3,1 (0,6)	<0,001	<0,001	<0,001	0,008	<0,001	<0,001	<0,001	0,009
IMF6/errores	1,8 (0,7)	2,3 (0,7)	2,5 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	0,057	<0,001	<0,001	<0,001	0,057
IMF7/conectado	2,0 (0,7)	2,7 (0,7)	2,8 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	0,145	<0,001	<0,001	<0,001	0,144
IMF8/acepto	2,2 (0,7)	2,7 (0,7)	2,8 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	0,043*	<0,001	<0,001	<0,001	0,044*
IMF9/autocrit	2,1 (0,8)	2,5 (0,8)	2,6 (0,9)	<0,001	0,001	<0,001	0,039*	<0,001	0,002	<0,001	0,040*
IMF10/obser.sent.	2,0 (0,6)	2,4 (0,7)	2,5 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	0,150	<0,001	<0,001	<0,001	0,059
IMF11/sit.dif.	2,2 (0,8)	2,5 (0,8)	2,6 (0,8)	<0,001	0,007	<0,001	0,118	<0,001	0,007	<0,001	0,117
IMF12/paz	1,7 (0,7)	2,3 (0,7)	2,3 (0,7)	<0,001	<0,001	<0,001	0,225	<0,001	<0,001	<0,001	0,223
IMF13/impacient	2,4 (0,8)	2,8 (0,9)	2,7 (0,8)	<0,001	0,001	0,001	0,783	<0,001	0,001	0,001	0,918
IMF14/sonreirme	2,4 (0,8)	2,9 (0,8)	2,9 (0,8)	<0,001	<0,001	<0,001	0,356	<0,001	<0,001	<0,001	0,353

DE: Desviación estándar.

<sup>a</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **ANOVA de medidas repetidas** (prueba paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>b</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>c</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>d</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **T de Student muestras emparejadas** (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

<sup>e</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Friedman** (prueba no paramétrica para más de 2 mediciones).

<sup>f</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

<sup>g</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

<sup>h</sup>Valor p obtenido a través de la prueba de **Wilcoxon** (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

\*Estos resultados dejaron de ser estadísticamente significativos tras aplicar la penalización de **Bonferroni** que establece en este caso un valor p significativo <0,017

### 6.3.2. Análisis comparativo entre las variables de estudio

Se analizan las asociaciones entre los cambios en el índice de ira y los cambios de ansiedad, así como, las asociaciones entre los cambios de atención plena y los cambios de malestar psicológico, ira, diferentes componentes de ansiedad y atención selectiva tras la intervención.

#### 6.3.2.1. Asociación entre los cambios en el índice de ira y los cambios de ansiedad post-intervención

Para valorar si los cambios en el índice de ira observados tras la implantación del programa se asociaban con cambios en los niveles de ansiedad, se ajustaron modelos de regresión lineal múltiple, crudos y ajustados por edad, sexo y niveles basales de ansiedad. No se obtuvieron resultados significativos para ninguno de los modelos calculados ni tras dos meses ni tras cinco meses de intervención, lo que sugiere que no existe una relación lineal entre los cambios en estos parámetros (Tabla 20).

Tabla 20. Asociación entre los cambios en el índice de la ira y los cambios observados en las diferentes escalas de ansiedad al inicio, al final y a los 3 meses tras la intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Resp. Ansiedad total	0,062	-0,036 a 0,160	0,045	-0,045 a 0,134
Resp. cognitiva	0,077	-0,034 a 0,188	0,080	-0,023 a 0,183
Resp. fisiológica	0,018	-0,087 a 0,122	0,013	-0,085 a 0,112
Resp. motora	0,011	-0,099 a 0,122	-0,021	-0,125 a 0,083
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Resp. Ansiedad total	0,053	-0,061 a 0,167	0,037	-0,06 a 0,133
Resp. cognitiva	0,055	-0,060 a 0,170	0,056	-0,048 a 0,160
Resp. fisiológica	0,039	-0,085 a 0,163	0,046	-0,065 a 0,158
Resp. motora	0,012	-0,108 a 0,131	-0,019	-0,127 a 0,089

\*Modelo ajustado por valor basal de medida de ansiedad, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación de la ira, cuanto cambia cada puntuación en ansiedad.

IC: Intervalo de confianza.

En la figura 17 se presentan los resultados de la regresión no paramétrica empleada para establecer el tipo de relación existente entre los cambios en el índice de la ira observados a dos meses de implantación del programa y los cambios en la respuesta a la ansiedad total, cognitiva, fisiológica y motora. A dos meses de seguimiento no parece existir una relación entre los cambios en el índice

de la ira y los cambios en ansiedad total y ansiedad cognitiva aunque se observó una cierta relación directa entre el incremento en los niveles de ira con el incremento en estos niveles de ansiedad. Sin embargo, en el análisis de la relación entre los cambios en el índice de ira con los cambios en ansiedad fisiológica y motora, la tendencia parece la inversa, con incrementos en los niveles de ira asociados con disminuciones en las puntuaciones de ansiedad fisiológica y motora.

A los tres meses de seguimiento (**Figura 18**), se observó una relación directa entre los cambios en los niveles de ira y los cambios en ansiedad total y cognitiva. Con respecto a la ansiedad fisiológica y motora, tanto el incremento como la disminución en los niveles de índice de ira parecen asociarse con disminuciones en los niveles de estos dos tipos de ansiedad.

Figura 17. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en índice de ira y el cambio en respuesta de ansiedad a dos meses

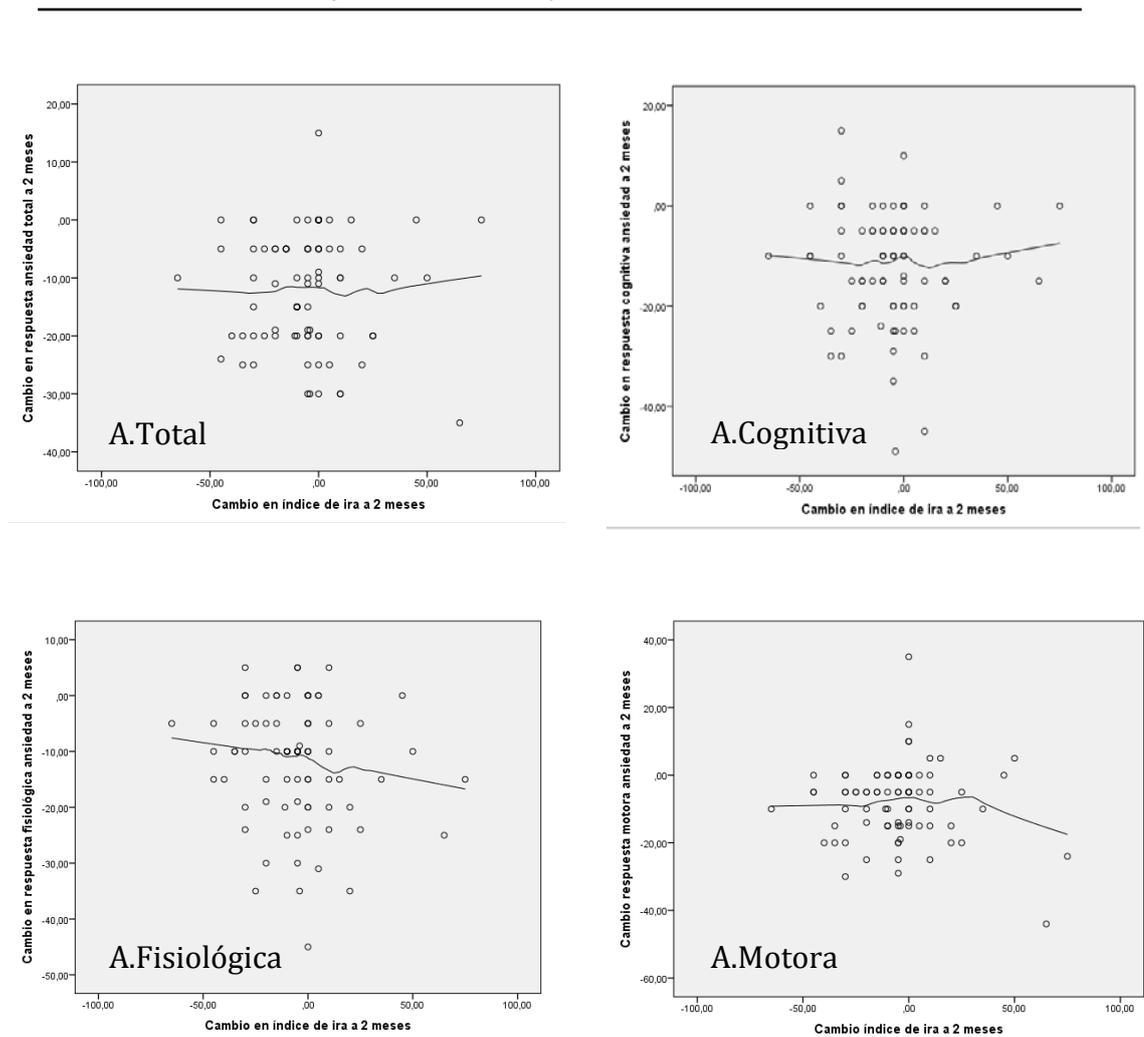
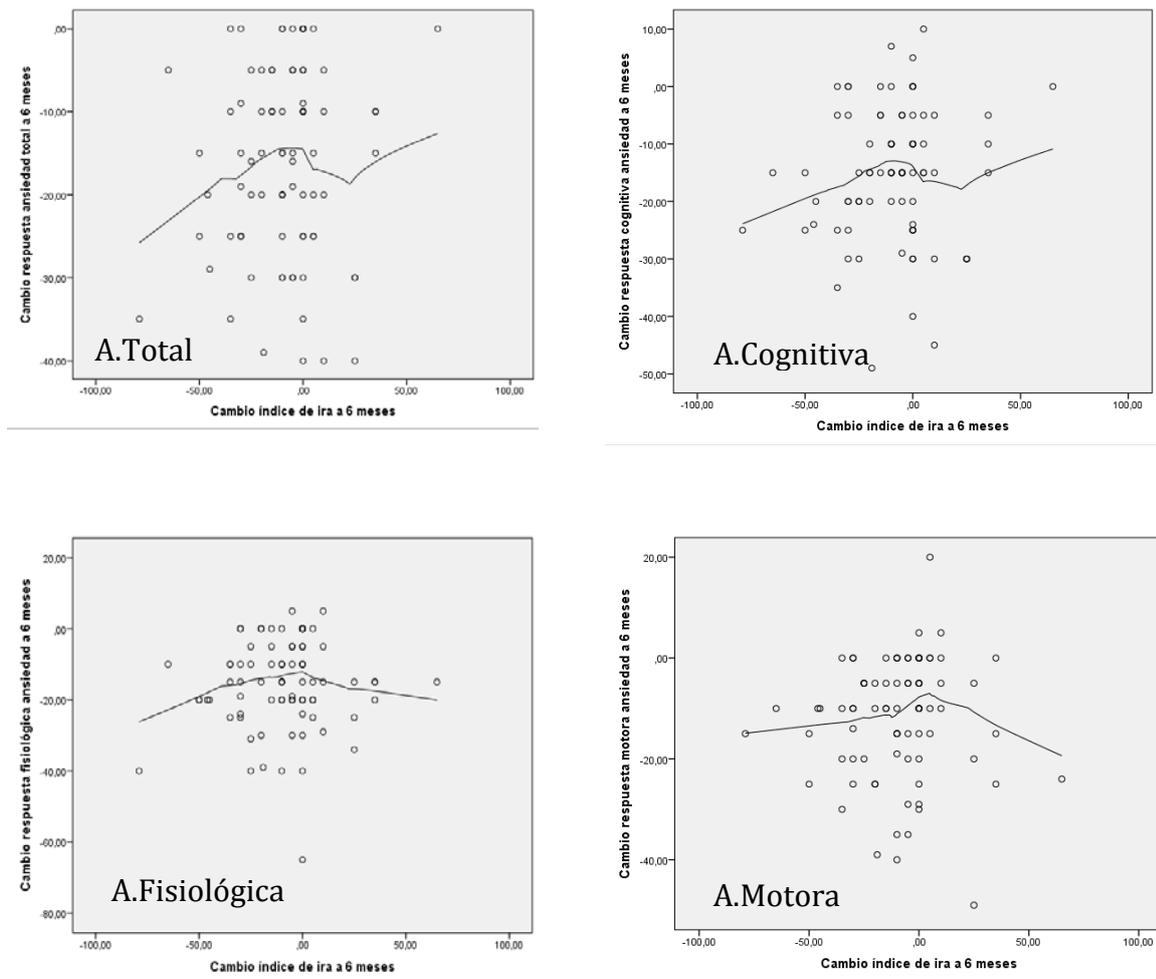


Figura 18. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en índice de ira y el cambio en respuesta de ansiedad a tres meses de seguimiento



### 6.3.2.2. Comparación entre la respuesta de ansiedad con ISRA y LSB-50

Para valorar si la medición de ansiedad medida a través del cuestionario ISRA y aquella obtenida a través del cuestionario LSB-50 se correlacionaban, se calcularon coeficientes de correlación de Pearson (establecen asociación lineal) y de Spearman (estabilicen asociación aunque no específicamente lineal). Los resultados se presentan en la **tabla 21**. En general, se observó una correlación moderada entre ambos cuestionarios tanto en la valoración inicial como en la valoración a los dos y cinco meses de intervención con coeficientes de correlación

estadísticamente significativos. Sin embargo, los cambios en los niveles de ansiedad desde el inicio hasta los dos y cinco meses de seguimiento medidos por ambos cuestionarios no se correlacionaron.

Tabla 21. Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre las puntuaciones de ansiedad y sus cambios según cuestionario ISRA o LSB-50

	<b>Pearson</b>	<b>p</b>	<b>Rho (Spearman)</b>	<b>p</b>
<b>Inicial</b>				
Resp. Ansiedad total	<b>0,341</b>	<b>0,002</b>	<b>0,383</b>	<b>&lt;0,001</b>
Resp. cognitiva	<b>0,385</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,417</b>	<b>&lt;0,001</b>
Resp. fisiológica	0,186	0,092	<b>0,246</b>	<b>0,025</b>
Resp. motora	<b>0,295</b>	<b>0,007</b>	<b>0,339</b>	<b>0,002</b>
<b>2 meses</b>				
Resp. Ansiedad total	<b>0,492</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,448</b>	<b>&lt;0,001</b>
Resp. cognitiva	<b>0,502</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,466</b>	<b>&lt;0,001</b>
Resp. fisiológica	<b>0,399</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,395</b>	<b>&lt;0,001</b>
Resp. motora	<b>0,431</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,431</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>5 meses</b>				
Resp. Ansiedad total	<b>0,399</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,386</b>	<b>&lt;0,001</b>
Resp. cognitiva	<b>0,417</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,403</b>	<b>&lt;0,001</b>
Resp. fisiológica	<b>0,350</b>	<b>0,001</b>	<b>0,329</b>	<b>0,002</b>
Resp. motora	<b>0,338</b>	<b>0,002</b>	<b>0,338</b>	<b>0,002</b>
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Resp. Ansiedad total	-0,024	0,827	0,054	0,629
Resp. cognitiva	0,099	0,374	0,168	0,129
Resp. fisiológica	0,058	0,604	0,135	0,225
Resp. motora	0,020	0,859	-0,015	0,890
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Resp. Ansiedad total	-0,081	0,464	-0,026	0,819
Resp. cognitiva	0,076	0,497	0,149	0,178
Resp. fisiológica	0,023	0,836	0,120	0,282
Resp. motora	-0,060	0,590	-0,028	0,804

### 6.3.2.3. Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los componentes de malestar psicológico

La **tabla 22** presenta los resultados de la correlación observada entre los cambios en la puntuación de atención plena desde el inicio hasta los dos o los cinco meses de implantación del programa y los cambios en las diferentes sub-escalas de malestar psicológico. Se observó una correlación inversa baja-moderada y significativa entre los cambios en atención plena y los cambios en los niveles de ansiedad después de dos meses ( $r$  Pearson=-0,223;  $p=0,043$ ). De igual forma, los

cambios en los niveles de atención plena a cinco meses se correlacionaron de forma inversa con los cambios en el número de síntomas y la sub-escala hostilidad (r Pearson=-0,230; p=0,036 y r Pearson=-0,212; p=0,05, respectivamente).

Tabla 22. Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y el cambio en malestar psicológico tras dos y tres meses de seguimiento

	Pearson	p	Rho (Spearman)	p
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Severidad	-0,153	0,169	-0,141	0,205
Nº Síntomas	-0,179	0,106	-0,200	0,069
Intensidad síntomas	-0,150	0,175	-0,098	0,377
Psico-reactividad	-0,074	0,506	-0,113	0,308
Hipersensibilidad	-0,107	0,335	-0,136	0,220
Obsesión	-0,088	0,429	-0,154	0,163
Ansiedad	<b>-0,223</b>	<b>0,043</b>	-0,208	0,059
Hostilidad	-0,201	0,068	<b>-0,226</b>	<b>0,040</b>
Somatización	-0,148	0,182	-0,093	0,402
Depresión	-0,083	0,453	-0,066	0,554
Alteración sueño 1	-0,171	0,121	-0,149	0,180
Alteración sueño 2	-0,179	0,105	-0,119	0,285
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Severidad	-0,135	0,225	-0,099	0,371
Nº Síntomas	<b>-0,230</b>	<b>0,036</b>	-0,168	0,128
Intensidad síntomas	0,126	0,256	0,158	0,154
Psico-reactividad	0,036	0,748	-0,014	0,902
Hipersensibilidad	-0,042	0,707	0,012	0,913
Obsesión	0,084	0,448	-0,019	0,861
Ansiedad	-0,141	0,204	-0,077	0,487
Hostilidad	<b>-0,212</b>	<b>0,05</b>	-0,202	0,067
Somatización	-0,027	0,811	0,002	0,983
Depresión	-0,099	0,371	-0,017	0,877
Alteración sueño 1	-0,133	0,232	-0,076	0,494
Alteración sueño 2	-0,110	0,322	-0,042	0,706

En la **tabla 23** se presentan los resultados de los modelos de regresión lineal múltiple llevados a cabo para valorar en qué medida el cambio en los niveles de atención plena a lo largo del seguimiento se asociaba con cambios en las puntuaciones de malestar psicológico. Se observaron asociaciones inversas y estadísticamente significativas entre el cambio en la puntuación de atención plena y el cambio en las puntuaciones de ansiedad y hostilidad a dos meses y en el cambio en el número de síntomas, la hostilidad y la depresión tras cinco meses de intervención y una vez tenido en cuenta la edad, sexo y niveles basales de estas puntuaciones. Por ejemplo, se destaca que por cada unidad de incremento en la puntuación de atención plena, se observaba un descenso de 2,3 puntos en el número de síntomas a los cinco meses de intervención.

Tabla 23. Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en malestar psicológico tras dos y cinco meses de intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Severidad	-0,58	-1,41 a 0,25	-0,65	-1,48 a 0,18
Nº Síntomas	-0,64	-1,42 a 0,14	-0,74	-1,55 a 0,06
Intensidad síntomas	-0,49	-1,20 a 0,22	-0,35	-1,02 a 0,32
Psico-reactividad	-0,25	-1,00 a 0,50	-0,46	-1,21 a 0,29
Hipersensibilidad	-0,33	-0,99 a 0,34	-0,58	-1,25 a 0,09
Obsesión	-0,28	-0,97 a 0,42	-0,55	-1,24 a 0,14
Ansiedad	<b>-0,68</b>	<b>-1,34 a -0,02</b>	<b>-0,74</b>	<b>-1,41 a -0,07</b>
Hostilidad	<b>-0,64</b>	<b>-1,33 a 0,05</b>	<b>-0,53</b>	<b>-1,19 a 0,12</b>
Somatización	-0,53	-1,32 a 0,26	-0,48	-1,22 a 0,27
Depresión	-0,28	-1,03 a 0,46	-0,56	-1,31 a 0,18
Alteración sueño 1	-0,57	-1,29 a 0,15	-0,38	-1,10 a 0,33
Alteración sueño 2	-0,63	-1,40 a 0,14	-0,64	-1,40 a 0,12
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Severidad	-0,55	-1,44 a 0,34	-0,66	-1,53 a 0,21
Nº Síntomas	<b>-0,92</b>	<b>-1,77 a -0,06</b>	<b>-2,34</b>	<b>-2,88 a -0,15</b>
Intensidad síntomas	0,47	-0,35 a 1,30	0,45	-0,29 a 1,18
Psico-reactividad	0,14	-0,72 a 0,99	-0,24	-1,03 a 0,56
Hipersensibilidad	-0,16	-1,00 a 0,68	-0,65	-1,44 a 0,14
Obsesión	0,28	-0,45 a 1,00	0,03	-0,69 a 0,75
Ansiedad	-0,50	-1,28 a 0,28	-0,57	-1,32 a 0,19
Hostilidad	-0,68	-1,37 a 0,01	<b>-0,70</b>	<b>-1,32 a -0,07</b>
Somatización	-0,10	-0,93 a 0,73	-0,03	-0,79 a 0,73
Depresión	-0,35	-1,11 a 0,42	<b>-0,75</b>	<b>-1,45 a -0,05</b>
Alteración sueño 1	-0,48	-1,28 a 0,31	-0,29	-1,05 a 0,46
Alteración sueño 2	-0,40	-1,21 a 0,40	-0,40	-1,18 a 0,38

\*Modelo ajustado por valor basal, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación IMF, cuanto cambia cada escala y sub-escala. IC: Intervalo de confianza.

En las **figuras 19 y 20** se presentan los resultados de la regresión no paramétrica para establecer la asociación a dos y cinco meses entre los cambios en la atención plena y los cambios en severidad, número de síntomas e intensidad de los síntomas. En la **figura 19 y 20** puede observarse la existencia de una relación inversa entre el cambio en la atención plena a dos meses y los cambios en severidad, número de síntomas e intensidad de los síntomas, aunque esta relación

no fue de elevada magnitud.

Figura 19. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en la atención plena y el cambio en el malestar psicológico a dos meses

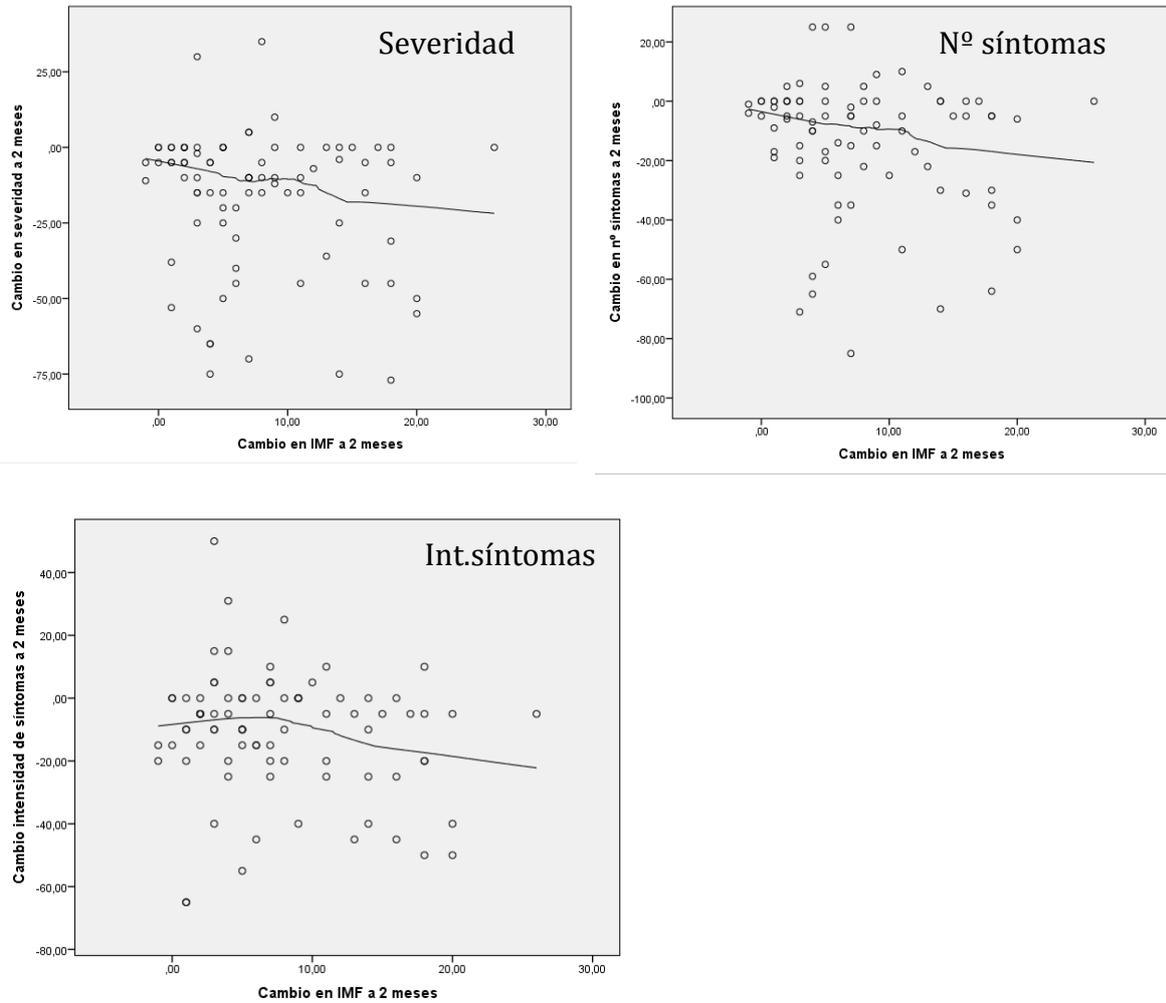
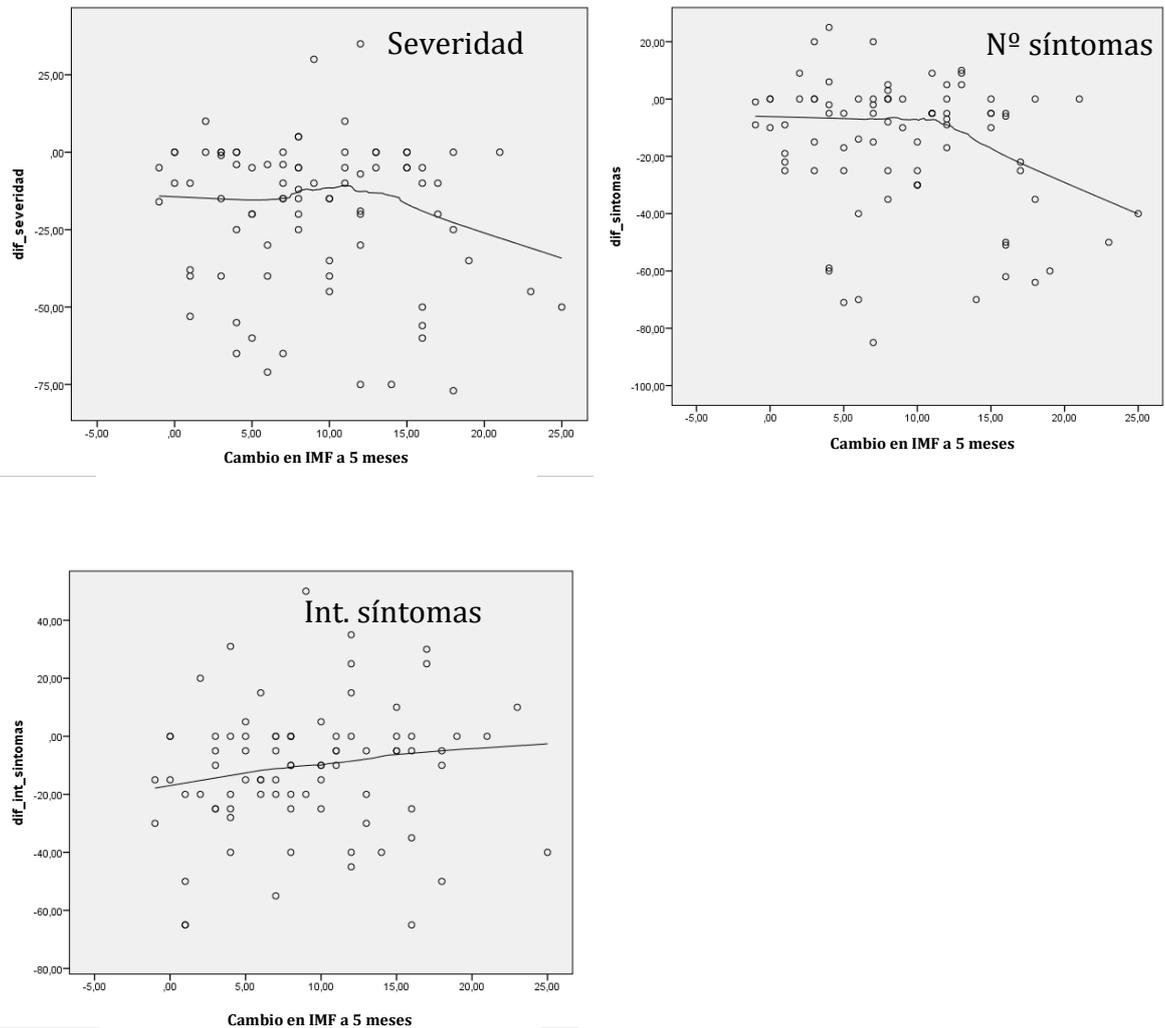


Figura 20. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en la atención plena y el cambio en el malestar psicológico a cinco meses



A tres meses de seguimiento (cinco meses desde el inicio de la intervención) se observó una relación umbral para la severidad y el número de síntomas. La disminución en la puntuación de atención plena o incrementos menores a 10 puntos después de cinco meses de intervención no modificaron las puntuaciones de severidad y número de síntomas. Sin embargo, una mejoría en la atención plena superior a 10 puntos se asoció con disminuciones importantes en estos dos parámetros. Esta relación no se observó para la intensidad de los síntomas.

**6.3.2.4. Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los componentes de la ira**

Aunque se observó una correlación directa entre el cambio en la atención plena y el cambio en el control interno de la ira a dos meses de intervención ( $r$  Pearson=0,224;  $p$ =0,042), esta correlación desapareció tras cinco meses de intervención. De igual forma, la asociación no lineal inversa observada entre los cambios en la atención plena y la expresión externa de la ira (Rho Spearman=-0,225;  $p$ =0,041), se atenuó y dejó de ser estadísticamente significativa con un mayor tiempo de intervención (**Tabla 24**).

Tabla 24. Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y el cambio en la ira tras dos y cinco meses de intervención

	<b>Pearson</b>	<b>p</b>	<b>Rho (Spearman)</b>	<b>p</b>
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Rasgo ira	-0,037	0,738	-0,093	0,403
Temperamento ira	0,044	0,696	-0,047	0,671
Reacción ira	-0,018	0,874	-0,022	0,841
Expresión externa	-0,113	0,307	-0,144	0,196
Expresión interna	-0,171	0,121	<b>-0,225</b>	<b>0,041</b>
Control externo	-0,159	0,152	-0,117	0,293
Control interno	<b>0,224</b>	<b>0,042</b>	0,168	0,130
Índice ira	-0,042	0,707	-0,103	0,354
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Rasgo ira	-0,142	0,202	-0,134	0,228
Temperamento ira	0,092	0,407	0,098	0,380
Reacción ira	-0,166	0,135	-0,124	0,263
Expresión externa	-0,142	0,200	-0,167	0,131
Expresión interna	-0,148	0,183	-0,203	0,066
Control externo	-0,005	0,965	-0,014	0,903
Control interno	0,061	0,584	0,06	0,591
Índice ira	0,022	0,844	-0,003	0,977

En la **tabla 25** se presentan los coeficientes de regresión y sus intervalos de confianza al 95% para valorar la asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en las escalas de ira. Solamente se encontró una relación directa y estadísticamente significativa entre los cambios de atención plena y los cambios en el control interno de la ira tras dos meses de seguimiento ( $b$ =0,79; IC 95%=0,06-

1,51). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas tras cinco meses de intervención.

Tabla 25. Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en la ira tras dos y cinco meses de intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Rasgo ira	-0,14	-0,96 a 0,68	-0,25	-0,96 a 0,47
Temperamento ira	0,16	-0,66 a 0,99	0,01	-0,77 a 0,79
Reacción ira	-0,06	-0,86 a 0,73	0,08	-0,59 a 0,75
Expresión externa	-0,40	-1,17 a 0,37	-0,20	-0,89 a 0,49
Expresión interna	-0,70	-1,58 a 0,19	-0,73	-1,55 a 0,09
Control externo	-0,67	-1,60 a 0,25	-0,71	-1,48 a 0,06
Control interno	<b>0,91</b>	<b>0,04 a 1,78</b>	<b>0,79</b>	<b>0,06 a 1,51</b>
Índice ira	-0,16	-0,98 a 0,66	-0,13	-0,86 a 0,61
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Rasgo ira	-0,52	-1,33 a 0,29	-0,68	-1,39 a 0,04
Temperamento ira	0,33	-0,46 a 1,12	0,04	-0,70 a 0,78
Reacción ira	-0,63	-1,46 a 0,20	-0,62	-1,36 a 0,12
Expresión externa	-0,49	-1,24 a 0,26	-0,40	-1,08 a 0,27
Expresión interna	-0,63	-1,57 a 0,31	-0,72	-1,54 a 0,10
Control externo	-0,02	-1,04 a 1,00	0,08	-0,80 a 0,97
Control interno	0,28	-0,72 a 1,28	0,41	-0,37 a 1,19
Índice ira	0,08	-0,75 a 0,91	-0,08	-0,77 a 0,60

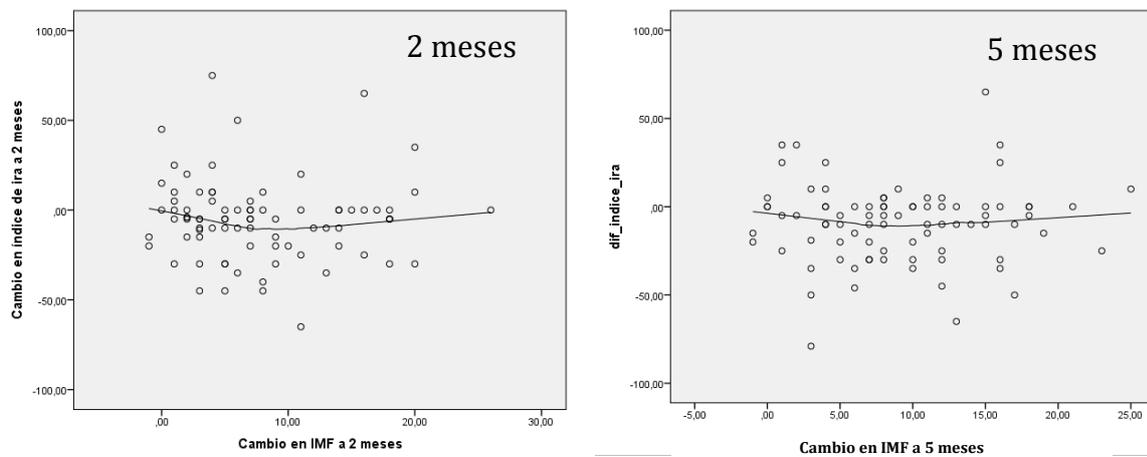
\*Modelo ajustado por valor basal, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación IMF, cuanto cambia cada escala y sub-escala.

IC: Intervalo de confianza.

Las **figura 21** presenta gráficamente cómo se comportaron la variación en las puntuaciones en la atención plena y las variaciones en el índice de ira a dos y cinco meses de seguimiento aplicando un modelo de regresión no paramétrica. No se aprecia una relación importante entre el cambio en ambas variables ni a corto ni a medio plazo.

Figura 21. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en la atención plena y el cambio en el índice de la ira a dos y cinco meses



### 6.3.2.5. Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los componentes de ansiedad

No se encontró correlación entre los cambios de atención plena y los cambios en los diferentes componentes de ansiedad ni a los dos ni a los dos meses de seguimiento (**Tabla 26**). De igual forma, tampoco se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los cambios de atención plena y los cambios en los diferentes componentes de la ansiedad en los análisis de regresión lineal múltiple, indicando la ausencia de una asociación lineal entre ambas variables (**Tabla 27**).

Tabla 26. Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y el cambio en los diferentes componentes de ansiedad tras dos y cinco meses de intervención

	Pearson	p	Rho (Spearman)	p
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Ansiedad total	-0,030	0,786	-0,072	0,520
Ansiedad cognitiva	-0,024	0,830	-0,121	0,275
Ansiedad fisiológica	-0,040	0,717	-0,062	0,580
Ansiedad motora	-0,002	0,988	-0,040	0,717
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Ansiedad total	-0,135	0,225	-0,099	0,371
Ansiedad cognitiva	-0,132	0,235	-0,138	0,214
Ansiedad fisiológica	-0,164	0,139	-0,114	0,306
Ansiedad motora	-0,086	0,440	-0,122	0,270

Tabla 27. Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los diferentes componentes de ansiedad tras dos y cinco meses de intervención

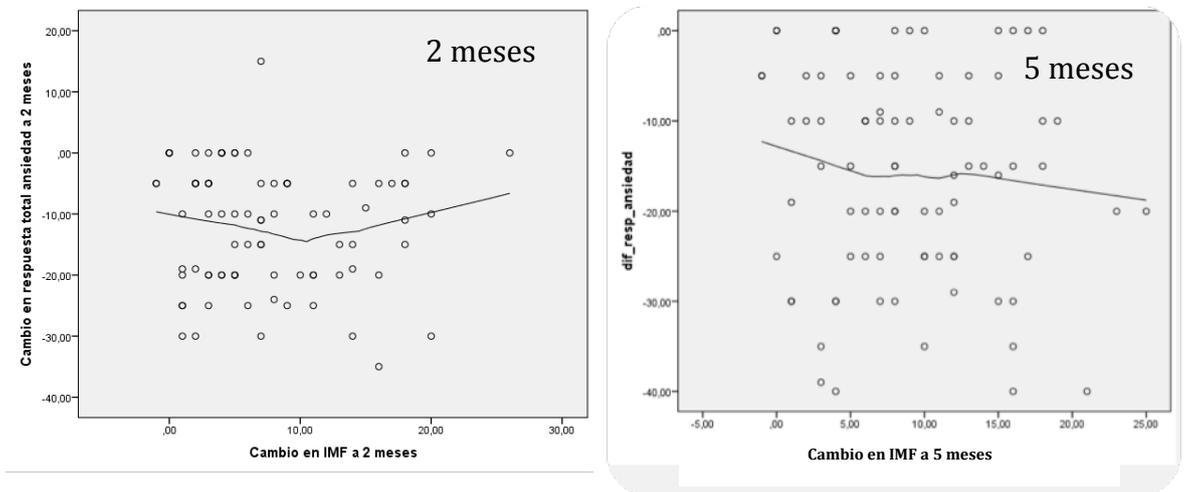
	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Ansiedad total	-0,05	-0,41 a 0,31	-0,18	-0,50 a 0,14
Ansiedad cognitiva	-0,04	-0,45 a 0,36	-0,11	-0,48 a 0,27
Ansiedad fisiológica	-0,07	-0,45 a 0,31	-0,23	-0,58 a 0,12
Ansiedad motora	0	-0,40 a 0,40	-0,07	-0,44 a 0,30
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Ansiedad total	-0,17	-0,60 a 0,26	-0,23	-0,58 a 0,11
Ansiedad cognitiva	-0,26	-0,69 a 0,17	-0,27	-0,64 a 0,11
Ansiedad fisiológica	-0,35	-0,81 a 0,11	-0,44	-0,83 a -0,05
Ansiedad motora	-0,17	-0,62 a 0,27	-0,20	-0,59 a 0,20

\*Modelo ajustado por valor basal, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación IMF, cuanto cambia cada escala y sub-escala.

IC: Intervalo de confianza.

Figura 22. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en la atención plena y el cambio en la respuesta a la ansiedad total a dos y cinco meses



La **figura 22** representa la línea de regresión calculada para determinar la relación entre los cambios de atención plena y los cambios en ansiedad total a los dos y a los cinco meses de intervención. Incrementos en hasta 10 puntos en la atención plena se asociaron con descensos en la puntuación de ansiedad total a

dos meses de intervención. Incrementos superiores a 10 puntos, sin embargo se asociaron con incrementos en los niveles de ansiedad. Cuando se consideró un seguimiento mayor, la relación encontrada fue inversa con descensos en la respuesta a ansiedad total asociados a incrementos en las puntuaciones de atención plena de los participantes.

### 6.3.2.6. Asociación entre los cambios en atención plena y en atención selectiva.

No se encontró correlación ni asociación estadísticamente significativa entre los cambios en atención plena y los cambios en atención selectiva (**Tablas 28 y 29**).

Tabla 28. Coeficientes de correlación de Pearson y Spearman entre los cambios en atención plena y los cambios en atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención

	<b>Pearson</b>	<b>p</b>	<b>Rho (Spearman)</b>	<b>p</b>
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Estabilidad	0,001	0,993	0,094	0,398
Trabajo	-0,022	0,842	0,071	0,521
Concentración	-0,132	0,233	-0,136	0,221
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	-0,078	0,481	0,021	0,852
Trabajo	-0,089	0,423	-0,054	0,625
Concentración	-0,074	0,507	-0,057	0,609

Tabla 29. Asociación entre los cambios en atención plena y los cambios en los diferentes componentes de ansiedad tras dos y cinco meses de intervención

	<b>Crudo</b>		<b>Ajustado*</b>	
	<b>b</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>b</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Estabilidad	0	-0,68 a 0,69	0,20	-0,40 a 0,79
Trabajo	-0,05	-0,59 a 0,48	0,15	-0,36 a 0,65
Concentración	-0,38	-1,02 a 0,25	-0,03	-0,58 a 0,53
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	-0,25	-0,97 a 0,46	-0,02	-0,63 a 0,59
Trabajo	-0,26	-0,90 a 0,38	0,01	-0,57 a 0,58
Concentración	-0,27	-1,07 a 0,54	0,13	-0,55 a 0,80

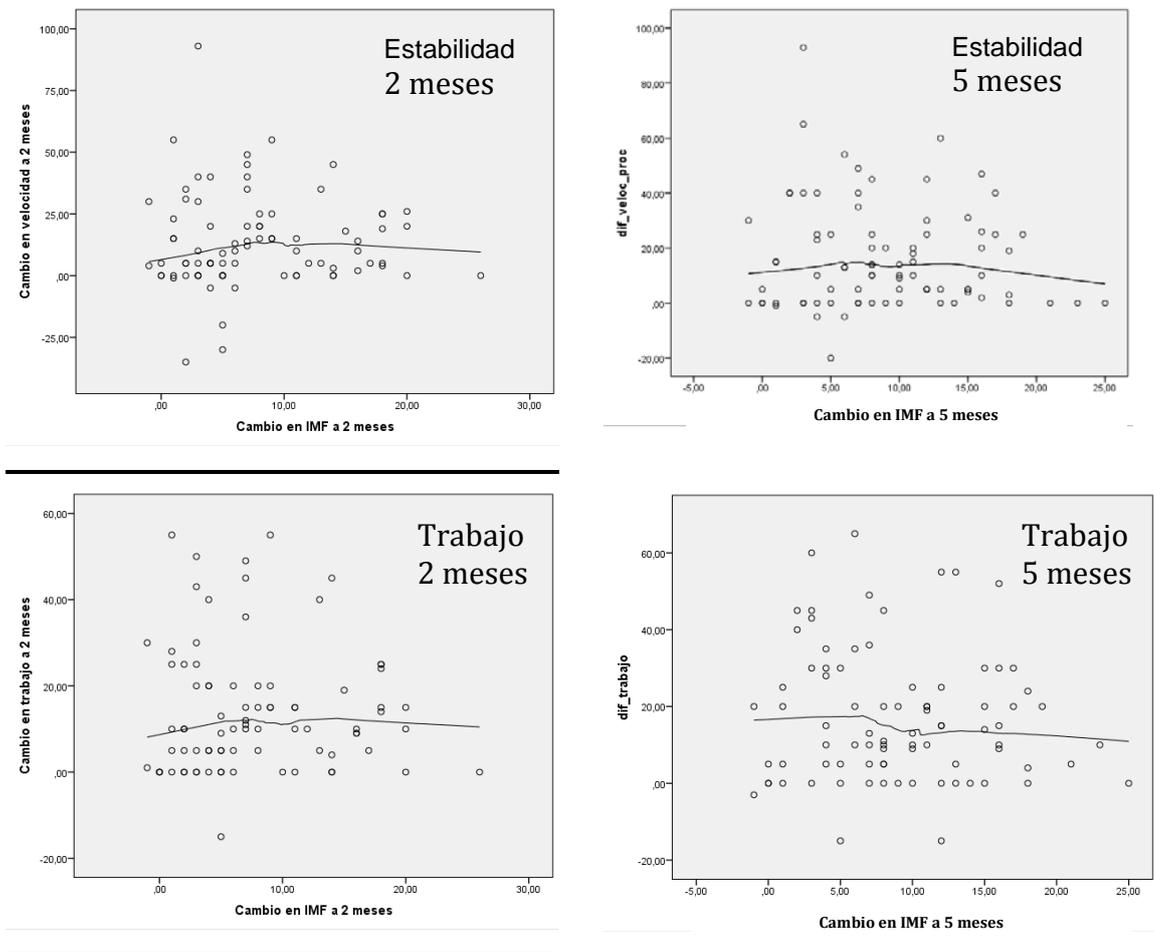
\*Modelo ajustado por valor basal, edad y sexo.

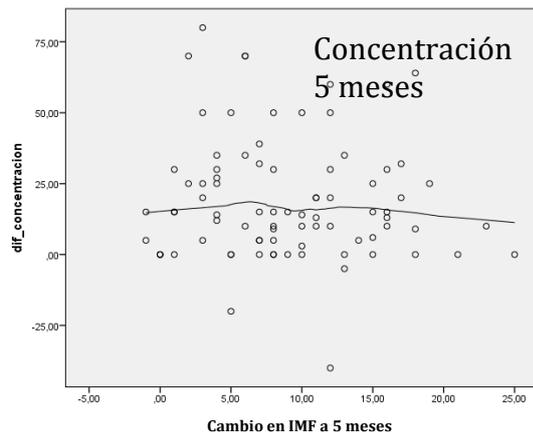
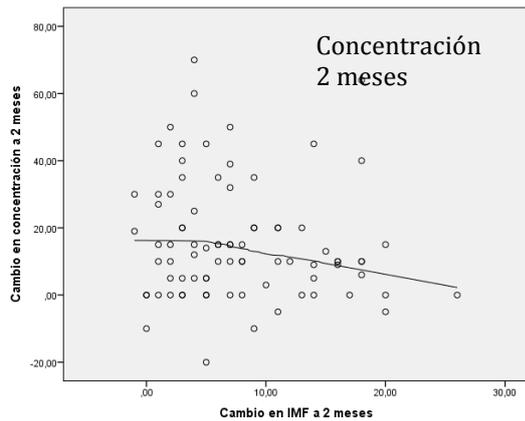
b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación IMF, cuanto cambia cada escala y sub-escala.

IC: Intervalo de confianza.

Las regresiones no paramétricas no sugirieron la existencia de asociación entre variables salvo para los cambios de concentración a dos meses. Los resultados sugieren, al contrario de lo esperable, una relación inversa entre los cambios en atención plena y los cambios en la puntuación de concentración a corto plazo (**figura 23**).

Figura 23. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en la atención plena y el cambio en la atención selectiva





**6.3.2.7. Asociación entre los cambios en ansiedad y los cambios en atención selectiva post-intervención.**

Se valoró la posible asociación entre los cambios de ansiedad y los cambios en atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención. Se consideraron los cambios en las puntuaciones de ansiedad del cuestionario ISRA y del cuestionario LSB-50 como variables independientes.

La **tabla 30** presenta los resultados obtenidos para el análisis de la asociación entre los cambios observados en la puntuación de ansiedad total (ISRA) y los cambios en la puntuación de las diferentes sub-escalas de la atención selectiva. No se encontraron asociaciones significativas en el análisis crudo ni tras el ajuste del modelo por otras variables como la edad, sexo o nivel basal de atención selectiva.

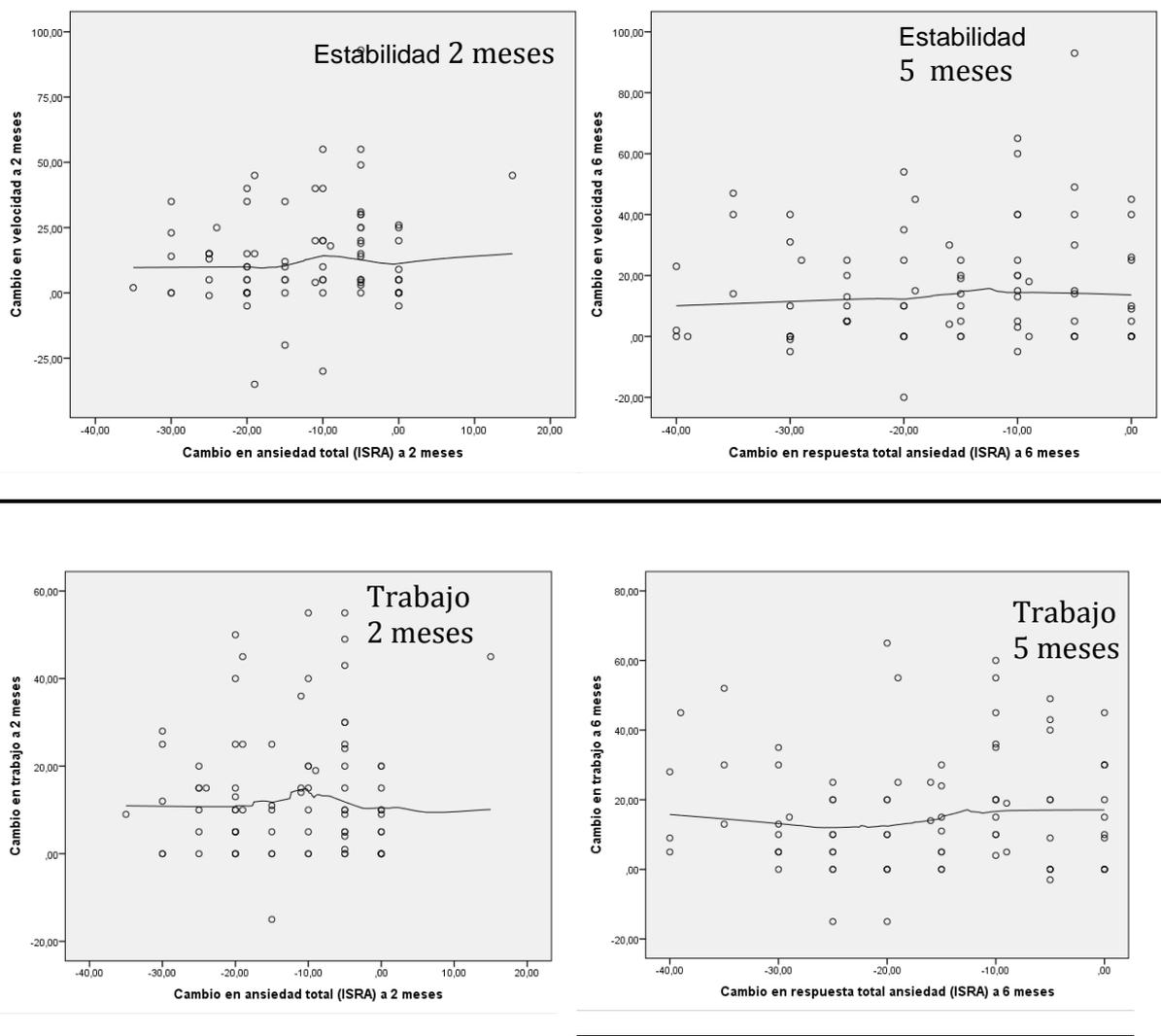
Tabla 30. Asociación entre los cambios en ansiedad total (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Estabilidad	0,26	-0,15 a 0,68	0,14	-0,22 a 0,51
Trabajo	0,10	-0,23 a 0,42	0,06	-0,24 a 0,36
Concentración	0,11	-0,29 a 0,50	0,13	-0,20 a 0,46
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	0,19	-0,17 a 0,56	0,04	-0,28 a 0,36
Trabajo	0,05	-0,28 a 0,38	-0,01	-0,31 a 0,28
Concentración	-0,04	-0,45 a 0,38	-0,02	-0,36 a 0,33

\*Modelo ajustado por valor basal de medida de atención selectiva, edad y sexo.  
 b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación de ansiedad total (ISRA), cuanto cambia cada puntuación en atención selectiva.  
 IC: intervalo de confianza.

Las regresiones no paramétricas tampoco mostraron resultados relevantes. La **figura 24** muestra las gráficas obtenidas para el análisis de los cambios en las puntuaciones de atención selectiva observadas tras dos y cinco meses de implantación del programa según los cambios encontrados en las puntuaciones de respuesta de ansiedad total.

Figura 24. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en la respuesta a ansiedad total y el cambio en la atención selectiva



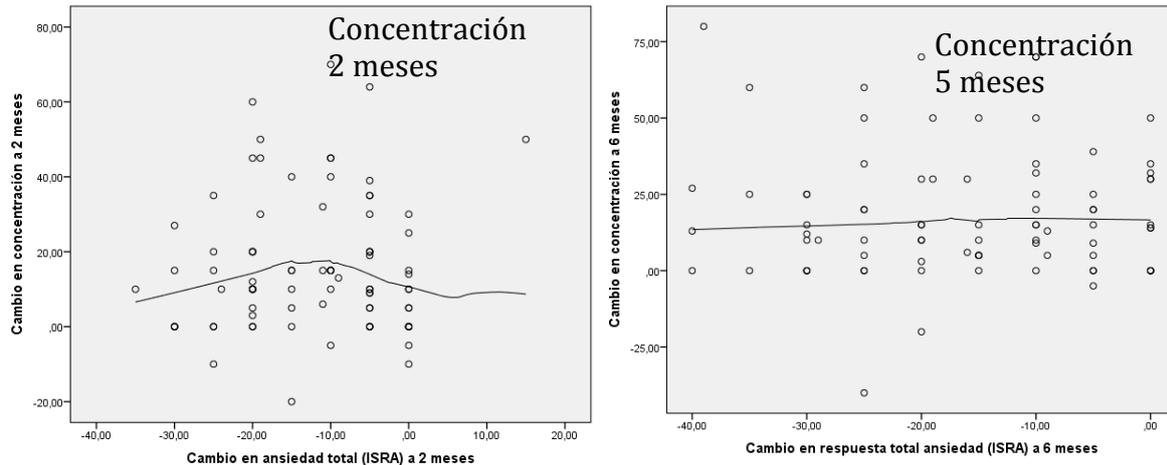


Tabla 31. Asociación entre los cambios en ansiedad cognitiva (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Estabilidad	<b>0,40</b>	<b>0,04 a 0,76</b>	0,25	-0,07 a 0,57
Trabajo	0,08	-0,21 a 0,37	0,03	-0,23 a 0,30
Concentración	-0,02	-0,36 a 0,33	0,01	-0,28 a 0,30
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	0,18	-0,18 a 0,54	0,04	-0,28 a 0,35
Trabajo	0	-0,33 a 0,33	-0,04	-0,33 a 0,25
Concentración	-0,18	-0,59 a 0,23	-0,13	-0,47 a 0,21

\*Modelo ajustado por valor basal de medida de atención selectiva, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación de ansiedad cognitiva (ISRA), cuanto cambia cada puntuación en atención selectiva.

IC: intervalo de confianza.

En las **tablas 31 a 33** se presentan los resultados de los modelos de regresión lineal múltiple para el análisis de la asociación entre los cambios en las puntuaciones de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora y los cambios en las diferentes puntuaciones de atención selectiva. Tampoco se encontraron resultados significativos ni asociaciones de elevada magnitud a excepción del análisis de la asociación entre los cambios de ansiedad cognitiva y los cambios en la estabilidad a dos meses de intervención y únicamente en el análisis crudo sin tener en cuenta el sexo, la edad o la puntuación inicial obtenida por los participantes (b=0,40; IC 95%= 0,04-0,76).

Tabla 32. Asociación entre los cambios en ansiedad fisiológica (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Estabilidad	0,28	-0,12 a 0,67	0,15	-0,20 a 0,50
Trabajo	0,13	-0,18 a 0,44	0,06	-0,23 a 0,35
Concentración	0,20	-0,18 a 0,57	0,14	-0,18 a 0,46
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	0,25	-0,09 a 0,58	0,11	-0,19 a 0,42
Trabajo	0,08	-0,23 a 0,38	0	-0,28 a 0,29
Concentración	0,04	-0,34 a 0,42	0,04	-0,29 a 0,37

\*Modelo ajustado por valor basal de medida de atención selectiva, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación de ansiedad fisiológica (ISRA), cuanto cambia cada puntuación en atención selectiva.

IC: intervalo de confianza.

Tabla 33. Asociación entre los cambios en ansiedad motora (ISRA) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Estabilidad	0,08	-0,29 a 0,46	0,05	-0,28 a 0,38
Trabajo	-0,11	-0,41 a 0,18	-0,08	-0,35 a 0,20
Concentración	-0,22	-0,57 a 0,13	-0,10	-0,40 a 0,20
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	0	-0,35 a 0,35	-0,11	-0,41 a 0,19
Trabajo	-0,20	-0,51 a 0,12	-0,21	-0,49 a 0,07
Concentración	-0,31	-0,70 a 0,09	-0,21	-0,54 a 0,12

\*Modelo ajustado por valor basal de medida de atención selectiva, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación de ansiedad motora (ISRA), cuanto cambia cada puntuación en atención selectiva.

IC: intervalo de confianza.

No se encontraron estadísticamente significativos en el análisis de la asociación entre los cambios de ansiedad medida con el cuestionario LSB-50 y los cambios en atención selectiva (**Tabla 34**).

Tabla 34. Asociación entre los cambios en ansiedad (LSB-50) y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención

	Crudo		Ajustado*	
	b	IC (95%)	b	IC (95%)
<b>Cambios a 2 meses</b>				
Estabilidad	-0,14	-0,36 a 0,08	-0,20	-0,38 a -0,01
Trabajo	-0,04	-0,21 a 0,13	-0,06	-0,22 a 0,10
Concentración	-0,08	-0,29 a 0,12	-0,05	-0,23 a 0,12
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	0,19	-0,17 a 0,56	0,04	-0,28 a 0,36
Trabajo	-0,11	-0,29 a 0,07	-0,08	-0,24 a 0,08
Concentración	-0,04	-0,45 a 0,38	-0,02	-0,36 a 0,33

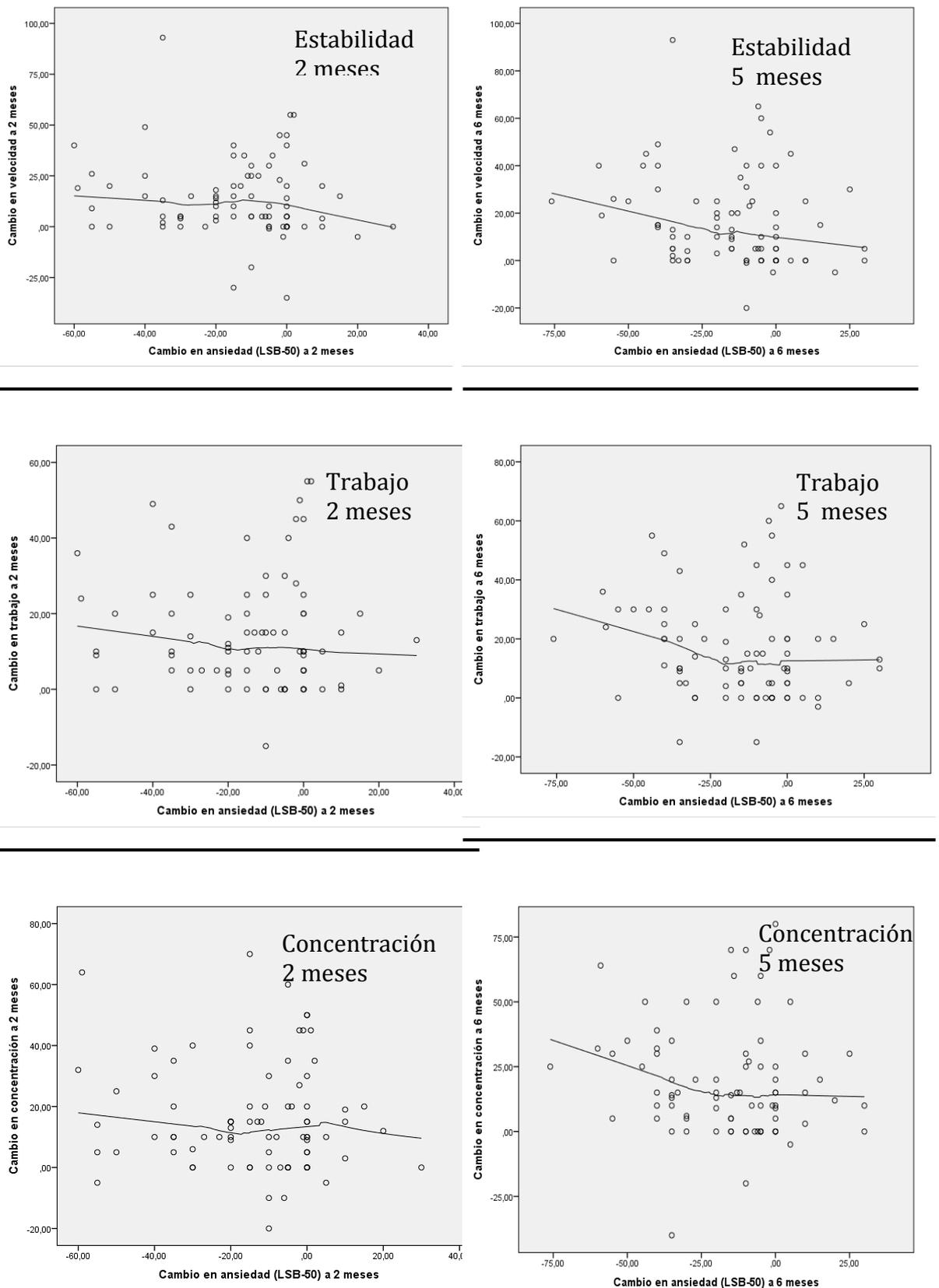
\*Modelo ajustado por valor basal de medida de atención selectiva, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación de ansiedad (LSB-50), cuanto cambia cada puntuación en atención selectiva.

IC: intervalo de confianza.

En la **figura 25** se recogen los resultados de la regresión no paramétrica para valorar la posible relación entre los cambios en la ansiedad recogidos con el cuestionario LSB-50 y los cambios en las puntuaciones de atención selectiva. Mientras que después de dos meses de intervención no se observaron asociaciones relevantes entre ambas variables, sí pareció existir una relación entre los cambios en la ansiedad medidas a través del cuestionario LSB-50 y los cambios en atención selectiva tras cinco meses. Se observó una asociación no lineal con un nivel umbral. Aquellos participantes con disminuciones en el nivel de ansiedad mayores a 25 puntos, presentaron incrementos importantes especialmente en las sub-escalas trabajo y concentración.

Figura 25. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en la respuesta a ansiedad LSB-50 y el cambio en la atención selectiva



**6.3.2.8. Asociación entre los cambios en el índice de ira y los cambios en atención selectiva post-intervención**

En la **tabla 35** se presentan los resultados del análisis de regresión lineal múltiple llevado a cabo para establecer la posible asociación entre los cambios en las puntuaciones del índice de ira y el cambio en las diferentes puntuaciones de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención. No se observó asociación entre dichas variables.

Tabla 35. Asociación entre los cambios en el índice de ira y los cambios en las diferentes escalas de atención selectiva tras dos y cinco meses de intervención

<b>Cambios a 2 meses</b>	<b>Crudo</b>		<b>Ajustado*</b>	
	<b>b</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>b</b>	<b>IC (95%)</b>
Estabilidad	-0,10	-0,28 a 0,09	-0,04	-0,21 a 0,13
Trabajo	-0,06	-0,20 a 0,09	-0,01	-0,15 a 0,13
Concentración	0	-0,18 a 0,17	0,07	-0,08 a 0,22
<b>Cambios a 5 meses</b>				
Estabilidad	-0,11	-0,30 a 0,08	-0,06	-0,23 a 0,10
Trabajo	-0,08	-0,25 a 0,09	-0,02	-0,17 a 0,14
Concentración	-0,10	-0,32 a 0,11	0,01	-0,17 a 0,20

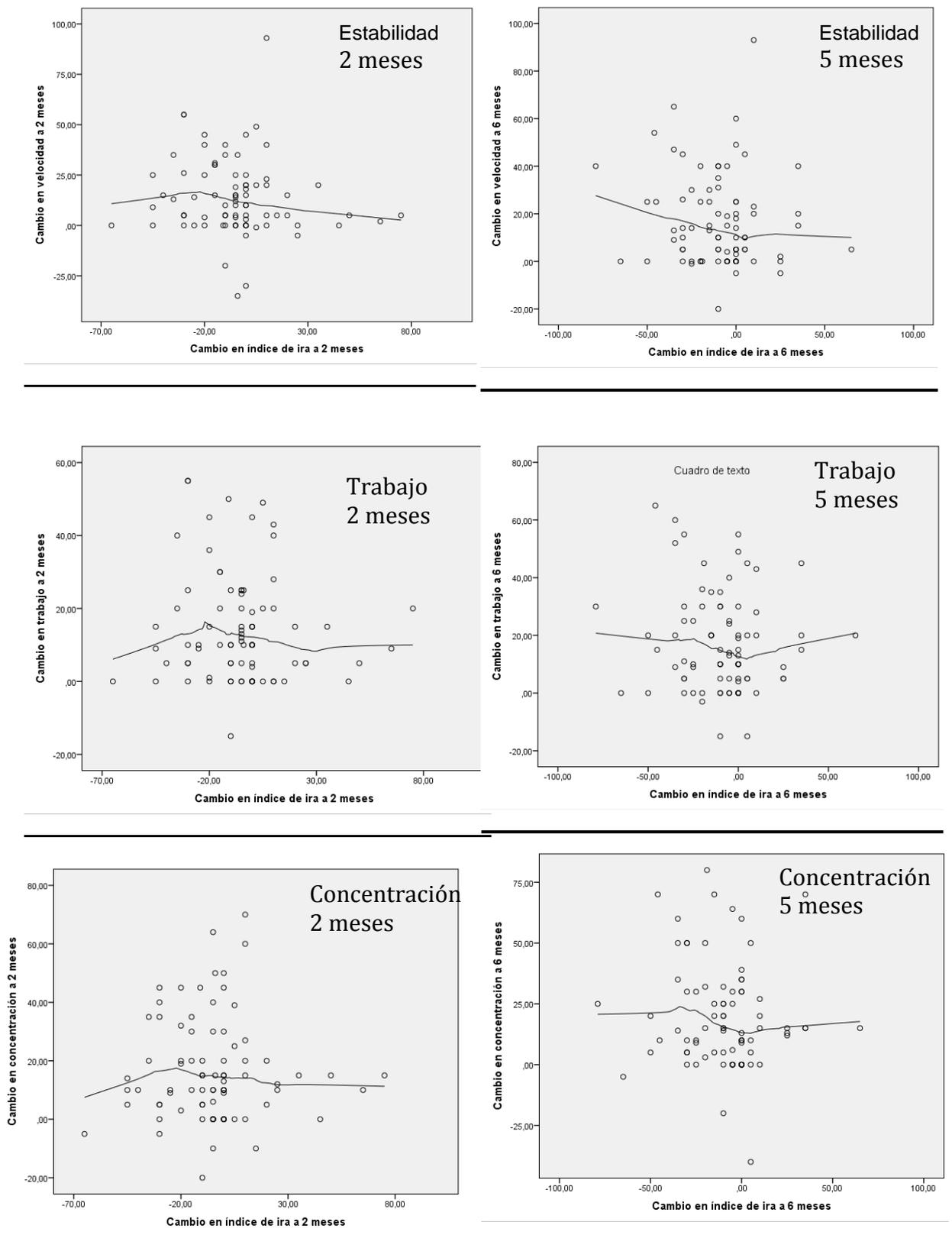
\*Modelo ajustado por valor basal de medida de atención selectiva, edad y sexo.

b: Coeficiente de regresión. Por cada unidad de cambio tras intervención en puntuación de la ira, cuanto cambia cada puntuación en atención selectiva.

IC: intervalo de confianza.

Tampoco se observó una relación clara en los análisis de regresión no paramétrica a dos meses de seguimiento. Tras cinco meses de implantación del programa, se observó que aquellos participantes que disminuyeron su índice de ira con el programa, incrementaron su puntuación en estabilidad y concentración.

Figura 26. Regresión no paramétrica para valorar el tipo de asociación entre el cambio en el índice de ira y el cambio en la atención selectiva



**6.3.3. Asociaciones entre las actividades prácticas del programa y los cambios en las diferentes variables**

Se analizan las asociaciones entre las principales características del programa y los cambios en las puntuaciones de malestar psicológico, ira, diferentes componentes de ansiedad, atención selectiva y atención plena tras la intervención.

**6.3.3.1. Relación entre actividades prácticas y cambios en malestar psicológico**

Se produjo un descenso significativo en la puntuación de severidad a los dos meses (**Tabla 36**) y a los cinco meses desde la implantación del programa (**Tabla 37**), aunque estos descensos medios en las puntuaciones no difirieron significativamente según las características del programa. Sin embargo, deben resaltarse los resultados obtenidos para la asociación entre el número de sesiones (< 7 vs. 7 o más) y la reducción en las puntuaciones de severidad tanto a los dos meses (-7,7 puntos de descenso con <7 asistencias vs. -18 puntos de descenso con 7 o más; p=0,129) como a los cinco meses (-8,7 vs.-21,3 puntos de descenso; p=0,064).

Tabla 36. Cambio medio e IC 95% en los niveles de severidad a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

<b>Cambios en severidad</b>	<b>Media</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P ANCOVA</b>
Tipo de programa			0,614
Sentada	-13,5	-57,9 a 31,0	
Informal	-25,5	-44,1 a -6,9	
Combinada	-16,1	-22,1 a -10,1	
Nº de asistencias			0,129
<7	-7,7	-20,7 a 5,2	
7 o más	-18,0	-24,0 a -12,0	
Tiempo diario			0,549
1-15 min	-18,6	-25,5 a -11,8	
16-30 min	-12,8	-22,0 a -3,6	
31-45 min	-16,6	-47,5 a 14,4	
Días de práctica			0,151
4	5,29	-16,7 a 27,3	
5	-18,44	-27,7 a -9,2	
6	-25,76	-43,9 a -7,6	
7	-16,16	-22,9 a -9,5	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de severidad.  
IC: Intervalo de confianza.

Tabla 37. Cambio medio e IC 95% en los niveles de severidad a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en severidad	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,473
Sentada	-17,3	-62,2 a 27,6	
Informal	-30,8	-49,7 a -12,0	
Combinada	-19,0	-25,0 a -12,9	
Nº de asistencias			0,064
<7	-8,7	-21,8 a 4,3	
7 o más	-21,3	-27,4 a -15,3	
Tiempo diario promedio**			0,936
Promedio 7,5 min	-16,7	-27,5 a -5,9	
Promedio 15 min	-19,4	-29,4 a -9,3	
Promedio 22,5 min	-23,6	-35,4 a -11,8	
Promedio 30 min	-19,3	-29,7 a -8,9	
Promedio 45 min	-21,4	-47,1 a 4,3	
Días promedio de práctica**			0,641
<5	-17,5	-33,7 a -1,4	
5-6	-16,9	-25,6 a -8,2	
7	-21,8	-29,1 a -14,5	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de severidad.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

No se encontró una diferencia significativa según el tipo de práctica, el nº de asistencias, el tiempo diario de práctica o los días de práctica en el cambio en el número de síntomas a dos y cinco meses de intervención (**Tablas 38 y 39**).

Tabla 38. Cambio medio e IC 95% en el número de síntomas a dos meses de intervención según las actividades prácticas

Cambio en nº de síntomas	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			0,748
Sentada	-6,8	-49,6 a 36,0	
Informal	-20,5	-39,1 a -1,9	
Combinada	-14,0	-19,8 a -8,2	
Nº de asistencias			0,664
<7	-11,9	-24,6 a 0,9	
7 o más	-14,7	-20,6 a -8,8	
Tiempo diario			0,166
1-15 min	-17,8	-24,3 a -11,2	
16-30 min	-9,0	-17,8 a -0,2	
31-45 min	-2,4	-32,0 a 27,1	
Días de práctica			0,257
4	-2,4	-23,8 a 19,0	
5	-19,4	-28,4 a -10,4	
6	-21,9	-39,7 a -4,1	
7	-12,0	-18,6 a -5,5	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de número de síntomas.

IC: Intervalo de confianza.

Tabla 39. Cambio medio e IC 95% en el número de síntomas a cinco meses de intervención según las actividades prácticas

Cambio en número de síntomas	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,797
Sentada	-8,2	-53,8 a 37,3	
Informal	-21,8	-41,6 a -2,1	
Combinada	-16,0	-22,2 a -9,9	
Nº de asistencia			0,426
<7	-11,4	-24,9 a 2,1	
7 o más	-17,0	-23,3 a -10,8	
Tiempo diario promedio**			0,490
Promedio 7,5 min	-21,1	-31,9 a -10,3	
Promedio 15 min	-15,8	-25,9 a -5,8	
Promedio 22,5 min	-21,2	-33,0 a -9,3	
Promedio 30 min	-13,0	-23,4 a -2,6	
Promedio 45 min	0,2	-25,4 a 25,8	
Días promedio de práctica**			0,449
<5	-25,9	-42,1 a -9,7	
5-6	-15,2	-24,0 a -6,3	
7	-15,9	-23,3 a -8,6	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de número de síntomas

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

Se encontró una asociación significativa entre el número de asistencia de los participantes y los cambios en las puntuaciones de intensidad de síntomas tanto a los dos meses como a los cinco meses de seguimiento. Aquellos participantes que presentaban 7 o más asistencia reducían la puntuación de intensidad de síntomas de forma significativa (reducción media=-13,1 puntos; IC 95%=-17,7 a -8,4 puntos), mientras que no se producían cambios significativos en dicha puntuación para aquellos que asistían a menos de 7 sesiones (**Tabla 40**). El resultado fue similar en tras cinco meses desde la implantación del programa (**Tabla 41**) con diferencias significativas en las reducciones de esta sub-escala entre aquellos con menor y mayor número de asistencia a las sesiones ( $p=0,002$ ).

Tabla 40. Cambio medio e IC 95% en la intensidad de síntomas a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en intensidad de síntomas	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			0,936
Sentada	-16,7	-16,0 a -6,4	
Informal	-9,7	-24,4 a 5,0	
Combinada	-11,2	-16,0 a -6,4	
Nº de asistencias			<b>0,003</b>
<7	2,6	-7,4 a 12,7	
7 o más	-13,1	-17,7 a -8,4	
Tiempo diario			0,104
1-15 min	-11,7	-17,0 a -6,3	
16-30 min	-7,4	-14,6 a -0,2	
31-45 min	-33,8	-57,9 a -9,7	
Días de práctica			0,129
4	7,4	-10,1 a 24,9	
5	-11,1	-18,4 a -3,7	
6	-18,7	-33,0 a -4,4	
7	-11,3	-16,7 a -6,0	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de intensidad de síntomas.

IC: Intervalo de confianza.

Tabla 41. Cambio medio e IC 95% en la intensidad de los síntomas a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en la intensidad de los síntomas a cinco meses	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,880
Sentada	-21,2	-59,8 a 17,3	
Informal	-10,7	-26,5 a 5,2	
Combinada	-11,8	-17,0 a -6,6	
Nº de asistencias			<b>0,002</b>
<7	3,7	-7,2 a 14,5	
7 o más	-14,0	-18,9 a -9,0	
Tiempo diario promedio**			0,415
Promedio 7,5 min	-6,4	-15,5 a 2,	
Promedio 15 min	-17,8	-26,2 a -9,3	
Promedio 22,5 min	-9,8	-19,7 a 0,0	
Promedio 30 min	-11,9	-20,6 a -3,2	
Promedio 45 min	-12,9	-34,3 a 8,5	
Días promedio de práctica**			0,500
<5	-4,9	-18,6 a 8,7	
5-6	-13,6	-21,0 a -6,2	
7	-11,5	-17,7 a -5,4	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de intensidad de síntomas

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención

**6.3.3.2. Relación entre actividades prácticas y cambios en los diferentes componentes de ansiedad**

En la **tabla 42** pueden observarse los resultados de los modelos lineales generalizados aplicados para valorar la asociación entre diferentes características del programa y los cambios en la ansiedad total medida a través del cuestionario ISRA después de dos meses de intervención. Tanto el número de asistencias como los días de práctica dedicados al programa se asociaron significativamente con los cambios en la ansiedad total observándose mayores reducciones en las puntuaciones de esta sub-escala para aquellos que acudieron a 7 o más sesiones ( $p=0,022$ ) y para los participantes que practicaban el programa a diario ( $p=0,039$ ).

Tabla 42. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad total a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

<b>Cambio en ansiedad total</b>	<b>Media</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P ANCOVA</b>
Tipo de programa			0,796
Sentada	-11,3	-28,2 a 5,5	
Informal	-15,3	-22,2 a -8,3	
Combinada	-12,9	-15,2 a -10,7	
Nº de asistencias			<b>0,022</b>
<7	-8,0	-12,9 a -3,2	
7 o más	-13,8	-16,1 a -11,6	
Tiempo diario			0,108
1-15 min	-12,1	-14,7 a -9,5	
16-30 min	-15,8	-19,23 a -12,3	
31-45 min	-7,0	-18,6 a 4,7	
Días de práctica			<b>0,039</b>
4	-2,3	-10,5 a 5,9	
5	-12,8	-16,3 a -9,4	
6	-10,1	-17,0 a -3,3	
7	-14,0	-16,5 a -11,5	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad total.

IC: Intervalo de confianza.

Cuando el análisis fue repetido tras cinco meses de aplicación del programa, se encontró una importante reducción en las puntuaciones de ansiedad total para aquellos que llevaban a cabo la práctica sentados, que habían acudido a 7 o más sesiones del programa, para los participantes que dedicaban más minutos a la práctica diaria del programa o lo practicaban a diario. En todos los casos la

asociación entre cada característica del programa y los cambios en ansiedad total fue estadísticamente significativa (**Tabla 43**).

Tabla 43. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad total a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en ansiedad total	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			<b>0,026</b>
Sentada	-40,2	-57,6 a -22,9	
Informal	-21,1	-28,2 a -14,0	
Combinada	-17,6	-20,0 a -15,3	
Nº de asistencias			<b>0,002</b>
<7	-10,9	-16,0 a -5,8	
7 o más	-19,0	-21,4 a -16,7	
Tiempo diario promedio**			<b>0,019</b>
Promedio 7,5 min	-12,4	-16,5 a -8,3	
Promedio 15 min	-18,0	-21,9 a -14,2	
Promedio 22,5 min	-19,4	-24,0 a -14,7	
Promedio 30 min	-21,3	-25,2 a -17,4	
Promedio 45 min	-20,1	-30,0 a -10,1	
Días promedio de práctica**			<b>0,041</b>
<5	-13,7	-19,9 a -7,6	
5-6	-15,6	-19,0 a -12,2	
7	-20,0	-22,9 a -17,2	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad total.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

Con respecto a la relación entre las características del programa y los cambios en la ansiedad cognitiva a dos meses de seguimiento, solo se obtuvieron diferencias importantes de acuerdo al número de asistencias (con reducciones más importantes en las puntuaciones para aquellos con 7 o más asistencias a las sesiones) y para los participantes que dedicaban más días de práctica semanal. Sin embargo, los valores p obtenidos a través del análisis de la covarianza (ANCOVA) para valorar la diferencia entre los cambios en ansiedad cognitiva según el número de asistencias y los días de práctica no resultó en ninguno de los dos casos estadísticamente significativo (**Tabla 44**).

Tabla 44. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad cognitiva a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en ansiedad cognitiva	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			0,942
Sentada	-11,2	-31,0 a 8,5	
Informal	-14,4	-22,5 a -6,3	
Combinada	-13,2	-15,9 a -10,5	
Nº de asistencias			0,074
<7	-8,6	-14,4 a -2,9	
7 o más	-14,0	-16,6 a -11,3	
Tiempo diario			0,827
1-15 min	-12,9	-16,0 a -9,8	
16-30 min	-14,3	-18,4 a -10,2	
31-45 min	-11,9	-25,8 a 2,0	
Días de práctica			0,180
4	-5,8	-15,6 a 4,0	
5	-10,9	-15,0 a -6,8	
6	-12,9	-21,2 a -4,7	
7	-14,8	-17,8 a -11,8	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad cognitiva.  
 IC: Intervalo de confianza

Parecidos resultados se obtuvieron en el análisis a cinco meses de intervención. En este caso, además, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo diario promedio empleado en la práctica y el descenso en las puntuaciones de ansiedad cognitiva ( $p=0,011$ ) con mayores descensos para aquellos participantes que practicaban más de 22,5 minutos diarios (**Tabla 45**).

Tabla 45. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad cognitiva a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en ansiedad cognitiva	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,822
Sentada	-22,1	-41,8 a -2,5	
Informal	-18,0	-26,1 a -9,9	
Combinada	-16,7	-19,3 a -14,0	
Nº de asistencias			0,143
<7	-12,9	-18,7 a -7,2	
7 o más	-17,4	-20,0 a -14,7	
Tiempo diario promedio**			<b>0,011</b>
Promedio 7,5 min	-10,0	-14,4 a -5,6	
Promedio 15 min	-18,0	-22,1 a -13,8	
Promedio 22,5 min	-18,8	-23,8 a -13,9	
Promedio 30 min	-18,8	-23,1 a -14,6	
Promedio 45 min	-21,5	-32,2 a -10,8	
Días promedio de práctica**			0,064
<5	-15,3	-22,1 a -8,5	
5-6	-13,7	-17,4 a -10,0	
7	-18,9	-22,1 a -15,8	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad cognitiva.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

En las **tablas 46 y 47** se presentan los resultados para el análisis de la asociación entre las características del programa y los cambios en las puntuaciones de ansiedad fisiológica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni tras dos meses ni tras cinco meses de implantación del programa. Sin embargo, pueden observarse descensos más pronunciados en la puntuación de ansiedad fisiológica a tres meses de seguimiento cuando el tipo de práctica era sentada (reducción media: -24,9 puntos; IC 95%=-45,6 a -4,3 puntos) y se practicaba todos los días de la semana (reducción media=-20,3 puntos; IC 95%=-23,6 a -17,0 puntos).

Con respecto al análisis de la reducción en la puntuación de ansiedad motora, no se encontraron diferencias significativas en la respuesta tras dos meses de seguimiento (**Tabla 48**) pero se destacan algunos resultados obtenidos tras cinco meses de implantación del programa. Tanto el tipo de práctica como el número de sesiones de asistencia de los participantes se asociaron con diferencias en la

reducción de puntuaciones de este componente de la ansiedad (valores p de ANCOVA=0,017 y 0,007 respectivamente). De hecho, se observó una mayor reducción de puntuación en aquellos participantes cuya práctica era sentada (reducción media=-40,0 puntos; IC 95%=-59,2 a -20,7 puntos) y cuando el número de asistencias era 7 o superior (reducción media=-13,5 puntos; IC 95%=-16,1 a -10,8 puntos) (**Tabla 49**).

Tabla 46. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad fisiológica a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

<b>Cambio en ansiedad fisiológica</b>	<b>Media</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P ANCOVA</b>
Tipo de programa			0,885
Sentada	-16,7	-35,1 a 1,7	
Informal	-15,1	-22,7 a -7,5	
Combinada	-13,6	-16,1 a -11,1	
Nº de asistencias			0,581
<7	-12,4	-17,8 a -6,9	
7 o más	-13,9	-16,5 a -11,4	
Tiempo diario			0,304
1-15 min	-12,9	-15,8 a -10,0	
16-30 min	-16,0	-19,8 a -12,1	
31-45 min	-9,0	-21,8 a 3,7	
Días de práctica			0,148
4	-4,6	-13,8 a 4,5	
5	-14,6	-18,5 a -10,8	
6	-10,0	-17,5 a -2,5	
7	-14,2	-16,9 a -11,4	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad fisiológica.  
IC: Intervalo de confianza.

Tabla 47. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad fisiológica a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en ansiedad fisiológica	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,492
Sentada	-24,9	-45,6 a -4,3	
Informal	-22,4	-30,9 a -13,9	
Combinada	-18,0	-20,8 a -15,2	
Nº de asistencias			0,338
<7	-15,6	-21,8 a -9,5	
7 o más	-18,7	-21,5 a -15,9	
Tiempo diario promedio**			0,543
Promedio 7,5 min	-15,2	-20,2 a -10,3	
Promedio 15 min	-18,3	-22,9 a -13,6	
Promedio 22,5 min	-17,6	-23,1 a -12,1	
Promedio 30 min	-21,1	-25,9 a -16,3	
Promedio 45 min	-19,9	-31,8 a -8,0	
Días promedio de práctica**			0,120
<5	-17,6	-24,9 a -10,4	
5-6	-15,3	-19,3 a -11,3	
7	-20,3	-23,6 a -17,0	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad fisiológica.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

Tabla 48. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad motora a dos meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en ansiedad motora	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			0,633
Sentada	-2,3	-21,6 a 17,0	
Informal	-10,8	-18,8 a -2,8	
Combinada	-7,6	-10,2 a -5,0	
Nº de asistencias			0,128
<7	-3,8	-9,5 a 1,9	
7 o más	-8,3	-11,0 a -5,7	
Tiempo diario			0,978
1-15 min	-7,9	-10,9 a -4,8	
16-30 min	-7,5	-11,5 a -3,4	
31-45 min	-8,8	-22,3 a 4,8	
Días de práctica			0,06
4	1,1	-8,4 a 10,6	
5	-10,7	-14,7 a -6,7	
6	-3,9	-11,7 a 4,0	
7	-7,3	-10,2 a -4,4	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad motora.

IC: Intervalo de confianza.

Tabla 49. Cambio medio e IC 95% en los niveles de ansiedad motora a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en ansiedad motora	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			<b>0,017</b>
Sentada	-40,	-59,2 a -20,7	
Informal	-13,8	-21,8 a -5,8	
Combinada	-12,2	-14,8 a -9,6	
Nº de asistencias			<b>0,007</b>
<7	-5,3	-11,1 a 0,4	
7 o más	-13,5	-16,1 a -10,8	
Tiempo diario promedio**			0,587
Promedio 7,5 min	-9,5	-14,3 a -4,7	
Promedio 15 min	-11,9	-16,3 a -7,4	
Promedio 22,5 min	-14,8	-20,1 a -9,4	
Promedio 30 min	-13,5	-18,2 a -8,9	
Promedio 45 min	-13,9	-25,3 a -2,5	
Días promedio de práctica**			0,335
<5	-7,5	-14,6 a -0,5	
5-6	-12,4	-16,3 a -8,6	
7	-13,1	-16,3 a -9,8	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de ansiedad motora.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

### 6.3.3.3. Relación entre actividades prácticas y cambios en los componentes de la atención selectiva

En las **tablas 50 y 51** se muestran los resultados para el análisis en los cambios de estabilidad (VAR) tras la implantación del programa (2 y 5 meses) de acuerdo a las características principales del programa. Aunque en general se encontraron incrementos significativos en la puntuación de esta sub-escala en cada grupo de sujetos, estos incrementos no difirieron según las características del programa. No se encontraron asociaciones significativas ni a corto (tras dos meses) ni a medio plazo (tras cinco meses de programa).

Tabla 50. Cambio medio e IC 95% en VAR a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en VAR	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			0,431
Sentada	25,0	-6,0 a 56,0	
Informal	6,6	-6,2 a 19,4	
Combinada	13,6	9,4 a 17,8	
Nº de asistencias			0,522
<7	10,4	1,1 a 19,8	
7 o más	13,6	9,3 a 17,9	
Tiempo diario			0,382
1-15 min	14,8	9,9 a 19,6	
16-30 min	11,2	4,7 a 17,8	
31-45 min	2,1	-19,6 a 23,8	
Días de práctica			0,283
4	3,4	-12,2 a 19,1	
5	16,9	10,2 a 23,5	
6	7,8	-5,1 a 20,8	
7	12,6	7,8 a 17,3	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de estabilidad.  
IC: Intervalo de confianza.

Tabla 51. Cambio medio e IC 95% en VAR a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en estabilidad	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,201
Sentada	30,5	-0,1 a 61,1	
Informal	6,4	-6,3 a 19,0	
Combinada	16,3	12,2 a 20,5	
Nº de asistencias			0,127
<7	9,3	0,1 a 18,5	
7 o más	16,6	12,4 a 20,9	
Tiempo diario promedio**			0,127
Promedio 7,5 min	18,0	10,7 a 25,2	
Promedio 15 min	16,5	9,8 a 23,2	
Promedio 22,5 min	17,3	9,3 a 25,3	
Promedio 30 min	17,6	10,6 a 24,6	
Promedio 45 min	-7,1	-24,4 a 10,2	
Días promedio de práctica**			0,146
<5	8,0	-2,9 a 18,8	
5-6	18,9	13,0 a 24,9	
7	14,7	9,7 a 19,6	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de estabilidad.  
IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

Las tablas **52 y 53** recogen los resultados obtenidos para el análisis de los cambios en la atención selectiva de efectividad en el trabajo (TOT) tras dos y cinco meses de seguimiento del programa, respectivamente. No se encontraron

diferencias estadísticamente significativas según tipo de práctica, nº de asistencias, tiempo diario de dedicación o días de práctica semanal. Sin embargo, es resaltable la mejoría en la puntuación de trabajo observada tras cinco meses de implantación entre aquellos participantes que realizaban la práctica de forma sentada (mejoría media en torno a los 31,9 puntos y estadísticamente significativa).

Tabla 52. Cambio medio e IC 95% en TOT a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas

<b>Cambio en TOT 2 meses</b>	<b>Media</b>	<b>IC 95%</b>	<b>P ANCOVA</b>
Tipo de programa			0,357
Sentada	27,0	1,3 a 52,7	
Informal	8,6	-2,0 a 19,2	
Combinada	14,3	10,8 a 17,8	
Nº de asistencias			0,226
<7	9,6	1,7 a 17,5	
7 o más	14,6	11,0 a 18,1	
Tiempo diario			0,602
1-15 min	14,8	10,7 a 18,8	
16-30 min	13,3	7,9 a 18,8	
31-45 min	5,9	-12,2 a 23,9	
Días de práctica			0,08
4	2,1	-10,8 a 14,9	
5	17,5	12,0 a 22,9	
6	8,2	-2,3 a 18,8	
7	13,6	9,7 a 17,5	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de trabajo.  
IC: Intervalo de confianza.

Tabla 53. Cambio medio e IC 95% en TOT a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en TOT a 5 meses	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,299
Sentada	31,9	3,1 a 60,7	
Informal	10,0	-1,9 a 21,9	
Combinada	17,2	13,3 a 21,1	
Nº de asistencias			0,099
<7	10,1	1,3 a 18,9	
7 o más	17,7	13,7 a 21,6	
Tiempo diario promedio**			0,400
Promedio 7,5 min	17,8	10,9 a 24,7	
Promedio 15 min	16,4	10,0 a 22,8	
Promedio 22,5 min	19,1	11,5 a 26,7	
Promedio 30 min	18,4	11,8 a 25,0	
Promedio 45 min	1,1	-15,3 a 17,6	
Días promedio de práctica**			0,247
<5	9,0	-1,2 a 19,2	
5-6	18,2	12,5 a 23,8	
7	16,8	12,1 a 21,5	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de trabajo.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

Los resultados para el análisis de la concentración se presentan en las **tablas 54 y 55**. Únicamente se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de días dedicados a la práctica y los cambios en la concentración a dos meses de seguimiento (**Tabla 54**). Después de cinco meses de intervención, ninguna de las variables estudiadas se asoció con diferencias significativas en los cambios de en concentración (**Tabla 55**).

Tabla 54. Cambio medio e IC 95% en CON a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en CON	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			1
Sentada	15,9	-12,6 a 44,3	
Informal	15,9	4,2 a 27,7	
Combinada	16,0	12,2 a 19,9	
Nº de asistencias			
<7	12,7	4,0 a 21,5	0,418
7 o más	16,4	12,6 a 20,3	
Tiempo diario			0,557
1-15 min	17,2	12,8 a 21,7	
16-30 min	14,3	8,4 a 20,2	
31-45 min	9,6	-10,1 a 29,4	
Días de práctica			<b>0,022</b>
4	8,6	-5,3 a 22,4	
5	21,8	15,9 a 27,7	
6	5,5	-5,7 a 16,8	
7	14,9	10,7 a 19,1	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de concentración.  
IC: Intervalo de confianza.

Tabla 55. Cambio medio e IC 95% en CON a cinco meses de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en CON 5 meses	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,747
Sentada	30,7	-3,4 a 64,7	
Informal	16,4	2,4 a 30,5	
Combinada	18,6	14,0 a 23,2	
Nº de asistencias			0,291
<7	13,4	2,9 a 23,9	
7 o más	19,2	14,5 a 23,8	
Tiempo diario promedio**			0,487
Promedio 7,5 min	21,3	13,2 a 29,4	
Promedio 15 min	15,0	7,5 a 22,6	
Promedio 22,5 min	21,5	12,5 a 30,4	
Promedio 30 min	20,2	12,4 a 27,9	
Promedio 45 min	7,4	-11,8 a 26,5	
Días promedio de práctica**			0,529
<5	12,4	0,4 a 24,5	
5-6	17,9	11,3 a 24,6	
7	19,6	14,1 a 25,1	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de concentración.  
IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

### 6.3.3.4. Relación entre actividades prácticas y cambios en el índice de la ira

Los cambios en el índice de la ira a dos meses de intervención fueron variables según las diferentes características analizadas. En el análisis a dos meses no se produjo un cambio significativo en este parámetro en ninguna de las categorías de las variables analizadas (**Tabla 56**).

Tabla 56. Cambio medio e IC 95% en índice de ira a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en índice de ira	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			
Sentada	-4,3	-42,8 a 34,2	0,625
Informal	5,0	-10,8 a 20,8	
Combinada	-2,9	-8,1 a 2,3	
Nº de asistencias			
<7	5,5	-5,8 a 16,8	0,127
7 o más	-3,5	-8,8 a 1,7	
Tiempo diario			0,174
1-15 min	-2,8	-8,7 a 3,2	
16-30 min	-4,5	-12,4 a 3,4	
31-45 min	21,9	-4,5 a 48,3	
Días de práctica			0,845
4	4,4	-15,4 a 24,2	
5	-1,0	-9,3 a 7,2	
6	-0,3	-16,3 a 15,8	
7	-3,6	-9,6 a 2,4	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de índice de ira.  
IC: Intervalo de confianza.

Cuando se consideraron cinco meses como periodo de seguimiento, tanto el número de sesiones a las que había acudido el participante ( $p=0,048$ ) como el tiempo promedio dedicado a la práctica ( $p=0,017$ ) se asociaron a diferencias significativas en la variación de la ira. Debe destacarse que se produjo un descenso significativo en este parámetro (reducción media de -8,8 puntos; IC 95%=-13,6 a -4,1) para aquellos que habían acudido en 7 o más ocasiones a las sesiones (**Tabla 57**).

Tabla 57. Cambio medio e IC 95% en índice de ira a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en índice de ira	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,787
Sentada	-14,2	-49,4 a 21,0	
Informal	-3,4	-17,8 a 11,1	
Combinada	-7,7	-12,5 a -3,0	
Nº de asistencias			<b>0,048</b>
<7	1,7	-8,5 a 11,9	
7 o más	-8,8	-13,6 a -4,1	
Tiempo diario promedio**			<b>0,017</b>
Promedio 7,5 min	-6,2	-14,1 a 1,7	
Promedio 15 min	-5,9	-13,3 a 1,5	
Promedio 22,5 min	-8,1	-16,9 a 0,6	
Promedio 30 min	-16,0	-23,6 a -8,4	
Promedio 45 min	17,3	-1,5 a 36,1	
Días promedio de práctica**			0,296
<5	-3,1	-15,4 a 9,3	
5-6	-4,3	-11,1 a 2,5	
7	-10,1	-15,7 a -4,4	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal del índice de ira.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

### 6.3.3.5. Relación entre actividades prácticas y cambios en atención plena

En la **tabla 58**, puede observarse que a corto plazo (2 meses de intervención), solo los días de práctica se asociaron con diferencias significativas en los cambios en las puntuaciones de atención plena, con mejoras significativas en este parámetro para aquellos participantes que dedicaban al menos 5 días a la práctica. Aunque el resultado no alcanzó la significación estadística ( $p=0,176$ ), el hecho de realizar la práctica de forma sentada también se asoció con mayores mejoras en esta puntuación (incremento medio=17 puntos; IC 95%=6,8 a 27,4). En el seguimiento a cinco meses, únicamente el tiempo diario dedicado de promedio a la práctica se asoció con diferencias en los cambios de atención plena ( $p=0,026$ ). En este caso, se observó un incremento significativo (mayor a diez puntos de mejoría) entre aquellos que realizaban de 22,5 a 30 minutos de práctica diaria (**Tabla 59**).

Tabla 58. Cambio medio e IC 95% en la atención plena a dos meses de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en atención plena	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa			0,176
Sentada	17,1	6,8 a 27,4	
Informal	7,3	3,1 a 11,6	
Combinada	7,3	5,9 a 8,7	
Nº de asistencias			0,427
<7	6,2	3,1 a 9,4	
7 o más	7,6	6,1 a 9,1	
Tiempo diario			0,117
1-15 min	6,9	5,3 a 8,5	
16-30 min	8,9	6,8 a 11,1	
31-45 min	2,8	-4,4 a 10,0	
Días de práctica			<b>0,014</b>
4	-0,3	-5,4 a 4,7	
5	7,4	5,3 a 9,5	
6	9,5	5,4 a 13,7	
7	7,6	6,0 a 9,1	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de atención plena.

IC: Intervalo de confianza.

Tabla 59. Cambio medio e IC 95% en la atención plena a cinco meses de intervención de acuerdo a las actividades prácticas

Cambio en atención plena	Media	IC 95%	P ANCOVA
Tipo de programa*			0,497
Sentada	15,3	4,96 a 25,6	
Informal	9,0	4,68 a 13,2	
Combinada	9,1	7,66 a 10,5	
Nº de asistencias			0,506
<7	8,1	5,0 a 11,3	
7 o más	9,3	7,8 a 10,7	
Tiempo diario promedio**			<b>0,026</b>
Promedio 7,5 min	7,7	5,4 a 10,1	
Promedio 15 min	7,8	5,5 a 10,0	
Promedio 22,5 min	11,4	8,9 a 14,0	
Promedio 30 min	10,8	8,5 a 13,1	
Promedio 45 min	5,3	-0,3 a 10,8	
Días promedio de práctica**			0,245
<5	7,8	4,2 a 11,5	
5-6	8,1	6,1 a 10,1	
7	9,9	8,3 a 11,6	

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de atención plena.

IC: Intervalo de confianza.

\*Se consideran los valores iniciales ya que no se observan cambios relevantes durante el seguimiento.

\*\*Se ha calculado el tiempo promedio de dedicación y los días promedio de práctica de acuerdo a la información recogida a los 2 y a los 5 meses de intervención.

#### 6.3.4. Asociaciones entre variables y subgrupos de la muestra

Se analizan las asociaciones entre el tipo de grupo y los cambios en malestar psicológico, ira, diferentes componentes de ansiedad, atención selectiva y atención plena tras la intervención.

Para valorar si el tipo de grupo (extensión universitaria vs. salud mental) influía en el cambio en las diferentes puntuaciones de malestar psicológico, ira, ansiedad, atención selectiva o atención plena se llevaron a cabo modelos lineales generalizados. Se calculó el cambio medio en las diferentes puntuaciones según el tipo de grupo. Ninguna de las comparaciones arrojó un resultado significativo. Sin embargo, en el caso del análisis de la sub-escala severidad del LSB-50, pudo observarse una diferencia importante entre ambos grupos con un resultado al límite de la significación estadística ( $p=0,054$ ). En ambos grupos se produjo una disminución de esta sub-escala a tres meses de seguimiento, siendo esta superior en el grupo de salud mental con una reducción significativa de -26,1 puntos (IC 95%=-34,7 a -17,4) en comparación a la observada en el grupo de extensión universitaria (reducción media=-16,3; IC 95%=-28,1 a -9,5) (**Tabla 60**).

De igual forma, la disminución en la intensidad de los síntomas fue superior en el grupo de salud mental (reducción media=-16,5; IC 95%=-24,0 a -9,0) que en el grupo de extensión universitaria (reducción media=-9,2; IC 95%=-15,0 a -3,4) aunque la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ( $p=0,094$ ).

Tabla 60. Cambio medio e IC 95% al quinto mes de intervención de acuerdo al tipo de grupo

	<b>EXTENSIÓN UNIVERSITARIA</b>	<b>SALUD MENTAL</b>
<b>Cambio en severidad</b>	-16,3 (-23,1 a -9,5)	-26,1 (-34,7 a -17,4)
Media e IC 95%	0,054	
P ANCOVA		
<b>Cambio en N° síntomas</b>	-14,1 (-21,0 a -7,1)	-20,7 (-29,8 a -11,6)
Media e IC 95%	0,215	
P ANCOVA		
<b>Cambio en intensidad síntomas</b>	-9,2 (-15,0 a -3,4)	-16,5 (-24,0 a -9,0)
Media e IC 95%	0,094	
P ANCOVA		
<b>Cambio en ansiedad total</b>	-18,5 (-21,2 a -15,7)	-17,1 (-20,8 a -13,4)
Media e IC 95%	0,537	
P ANCOVA		
<b>Cambio en ansiedad cognitiva</b>	-16,5 (-19,6 a -13,5)	-17,3 (-21,3 a -13,3)
Media e IC 95%	0,748	
P ANCOVA		
<b>Cambio en ansiedad fisiológica</b>	-17,6 (-20,7 a -14,4)	-19,8 (-23,9 a -15,6)
Media e IC 95%	0,363	
P ANCOVA		
<b>Cambio en ansiedad motora</b>	-12,0 (-15,1 a -8,9)	-13,3 (-17,4 a -9,2)
Media e IC 95%	0,597	
P ANCOVA		
<b>Cambio en estabilidad</b>	15,6 (10,8 a 20,4)	16,0 (9,9 a 22,2)
Media e IC 95%	0,898	
P ANCOVA		
<b>Cambio en trabajo</b>	17,3 (12,9 a 21,8)	15,7 (9,9 a 21,4)
Media e IC 95%	0,616	
P ANCOVA		
<b>Cambio en concentración</b>	19,7 (14,5 a 25,0)	16,3 (9,6 a 23,0)
Media e IC 95%	0,377	
P ANCOVA		
<b>Cambio en índice de ira</b>	-9,39 (-14,7 a -4,0)	-3,8 (-10,7 a 3,2)
Media e IC 95%	0,164	
P ANCOVA		
<b>Cambio en atención plena</b>	8,7 (7,1 a 10,3)	9,9 (7,9 a 12,0)
Media e IC 95%	0,291	
P ANCOVA		

Ajustado por valor edad, sexo y valor basal de cada escala.  
IC: Intervalo de confianza.

### 6.3.5. Comportamiento de las variables físicas durante el programa

No se observaron cambios significativos en el peso de la muestra en ningún periodo de tiempo evaluado (en general valorando los tres periodos, del inicio a los dos meses, de los dos meses a los cinco meses o desde el inicio hasta el final de la intervención). Con respecto a la tensión arterial, aunque el tamaño muestral podría considerarse lo suficientemente grande para asumir la normalidad, los test de normalidad aplicados dieron como resultado una distribución no normal de los datos, por lo que se considerará el resultado de las pruebas no paramétricas. En este caso, los resultados de las pruebas no paramétricas arrojan diferencias estadísticamente significativas en la presión arterial hasta los dos meses de intervención. La diferencia en tensión arterial del segundo al quinto mes no resultó estadísticamente significativa ( $p=0,161$ ) (**tablas 61 y 62**) (**figuras 27 y 28**).

Tabla 61. Cambios en las variables físicas peso y tensión arterial sistólica tras la implantación del programa

	% Cambio inicial-2 meses			% Cambio inicial a 5 meses		
	Media	Mediana	Rango	Media	Mediana	Rango
<b>Peso</b>	-0,2	0,0	-20,0 a 11,0	0,2	0,1	-18,0 a 11,1
<b>Tensión</b>	3,4	-0,7	-94,3 a 681,0	-2,4	0,0	-46,2 a 20,8

Tabla 62. Valoración de cambios significativos en las diferentes variables físicas peso y tensión arterial sistólica a lo largo del programa

Media y DE	Inicial	2 meses	5 meses	Prueba paramétrica				Prueba no paramétrica			
				p <sup>a</sup>	p <sup>b</sup>	p <sup>c</sup>	p <sup>d</sup>	p <sup>e</sup>	p <sup>f</sup>	p <sup>g</sup>	p <sup>h</sup>
<b>Peso</b>	68,5 (16,1)	68,2 (15,7)	68,5 (15,7)	0,540	0,371	0,872	0,268	0,854	0,597	0,520	0,147
<b>Tensión</b>	12,6 (1,9)	12,8 (8,8)	12,2 (1,3)	0,566	0,830	<b>0,009</b>	0,499	<b>0,003</b>	<b>0,004</b>	<b>0,008</b>	0,161

DE: Desviación estándar.

aValor p obtenido a través de la prueba de ANOVA de medidas repetidas (prueba paramétrica para más de 2 mediciones).

bValor p obtenido a través de la prueba de T de Student muestras emparejadas (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

cValor p obtenido a través de la prueba de T de Student muestras emparejadas (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

dValor p obtenido a través de la prueba de T de Student muestras emparejadas (prueba paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses.

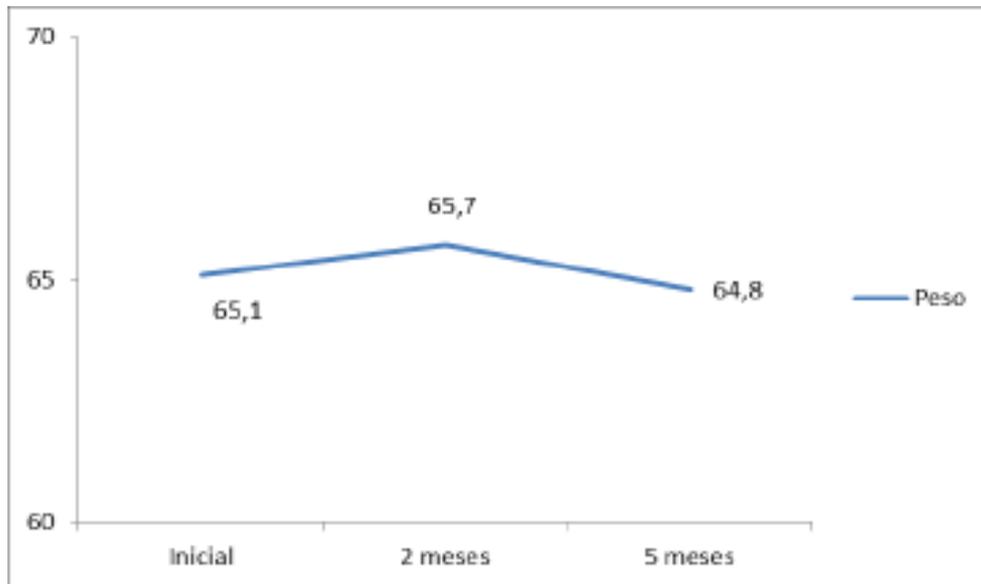
eValor p obtenido a través de la prueba de Friedman (prueba no paramétrica para más de 2 mediciones).

fValor p obtenido a través de la prueba de Wilcoxon (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-2 meses.

gValor p obtenido a través de la prueba de Wilcoxon (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación inicial-5 meses.

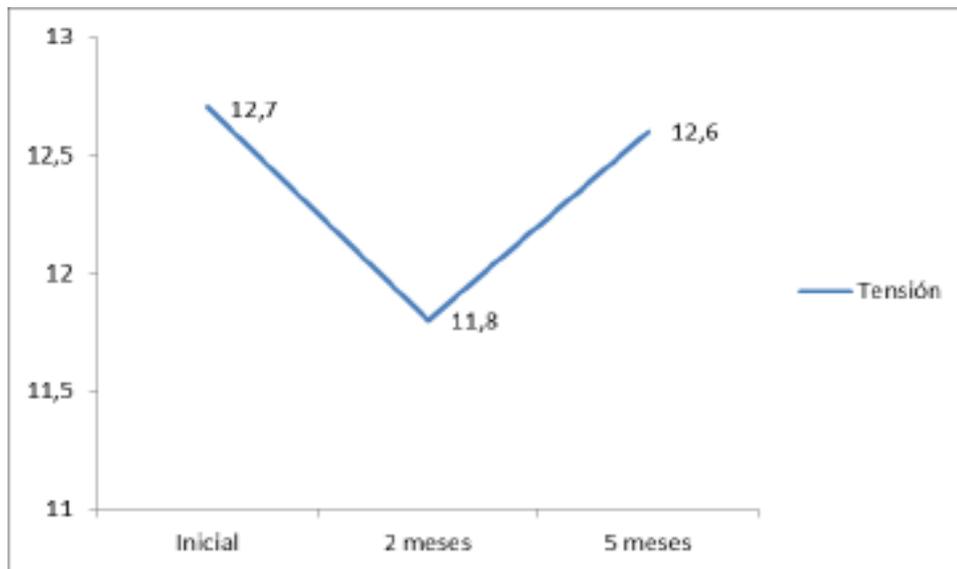
hValor p obtenido a través de la prueba de Wilcoxon (prueba no paramétrica para 2 mediciones), comparación 2 meses-5 meses

Figura 27 . Cambio a lo largo del tiempo para el peso



\* Medianas al inicio, a los dos y a los cinco meses

Figura 28. Cambio a lo largo del tiempo para la tensión arterial



\* Medianas al inicio, a los dos y a los cinco meses

## 7. DISCUSIÓN

Como se ha podido comprobar la literatura científica avala el desarrollo de programas en Mindfulness y además exige cada vez más, satisfacer unos requisitos metodológicos relativos al tamaño muestral, a los instrumentos de evaluación utilizados que permitan conocer el efecto y la eficacia de las intervenciones, así como establecer las posibles relaciones existentes entre los cambios en el malestar psicológico con las prácticas desarrolladas en Mindfulness.

Los **datos sociodemográficos** de los participantes en este estudio indican que estamos ante una muestra no clínica, mayoritariamente de mujeres, con una media de 42 años de edad, en las que destaca con mayor porcentaje el disponer de estudios universitarios (76.5%). Estos datos se corresponden con los resultados obtenidos en la revisión sistemática realizada por Lykins & Baer., (2014) y Bertolin (2015). Nuestro estudio se diseñó con un único programa modelo MBSR y cinco subgrupos que configuraron la muestra; dos de ellos accedieron al programa como profesionales sanitarios (médicos, psicólogos, enfermeros, auxiliares y monitores) en activo, de los servicios de psiquiatría de la isla y otros tres grupos accedieron al programa desde la población general, en la convocatoria abierta de cursos de extensión ofertados por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; en estos tres subgrupos últimos, la muestra se caracteriza por tener formación predominantemente universitaria, pero heterogénea (psicólogos, médicos, enfermeros, trabajo social, ingenieros, maestros, comerciales, taxistas, abogados, estudiantes universitarios, graduados sociales y amas de casa). Estos datos no se asemejan a los estudios analizados en la literatura, en los que habitualmente predomina la homogeneidad en los grupos de estudio y su aplicación en población clínica, sobre todo en los ámbitos de tratamiento en personas diagnosticadas de depresión, ansiedad, con trastornos crónicos o cáncer, entre otros (Austin, 1997; Teasdale et al, 2000; Kabat-Zinn, 2003; Hayes A et al., 2004; Shaphiro et al., 2005; Jaim et al., 2007; Viegel et al., 2009; Chesa & A Serreti A, 2010; Rodríguez F y cols., 2014).

En cuanto a las **características de la práctica** (actividades prácticas del programa) que los sujetos han desarrollado relativas al tiempo que dedican a la meditación, la frecuencia de la misma, el tipo de práctica que realizan y el número

de sesiones de asistencia al programa, destacar que los resultados ponen de relieve que la mayoría de los participantes combinan la meditación formal y la informal al mismo nivel, tanto durante los meses que ha durado la intervención, como durante los tres meses posteriores de seguimiento de la misma. El tiempo que dedicaban a meditar durante la implantación del programa y al final de la intervención fue de 1 a 15 minutos de práctica diaria, en un 65,1%, aumentando en el periodo de seguimiento el porcentaje de participantes (superior al 70% ) que dedicaban más de 15 minutos a la práctica/día. El número de sesiones a las que asistieron los participantes fue elevado, con una media de 8 asistencias por sujeto de un total de 10 posibles. En cuanto al número de días de práctica que refirieron los participantes, más del 50% de los sujetos practicaban el programa todos los días de la semana.

En general, estos datos, elementos del programa, no se encuentran recogidos en la metodología y análisis de la mayoría de los estudios revisados, aunque en las conclusiones de algunos autores (Salmon et al., 2004; Shaphiro et al., 2006; Irvin J. et al., 2009), se recoge la necesidad de detallar estos aspectos en futuros estudios. El estudio desarrollado por Gil, Barreto y Montoya (2010) toma en cuenta estas variables en la evaluación del programa, y concluyen que dependiendo del grado de implicación de los sujetos, existe una mejora de la atención plena en las personas que han seguido las sesiones y han realizado la meditación formal e informal, obteniéndose mayores puntuaciones en todas las variables evaluadas en comparación con los que no han participado de forma continuada en el programa. Destacar en esta comparativa que la muestra de nuestra investigación (N=83) es mayor y homogénea (todos son sujetos no clínicos) que la del estudio de Gil y cols (2010), (N=67) que incorpora una muestra heterogénea clínica y no clínica (personas que desean aprender meditación, estudiantes universitarios, deportistas y pacientes con diagnósticos de enfermedad mental).

La importancia de la constancia en aplicar la actividad práctica de los sujetos será analizada más adelante, en relación con los efectos de la adherencia al programa, pero es preciso introducir, que se trata de uno de los elementos que mantienen la conciencia plena, datos refrendados por autores como Kabat-Zinn, (2003) y Bishop et al., (2004), cuando analizan la estrecha relación entre los efectos del abandono de la práctica y el regreso del malestar psicológico (Martín-Asuero y cols, 2007).

Los datos obtenidos en este trabajo evidencian que las conductas que no pueden faltar en los sujetos, son las relativas al tiempo de dedicación a la meditación (duración y frecuencia de la práctica) de cualquiera de los tipos de meditación practicados (de pie, sentado, andando o comiendo, entre otras), pero además, los autores en las revisiones y meta-análisis más recientes (Bertolin, 2015) destacan respecto a la eficacia de los programas MBSR, que la meditación no es el único componente activo del programa que influye en los resultados, ya que por tratarse de intervenciones psicoeducativas, multimodales y estructuradas son múltiples los componentes activos que pudieran estar influyendo también, y se recomienda se investigue al respecto para intentar discriminar estos componentes, estas afirmaciones quedan confirmadas en nuestros resultados.

Los datos demuestran un alto grado de significación ( $p < 0.01$ ) en relación con el seguimiento regular de los sujetos en las actividades prácticas en nuestro programa, especialmente en lo que hace referencia a cómo se desarrolla la práctica de la meditación (formal/informal), su temporalidad (frecuencia diaria y semanal y duración de la práctica) y la asistencia regular a las sesiones revelándose como un componente claro en la efectividad del mismo, estos resultados están en consonancia con los obtenidos con el estudio de Gil y cols., (2010). El aspecto psicoeducativo de nuestro programa está caracterizado por la temática que ofrece, centrada no solo en entrenamiento Vipassana sino también en la profundización, toma de conciencia (insight) y manejo de las emociones percibidas por los sujetos de estudio en cada una de las sesiones, atendiendo a las bases de la Psicología budista en cuanto a la gestión de las emociones, a los procedimientos y conceptos procedentes de la terapia cognitiva basada en Mindfulness (MBCT) y de la terapia cognitivo-conductual Mindfulness integrado (TCCMi), y centrando el interés en la inmersión que el sujeto realiza con el conocimiento y la puesta en práctica a diario de las actividades.

En relación con las **características de la muestra antes de la aplicación del programa**, en situación basal, los resultados obtenidos a través de los distintos instrumentos revelan que se trata de una muestra con características de normalidad en lo relativo a la salud, confirmando la pertenencia de los sujetos al grupo no clínico, así, en las dimensiones del malestar psicológico medido por el listado de síntomas (LSB-50) antes de la aplicación del programa psicoeducativo (en situación basal), ponen de relieve que un 50% de los participantes presentó en la sub-escala número de síntomas puntuaciones inferiores a 90, y un 75% presentó puntuaciones

inferiores a 96 en la sub-escala de obsesión, lo que indica que la muestra aun siendo no clínica, presentaba un nivel significativo en el número de síntomas y en obsesión como características de malestar psicológico autoevaluado, aunque no se corresponda con índices patológicos. En este resultado es preciso destacar la variabilidad intersujeto de las puntuaciones.

En relación con la **variable ira** medida antes de la realización del programa, los resultados refieren puntuaciones tanto del control interno (C.Int) como del control externo (C.Ext) de la ira situadas por término medio en torno a los 55-60 puntos, lo que indica que los sujetos presentaban un grado de gestión de la ira dentro de la normalidad en las sub-escalas que miden el control de los sentimientos de enfado, evitando su manifestación ante otras personas u objetos (C.Ex) y en la de control de los sentimientos de ira, que se reprimen mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas (C.Int); observándose además una gestión de la ira dentro de los márgenes de la normalidad (Índice de Ira).

En relación con la **variable ansiedad**, antes de la ejecución del programa el 75% de los participantes de la muestra mostraron un nivel de ansiedad total y ansiedad cognitiva inferiores a los 80 puntos, y el 50% presentó una puntuación inferior a 70 puntos en la respuesta de ansiedad fisiológica, que indicaba índices moderados en los tres ámbitos de ansiedad evaluados por el ISRA; e inferior a 50 puntos en el caso de la respuesta a la ansiedad motora, cuyo nivel se encuentra en el rango de normalidad o de ausencia de ansiedad.

En relación con la **variable atención plena**, antes de aplicar el programa y concebida como una forma de conciencia y aceptación de la experiencia tanto interna como externa, medida por el FMI, los sujetos por término medio presentaron una puntuación de 29,7 y el 75% presentó un valor inferior a 33; en este aspecto es preciso recordar, que la muestra carece de experiencia meditativa y el instrumento de evaluación es adecuada a muestras sin experiencia. Antes de iniciarse la intervención, no se aprecia variabilidad significativa inter-sujeto en cuanto a su nivel de atención plena y los conocimientos sobre meditación en general son nulos.

En relación a los **cambios producidos en atención selectiva, atención plena, ira, ansiedad y malestar psicológico** tras efectuar el programa psicoeducativo, los resultados evidencian cambios altamente significativos en todas la variables analizadas, cambios que se describen a continuación.

En relación a los cambios producidos en la **variable malestar psicológico** los resultados obtenidos demuestran que el programa psicoeducativo de entrenamiento en Mindfulness reduce significativamente las dimensiones del malestar psicológico medido por el LSB-50. La reducción se produce no solo al acabar el programa, sino a los tres meses de su conclusión en todas las sub-escalas, aunque los resultados parece que se estabilizan entre la segunda y la tercera evaluación. La reducción del malestar es especialmente significativa en la sub-escala intensidad de síntomas, los datos revelan que la percepción de los sujetos después de realizar el programa es de reducción en la intensidad de su sufrimiento. Por otro lado, la psico-reactividad es la escala que, aunque disminuye presenta menor porcentaje. Este dato en la valoración de los resultados era esperable, en tanto que el programa en sí mismo (no solo durante su aplicación, sino cuando se estabiliza la práctica) exige una constante autoobservación y aumento en la sensibilidad de la percepción de uno mismo y de los demás; el sujeto está predispuesto a una reacción ante cualquier estímulo externo o interno, aspectos que ya recoge la subescala de psico-reactividad como plantean sus autores (De Ribera y Abuin, 2012). En general, la magnitud de los cambios registrados en estas escalas están en la línea a los obtenidos con el listado de síntomas SCL-90-R en las investigaciones realizadas con MBSR por Kabat Zinn et al., (1992 y 2003), Reibel et al., (2001); Carlson et al.,(2001); Grossman, et al., (2004); Martín et al., (2005); Martín-Asuero y García de la Banda, (2006 y 2007); Martín-Asuero A. y cols., (2010), Gil y cols., (2010); Martín-Asuero A. y cols., (2013), aunque es preciso destacar que los índices de cambio identificados en estos estudios varían de unos a otros y que las muestras de los mismos pertenecen tanto a sujetos clínicos, como no clínicos; a diferencia de los datos de nuestro estudio, cuya muestra es mayor que la de los estudios referenciados y presenta una homogeneidad no clínica.

En cuanto a los cambios en la **variable Ira** después del programa psicoeducativo, los datos reflejan que en concreto el Índice general de Ira indica que los sujetos reducen la intensidad, la frecuencia y la dirección de la experiencia emocional de la ira, es decir, mejoran el manejo de la misma tanto en su control interno y externo, como en su expresión tanto interna como externa, lo que evidencia que el programa desarrollado de Mindfulness permite mejorar la regulación de la emoción ira. Estos resultados tiene similitud con los obtenidos por otros autores, tales como Chambers, Gullone, & Allen (2009), Lykins & Baer

(2009); Robins et al., (2012); y Rodríguez B., (2014) y tal como indicaba Baer ya en 2003, el programa puede favorecer que los sujetos muestren una menor tendencia a presentar reacciones airadas, en lugar de cambiar la experiencia de la ira o intentar controlarla. En relación con el estudio de la variable Ira, cabe destacar que tanto nuestro estudio, como los desarrollados por todos estos autores utilizan para la evaluación de la variable Ira el mismo instrumento de medida (Staxi-2), un aspecto que a menudo resulta expuesto como una de las limitaciones de los resultados de los estudios, pues en ellos se evalúan las mismas variables con instrumentos distintos.

Los datos de este estudio revelan que las características de la **variable ansiedad** medidas por el ISRA presenta reducciones significativas en todos los componentes y en la ansiedad total, valorando los tres periodos de medición, desde el inicio (situación basal previa a la intervención) hasta la conclusión del programa intensivo (evaluación post-1) y desde la conclusión del programa hasta tres meses después (seguimiento o evaluación post-2) y desde el inicio (situación basal) y el final de la implantación del programa (seguimiento o evaluación post-2). La reducción de la ansiedad total identificada está en la línea con los resultados dados por Carlson, Urzliak, Goodey, Angen y Specca, (2001), Koszycki, Benger, Shlik y Bradwejn (2007), Martín et col.(2005), Biegel, Brown, Shaphiro y Schubert (2009), Kang, Choi, Ryu (2009), y especialmente en la ansiedad social Shaphiro S, Brown K, Biegel G. M., (2007) y en muestras no clínicas como demuestra Robins et al., (2012). Es preciso destacar que en nuestro estudio el instrumento de evaluación de la ansiedad es el ISRA, seleccionado específicamente por los distintos niveles de medida de la variable ansiedad (fisiológicos, motores y cognitivos), mientras que en el resto de estudios los instrumentos de evaluación son heterogéneos.

La característica destacada de la **variable atención ejecutiva** después de la aplicación del programa y su seguimiento, es la variabilidad de las puntuaciones de sus tres componentes (estabilidad o estabilidad en el tiempo, concentración y trabajo) pero con mejoras significativas en los tres para la totalidad del tiempo de implantación del programa, lo que significa que los sujetos mejoraron la capacidad de atender selectivamente a la información relevante de forma rápida y precisa. Estos resultados coinciden con algunas de las pocas investigaciones existentes al respecto como son los trabajos de Jain et al., (2007) y Rodríguez B., (2014); en ambos estudios se miden también las funciones ejecutivas como el control atencional en relación a la atención plena.

En cuanto a la **variable atención plena** (IMF) en los sujetos participantes se produjo una mejoría en la puntuación desde el inicio hasta los cinco meses de intervención por término medio en un 32,7%; ello indica que aumenta la atención plena y se estabiliza a los 5 meses. Lo que indican los resultados post-intervención implica que el programa es el causante del cambio en el nivel de atención plena. Lo que está en la línea de la mayoría de los resultados de las investigaciones que desarrollan programas de mindfulness y que miden la atención plena antes y después como Brown & Ryan, (2003); Cohen-Katz et al., 2005; Shaphiro et al (2007), Gil J.,P. Barreto, I, Montoya (2010), Martín-Asuero A. y cols., (2010) , Robins et al., (2012), Martín Asuero A. y cols., (2013). Además de concluir que la atención plena es una característica central de MBSR que se relaciona con los resultados positivos del programa como señala Shaphiro, Carlson, Astin, & Freedman, (2006). Aunque en general es preciso considerar con cuidado la variable 'instrumento de medida' a la hora de realizar análisis concluyentes ya que es diferente en la mayoría de los estudios.

En nuestro caso, la medida se hace con un inventario que se ha demostrado sensible al cambio en conciencia plena, discriminando el antes del entrenamiento y el después (Wallach et al., 2001) y que mide un proceso de regulación de la atención para alcanzar una calidad de conciencia que valora la experiencia del momento presente; relacionándose con ella con una orientación de curiosidad, apertura y aceptación (Bishop et al., 2004, p.234). Al respecto, las características o dimensiones concretas de la conciencia plena adquirida por los sujetos después del entrenamiento, se describen como percepción personal de sentirse conectados con sus experiencias del aquí y ahora, estar conscientes de su cuerpo cuando están realizando actividades cotidianas, aceptar las experiencias desagradables y ser menos impacientes consigo mismo y con los demás. Además de aprender a observar las situaciones y los pensamientos habituales sin reaccionar a ellos con juicios o conductas impulsivas, por lo que la atención plena medida por esta versión del FMI (Wallach et al., 2006) implica la aceptación de la experiencia sin enjuiciarla.

Al intentar determinar si los **cambios en la atención plena** tras la aplicación del programa se **asocian con cambios en la atención selectiva, ansiedad, ira y malestar psicológico** los resultados revelan que en la relación entre los cambios en atención plena y las dimensiones del LBS-50 se observa que **la atención plena** se correlaciona significativamente de forma inversa con sub-escala de ansiedad del LBS-50 después de finalizar el programa; y a los tres meses de finalizar el programa

con el número de síntomas, la hostilidad y la depresión. Esto implica que cuando la atención plena aumenta, la ansiedad y la hostilidad disminuyen después del programa. Y además, el número de síntomas, la hostilidad y la depresión disminuyen durante el seguimiento en nuestro estudio, a los 5 meses. Con lo que podemos afirmar que el programa produce efectos beneficiosos sobre los procesos de regulación emocional relevantes en personas que no presentan problemas clínicos.

La atención plena también presenta una relación inversa significativa al terminar el programa con la severidad de los síntomas, el número e intensidad de los mismos. Cuanta más atención plena los sujetos perciben que los síntomas que experimentan se reducen, son menos intensos y menos graves. El sujeto percibe menos intensidad en el sufrimiento psíquico y psicosomático especialmente al concluir el programa, a los tres meses de concluir no se observó la relación de forma significativa. En base a estos resultados podemos establecer relación con los resultados de investigaciones que ofrecen conclusiones similares pero con muestras clínicas Martín-Asuero, et col., 2005; Martín-Asuero y García de la Banda, (2007); Gil, J., Barreto, P. Montoya, I., (2010); Robins et al., (2012); Martín-Asuero A., y cols., (2013 ).

Como apuntan De la Fuente, Franco y Mañas (2010) es razonable asumir que el programa de mindfulness ejerza influencia sobre algunas variables y/o dimensiones, pero no sobre otras. Por ejemplo, de forma similar, Kang, Choi & Ryu (2009) examinaron la eficacia de un programa de Mindfulness sobre el estrés, la ansiedad y la depresión en un grupo de estudiantes de enfermería empleando un grupo experimental y un grupo control. Los resultados mostraron que el grupo experimental, en comparación con el grupo control, mejoró de forma significativa en las variables estrés y ansiedad, pero no lo hizo en la variable depresión.

Robins et al. (2012) pone en evidencia que aunque varios estudios demostraron resultados prometedores con respecto a la eficacia de MBSR en la reducción del estrés y mejorar del bienestar psicológico, poco se sabe acerca de los procesos o mecanismos que conducen a tales efectos clínicos. Es posible que la participación en programas MBSR y similares que implican la práctica diaria de la atención conduce a aumentos de rasgo o de disposición a la atención plena, y que tales cambios median los efectos de MBSR en el estrés y el funcionamiento psicológico.

La asociación entre la **atención plena y los elementos de la ira** indican que hay una correlación directa entre la atención plena y el Control Interno de la ira al acabar el programa. Esto se explica porque al aumentar el nivel de atención plena los sujetos son más capaces de regular la gestión del control interno de su ira de forma eficaz y saludable, se vuelven capaces de usar su energía para calmar y reducir su enojo con cierta celeridad. En relación a esto cabe añadir también al igual que otros autores [Shapiro et al., (1998); Anderson et al., (2007)] que los participantes hicieron cambios en la forma de experimentar y de expresar la ira, además la mejoría en las estrategias que regulan las emociones y la capacidad de observar los pensamientos sin quedar atrapados en ellas, reduciendo también las preocupaciones .

El programa de atención plena llevo a la disminución significativa en la supresión de la ira y la expresión de la ira agresiva. Estos resultados están en la línea de Kabat-Zinn, (1990) cuando señala que el entrenamiento de *Mindfulness* proporciona una forma de cultivar el equilibrio emocional y disminuir la retención de los patrones habituales que oscurecen la percepción y alteran el juicio. Y en general los resultados están en la línea de las investigaciones que mostraron la eficacia de las técnicas de mindfulness en problemas de burnout (Baer, 2003; Cohen-Katz et al., 2005; Shapiro et al., 2005), así como en la mejora de la regulación y el bienestar emocional (Arch y Craske, 2006; Hamilton et al., 2006; Wachs y Cordova, 2007), y de la ejecución en diversas tareas (Solberg et al., 1996; Gardner y Moore, 2007).

Así mismo ,se establece una asociación lineal e inversa entre la atención plena y la expresión externa de la ira la cual se atenuó a los cinco meses, lo que se explica por los resultados anteriores, cuanto más atención plena, la intensidad de los sentimientos de ira se reducen y la expresión externa está regulada por el control interno y externo de la ira. Al desarrollar más niveles de conciencia los sujetos gestionan mejor la ira en todos sus elementos. Estos resultados muestra el efecto de la atención plena sobre la capacidad de regulación emocional de los elementos de la ira en la línea de los resultados de (Chambers, Gullone, & Allen, 2009), lo que supone también una mayor capacidad o voluntad de permitir y estar presente con las emociones negativas en lugar de tratar de suprimir o evitarlos [Lykins & Baer (2009), Robins et; al(2012)].

No se encontró relación entre los cambios de atención plena y los cambios en

los diferentes componentes de ansiedad (fisiológica, cognitiva y motora), ni al concluir el programa, ni a los tres meses de seguimiento, pero es notoria la asociación entre la **ansiedad total y la atención plena**, lo que indica que cuanto más atención plena desarrolla el sujeto la ansiedad se reduce significativamente tanto al acabar el programa como a los 3 meses de seguimiento. Estos resultados son similares a los de Kang, Choi & Ryu (2009) que observaron la eficacia de un programa de mindfulness sobre el estrés, la ansiedad en estudiantes de enfermería.

La **atención plena y la atención selectiva** no presentan relación significativa. Las regresiones no paramétricas no sugirieron la existencia de asociación entre variables salvo para los cambios de concentración al concluir el programa. Los resultados sugieren, al contrario de lo esperable, una relación inversa entre los cambios en atención plena y los cambios en la puntuación de concentración al acabar el programa. Con lo que se puede inferir que lo que produce mejoras en la atención ejecutiva no es el desarrollo de la atención plena (tal y como la mide el FMI) sino las actividades prácticas del programa en conjunto

Por otro lado, no podemos establecer comparaciones con otros estudios pues no hemos encontrado investigaciones estructura metodológica similar que establezcan este tipo de comparación entre las variables medidas. Aunque hemos de considerar un aspecto importante en la medición del mindfulness, como apunta Belzer et al., (2012) los participantes de un programa modelo (MBSR) que nunca han meditado antes tienen un concepto totalmente diferente de la atención plena de los meditadores altamente experimentados y claramente su concepto de la atención plena podría haber sido modificado por el programa. Por lo tanto, no puede ser fácilmente determinado si la respuesta a los elementos de un inventario como el FMI realmente detecta una mejora de la práctica consciente o simplemente refleja un cambio cognitivo en el concepto respecto al marco de referencia interno de la atención plena.

Pero si constatamos lo observado por Chiesa et al., (2011) al proponer que las primeras fases del entrenamiento de la mente, se asocian con mejoras significativas en la atención selectiva y ejecutiva, evidenciando la conexión entre ambos mecanismos atencionales (atención ejecutiva y atención plena) y así lo reflejan también autores como Cayoun (2010) .

Respecto a la relación entre posibles **cambios en ansiedad y en ira tras la**

**aplicación del programa** y si se asocian con cambios en la atención selectiva de la ansiedad, lo único destacable en los resultados es la relación existente entre los cambios en la ansiedad medidas a través del cuestionario LSB-50 y los cambios en atención selectiva tras cinco meses, en los participantes que disminuyen el nivel de ansiedad por encima de los 25 puntos, los cuales presentaron incrementos importantes especialmente en los elementos trabajo y concentración. Cuanta menos ansiedad más concentración y más efectividad en el trabajo. Estos resultados responden a la recomendación que autores como Hempel S. Et al.,(2014); y Martin-Asuero et col.,(2013) hacen sobre la necesidad de análisis de la efectividad de los distintos componentes de la intervención en MBSR, no solo en los efectos en términos de salud como opinan ellos, sino también en los aspectos más cognitivos como es la atención ejecutiva que sería la aportación de nuestra investigación.

Por otro lado, no se observa relación alguna entre **la variable ira y la variable atención selectiva**. La gestión de la ira no parece afectar a la atención selectiva ni ésta parece influir en la atención. Este dato es significativo porque nos revela una característica de la interacción de dos variables cognitiva y emocional para desarrollar en futuras investigaciones.

El análisis de factores como la **adherencia** de los sujetos de estudio **al programa psicoeducativo** y su relación con los **resultados** obtenidos **en atención selectiva, atención plena, ira, ansiedad y malestar psicológico**, se confirma que el que los sujetos asistan a 7 o más sesiones está claramente relacionado con la reducción del número de síntomas, no sólo al concluir el entrenamiento, sino también a los tres meses de seguimiento se mantienen los resultados. Estos confirman la significación de este elemento de la adherencia al programa, ya que los sujetos manifiestan una reducción en la severidad de los síntomas (disminución de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático) percibida por el sujeto en la medida que asisten más de 7 sesiones. Estos resultados están en la línea de los resultados señaladas por Gil et col,( 2010) que confirman que la asistencia a las sesiones de mindfulness y la práctica de la meditación formal e informal mejoran significativamente las habilidades de mindful: Capacidad de atención, Conciencia del pensamiento, Aceptación y Capacidad de estar centrado en el presente; resultados semejantes a los encontrados por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney (2006); Martin-Asuero y Garcia-Banda, (2007).

También en esta línea de resultados encontramos la asociación entre la

**intensidad del síntoma y el número de sesiones** de asistencia tanto al concluir el programa como a los tres meses de seguimiento. Cuantas más sesiones de asistencia menos intensidad en el sufrimiento percibido. En relación a resultados con muestras no clínicas Bedard, Felteau, Mazmanian, Fedyk, Klein, Richardson, Parkinson y Minthorn-Biggs, (2003) ya concluían que la asistencia a las sesiones de mindfulness y la práctica de la meditación formal e informal reducen los síntomas evaluados por el SCL- 90 en personas con trastornos mentales.

En la medida que se asista un número de sesiones (7 o más) y se practique con regularidad (todos los días) ,la reducción de la ansiedad total medida por el ISRA es significativa, tanto al concluir como a los tres meses de seguimiento del programa. (Rodríguez F. y cols., 2014; Miro y cols., 2011; Bertolin J., 2015; Chiesa A. & Serretti A., 2011; Krusche A. et al., 2013; Martin-Asuero y cols., 2010; ,Lan H.K. et al., 2013; Martin-Asuero y cols.,2013)

La relación de la **ansiedad total con los elementos prácticos del programa** es clara puesto que en la medida que los sujetos asisten a 7 o más sesiones; usan la práctica formal de meditación sentada y meditan todos los días entre 15 y 30 minutos, la reducción de la misma es importante, no sólo al concluir el programa sino también a los tres meses de seguimiento. Estos resultados son acordes a los obtenidos por Shaphiro, Schwartz, y Bonner (1998); Shaphiro, Astin, Bishop, and Córdoba (2005) Lau, Segal, & Bishop (2007) Y Nyklic̃ek & Kuipers (2008).

Respecto a la relación de las variables de **práctica del programa con la ansiedad cognitiva** sólo señalar que es significativa al concluir el programa en la medida que los sujetos asistan 7 o más sesiones y mediten todos los días. Respecto a la relación de la ansiedad cognitiva con las otras variables después de tres meses de concluido el programa se observa que la ansiedad se reduce en la medida en que los sujetos meditan más de 20 minutos diarios.

Respecto a la relación de las variables de **práctica del programa y la variable ansiedad fisiológica** destacar sólo la significación a los 3 meses después de concluido el programa, estas manifestaciones de ansiedad se reducen en la medida que los sujetos hacen la práctica formal sentada y meditan todos los días. De la misma manera, la relación de la ansiedad motora y las variables de práctica del programa sólo es significativa a los 3 meses de seguimiento del programa en concreto esta ansiedad se reduce en la medida que los sujetos asisten a 7 o más

sesiones y realizan la práctica formal de la meditación sentada. Por lo tanto, respecto a los resultados de la variable ansiedad medida por el ISRA, se concluye que los componentes fisiológico y motórico requieren más tiempo para que se establezcan las reducciones. Los resultados son acordes a los obtenidos en sus estudios por Shaphiro, S., Brown , K., Biegel, G.,(2007).

La variable **atención selectiva respecto a su relación con los elementos prácticos del programa** sólo es destacable y significativa a los tres meses de seguimiento del programa, en cuanto al elemento trabajo (precisión) de la atención selectiva, el cual mejora significativamente en la medida que los sujetos practican la meditación formal sentada. Respecto al elemento concentración de la atención selectiva, destacar que el nivel aumentó sólo al concluir el programa siempre que los sujetos mediten todos los días, relacionándose estos resultados con los obtenidos por Chambers, Lo & Allen (2008) en relación a la atención sostenida.

Respecto a la **variable ira** solo presenta una relación significativa a los 5 meses con el elemento práctico del programa, para aquellos que habían asistido a 7 o más sesiones, se reduce significativamente el índice de ira.

Con respecto a la **variable atención plena y su asociación con las variables de práctica del programa**, sólo es significativo al concluir el programa. La atención plena aumenta en la mitad que los sujetos han meditado todos los días durante el desarrollo del programa, apoyados también por la práctica de la meditación sentada. Después de tres meses de seguimiento del programa la relación sólo es significativa respecto a la variable tiempo de práctica, es decir, los sujetos que meditan en torno a 30 minutos mantienen niveles altos de atención plena. mostraron la eficacia de las técnicas de mindfulness en problemas de burnout (Cohen-Katz et al., 2005; Shaphiro et al., 2005), así como en la mejora de la regulación y el bienestar emocional (Arch & Craske, 2006; Hamilton et al., 2006; Wachs & Cordova, 2007), y de la ejecución en diversas tareas (Solberg et al., 1996; Gardner y Moore, 2007).

Respecto a la **comparación entre los grupos** participantes en el programa sólo destacar que el grupo de salud mental tuvo mayor reducción en la severidad e intensidad de síntomas a los tres meses de seguimiento. Con lo que se observa que se hace imprescindible la realización y cumplimiento de los cuatro elementos que componen el curso, para que se produzca una disminución del malestar y un

aumento de la conciencia plena.

Especialmente relevantes son los **elementos del programa tiempo empleado en la práctica, días de práctica y modo de práctica** cuantos más días de práctica semanal y más tiempo empleado en la práctica, aparece menos malestar general. Del mismo modo, a mayor tiempo dedicado a la práctica, mayor índice de conciencia plena. Se evidencia que el tiempo dedicado a la práctica diaria (15 o más minutos) y el número de días (todos) a la semana son imprescindibles para desarrollar conciencia plena y reducir el malestar psicológico en general.

El seguimiento y medición de las características de la práctica en casa de los sujetos que siguieron el programa se plantea desde los resultados observados en la revisión de las investigaciones, que señalan como limitación importante la falta de análisis de la efectividad de los distintos componentes de la intervención y los efectos del curso (Martín-Asuero et al., 2013; Krusche et al., 2013). Salmón et al., (2004) han sugerido que deben medirse también las variables de comportamiento, como la adhesión, con el fin de evaluar la frecuencia y la intensidad de práctica de la atención plena necesaria para contribuir a los efectos sostenibles del programa, medir la calidad y cantidad de la práctica formal e informal.

En este sentido observamos que las variables comportamentales como **la cantidad y el tipo de práctica tanto formal como informal** en casa, **la adhesión al programa** (asistencia a clase) están determinando los resultados del mismo en todas las variables medidas. Además se mantuvieron los cambios asociados con MBSR durante el período de seguimiento de 3 meses después de la intervención, en la línea de los estudios de Carlson et al., (2001); Baer et al., (2003); Shaphiro et al., (2008); Biegel et al., (2009); Gil y cols., (2010); Carmody et al., 2011; Gross et al., 2010; Grossman et al., 2010;; Williams et al., (2001) y Robins et al.,(2012). En todos estos estudios identificaban que los efectos de las intervenciones mantenían los efectos en gran medida a los 2 meses de seguimiento. Los resultados de nuestro estudio confirman, en la línea de los referidos, que un programa psicoeducativo de entrenamiento en conciencia plena resulta útil para reducir el malestar psicológico sea cual sea el nivel de dicho malestar, siempre que estén dispuestos a hacer el esfuerzo de practicar determinadas actividades diariamente hasta integrarlas en su vida cotidiana. Es de destacar que **no es determinante la edad, el nivel de estudios**, para realizar las conductas que favorecen el desarrollo

de la conciencia plena, aspectos que habían sido señalados por autores como Martin-Asuero et cols., (2005); Kabat-Zinn (2007); Robins et al., (2012).

En relación con las posible diferencias que pudieran aparecer en las **variables físicas peso y tensión**, tras aplicar el programa, los resultados revelan que respecto al peso no se observan cambios significativos en ninguno de los periodos evaluados. Pero en cuanto a la tensión arterial, los resultados de las pruebas no paramétricas arrojan diferencias estadísticamente significativas en la presión arterial hasta los dos meses de intervención. La diferencia en tensión arterial del segundo al quinto mes no resultó estadísticamente significativa. A diferencia de lo observado por Fuente y cols., (2010) que refieren una reducción significativa (en un grupo de docentes con hipertensión tipo I tanto en los niveles de presión arterial sistólica como diastólica, en las evaluaciones post test y seguimiento a los cuatro meses en el grupo experimental en comparación con el grupo control después de la realización de un programa de mindfulness. Estos resultados de otros estudios hacen que pensemos que quizás habría que medir otras variables físicas tales como frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, niveles de glucemia, entre otras, cuando la muestra no presenta patología, para contribuir al conocimiento de las posibles modificaciones que pudieran aparecer en los procesos fisiológicos y su posible relación con el Mindfulness.

Coincidimos con las conclusiones de Bertolin (2015) en su revisión sistemática en que las pruebas que se han acumulado hasta la fecha de los beneficios del MBSR tanto a corto, como a medio plazo, son prometedoras, pero se requieren más estudios adecuados para confirmar la bondad de los programas desarrollados durante periodos de tiempo más prolongados, también consideramos que es imprescindible que los estudios se configuren con potencia y calidad metodológica para que sus resultados puedan emitir evidencias que confirmen su eficacia o efectividad.

El uso del IMF (Freiburg Mindfulness Inventory, versión reducida) constituye la única referencia en español de su utilización para determinar la adquisición o presencia de conciencia plena. Sólo se dispone de los resultados obtenidos por Walach et al., (2006) que son coincidentes en cuanto a la correlación con el constructo de GSI del LBS-50. Por lo tanto, las conclusiones al respecto quedan pendientes de los próximos estudios que nos permitan contrastar, con un número mayor de sujetos, los resultados obtenidos en esta investigación.

La evidencia significativa de la mayoría de resultados de esta investigación, supone un aliento en el proceso de búsqueda que nos planteamos en nuestros objetivos. Los datos demuestran como la percepción subjetiva de malestar (no patológico) se reduce porque cambia la conciencia de cualquier estado emocional o mental, eliminando la conducta rumiadora o de piloto automático planteada por Joiremar et al., (2002); al dejar de enfocar la atención en los pensamientos (pasado y futuro) y enfocarla en el momento presente, permitiendo el desarrollo de conductas más adaptativas caracterizadas por la aceptación y el contacto con el presente con independencia del contenido emocional, fisiológico o mental; este planteamiento se encuentra en la línea de los planteamientos teóricos emitidos por Hayes et al., (2004).

Estos resultados determinan además, que al desarrollar una serie de conductas concretas y regulares (meditación sentada de 15 a 30 minutos diarios, meditación comiendo, caminando, entre otros) en primer lugar facilitan el desarrollo de funciones ejecutivas como la atención selectiva, especialmente en la faceta de precisión en el trabajo atencional y la concentración, con las consiguientes implicaciones que esto tiene por ejemplo a nivel de aprendizaje. En segundo lugar, cambia nuestra percepción y relación con lo que ocurre en el cuerpo y la mente, lo que da lugar a un modo de vida en el que estos hábitos (conductas Mindfulness) se integran en lo cotidiano, permitiendo el despliegue y desarrollo natural de cualquier potencial humano, pudiendo de esta manera alcanzar los objetivos buscados por el hombre a lo largo de la historia (binestar, felicidad, iluminación, entre otros) en el acontecer vital cotidiano.

Nuestro trabajo observa la necesidad de aprovechar la contribución de las terapias que tienen el Mindfulness como base, para dirigir sus procedimientos hacia la mejorar de la capacidad de afrontamiento de las personas sanas de cara a desarrollar mecanismos más adaptativos de respuestas ante el estrés, la ansiedad percibida y la ira, lo que redundaría en prevenir las situaciones de riesgo que perjudican la salud de las personas. Desarrollando para ello, las intervenciones desde un enfoque holístico sin disociaciones mente-cuerpo, incorporando las técnicas de Mindfulness en los programas no solo de salud, sino ampliando su ámbito, dado el enfoque psicoeducativo de sus procedimientos, a la prevención en cualquier entorno. Teniendo en cuenta que al trabajar con la “tecnología” Mindfulness hemos de mantener los principios filosóficos que subyacen a la Psicología y Filosofía budista, para no distorsionar con interpretaciones erróneas

cualquier proceso en el que se esté aplicando. Considerando este aspecto, nuestra investigación incide en dos elementos de la variable independiente que son la base temática del programa y la formación del instructor, esta último en la línea sugerida por Segal et al., 2002; Mc Cown et al., 2010 y Kabat-Zinn et al., 2011; con lo cual son dos elementos que inciden especialmente en la adherencia al programa.

Así mismo, es notoria la simplicidad de la técnica ya que con un entrenamiento adecuado los profesionales de la salud, del ámbito educativo, deportivo o social pueden aplicarla en cualquier etapa de la vida como un recurso más para mejorar el bienestar psicológico y como parte del proceso de desarrollo personal, pudiendo beneficiarse un amplio número de personas de la población general.

Los ámbitos de aplicación del entrenamiento en Mindfulness son variados, educativos, profesionales, asistenciales, entre otros, donde los sujetos pueden integrar el Mindfulness en lo personal y lo profesional, y de este modo pueden incidir sinérgicamente en las personas con las que trabajan y con las que se relacionan en general, mejorando las experiencias en salud de los pacientes o personas a las que atienden. A su vez, para aumentar su seguridad y la calidad de los programas se considera imprescindible la formación, acreditación y reglamentación de las prácticas y de los profesionales que las aplican, lo que redundará en los progresos en investigación en la aplicación de Mindfulness en general.



## 8. CONCLUSIONES

En relación con las hipótesis y los objetivos planteados en este trabajo, se puede concluir que:

1. El programa psicoeducativo en Mindfulness modelo MBSR desarrollado en esta investigación es el responsable de los cambios observados en la percepción que los sujetos tienen sobre la reducción de los distintos síntomas del malestar psicológico, la ansiedad y la gestión de la ira; además del aumento de la atención plena y de la capacidad de atención selectiva. Estos resultados confirman las hipótesis 1 y 2 de nuestro estudio. Así mismo, los resultados han permitidos identificar y clarificar los componentes del programa determinantes de estos cambios, como son, la práctica regular de la meditación sentada y la asistencia a más de siete sobre diez sesiones durante la implementación del mismo, con ello queda confirmada la hipótesis 3 de este estudio.
2. Los efectos constatados en las distintas variables medidas al concluir el programa se han mantenido después de tres meses de seguimiento y se asocian de forma significativa con la cantidad de práctica desarrollada en el domicilio (en torno a 30 minutos al día, todos los días de la semana); el tipo de meditación (formal e informal), el tipo de ejercicios desarrollados (Qi Gong) y la asistencia regular a un mínimo de 7 de las 10 sesiones del curso datos que permiten confirmar la hipótesis 4 planteada en este estudio.
3. Las características de la muestra en las variables, ira, ansiedad y malestar psicológico antes de la aplicación del programa psicoeducativo indican que los sujetos participantes en el estudio pertenecen al grupo poblacional funcional no clínico y presentan puntuaciones con variabilidad inter-sujeto. En relación a la atención plena y selectiva no existe variabilidad inter-sujeto.
4. Tras desarrollar el programa psicoeducativo se reducen de forma significativa los niveles de malestar psicológico y ansiedad; mejoran los niveles de atención selectiva, atención plena y mejora la gestión de la ira. Datos que confirman el cumplimiento de las hipótesis planteadas.
5. Tras la aplicación del programa se identifica que los cambios en la atención

plena son especialmente significativos en su relación con la percepción subjetiva de ansiedad, ira y malestar psicológico. La atención plena solo mejora el componente de concentración de la atención selectiva al finalizar el programa psicoeducativo y se mantienen durante el seguimiento.

6. Existe asociación significativa entre los cambios de la atención selectiva y los cambios en ansiedad e ira tras la aplicación del programa. Sólo la ansiedad de la subescala del LSB-50 se asocia con los cambios en atención selectiva tras cinco meses de seguimiento, lo que revela que a mayor atención selectiva la ansiedad percibida es menor. No existe asociación entre la gestión de la ira con la atención selectiva, ni viceversa.
7. Se constata que la realización de las actividades prácticas del programa psicoeducativo en Mindfulness aplicado a la vida cotidiana siguiendo un protocolo de tiempo, tipo y frecuencia de las prácticas, además de al asistencia continuada al curso de un mínimo de 7 sesiones durante los dos meses de desarrollo y manteniendo la dinámica de practicas en el domicilio durante los tres meses siguientes, producen los efectos señalados en la mejora de la atención selectiva, de la atención plena y de la gestión de la ira, reduciendo los niveles de ansiedad y malestar psicológico, manteniendo el nivel de funcionamiento después de tres meses de seguimiento, lo que confirma también la hipótesis 4.
8. Las variables físicas peso y tensión arterial no se encuentran asociados significativamente con la practica de este programa psicoeducativo en Mindfulness.

Esta investigación ha arrojado elementos clarificadores en relación con el desarrollo de los programas de Mindfulness modelo MBSR, determinando algunos componentes que están asociados a los efectos positivos que producen estos programas. Sería preciso intentar desarrollar en nuevas investigaciones que permitieran clarificar otros componentes que pudieran estar también relacionados con los observados en este estudio.

Tras desarrollar esta intervención se aprecia que es necesario y posible regular la práctica del Mindfulness como un elemento de la vida cotidiana de

cualquier individuo sin necesidad de padecer ningún tipo de trastorno, con el fin de no sólo mejorar nuestro bienestar psicológico, sino, de gestionar de una manera más adaptativa las circunstancias vitales, haciéndonos cargo de ellas en cada momento de forma consciente, siendo este el camino que permita el desarrollo personal pleno.

*“Somos lo que hacemos de forma repetida, La excelencia, entonces, no es un acto, sino un hábito”  
(Aristóteles, año 384 a.C.)*



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen N.B., Chambers R., Knight W., Blashki G., Ciechomski L., Hased C., et al. (2006) Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40: pp. 285-94.
2. American Psychiatric Association. (1977). Position statement on meditation. *The American Journal of Psychiatry*, 134, pp. 720.
3. Anderson, M.D., Lau, M.A., Segal, Z.V., & Bishop, S.R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, pp. 449-463.
4. Arch, J. J. y Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (12), pp. 1849-1858.
5. Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, pp. 97-106.
6. Baer, R. A. (2003). Mindfulness la formación como una intervención clínica: Una revisión conceptual y empírica.
7. Baer R. A, Smith GT, Allen KB. (2004) Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*; 11(3): pp. 191-206.
8. Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, pp. 27-45.
9. Barnés, A.,(2011). El Gi Gong como técnica de relajación. Motivación para la práctica y repercusiones psicosociales .Proyecto de fin de master. Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED). Facultad De Psicología.

10. Bédard, M., Felteau, M., Mazmanian, D., Fedyk, K., Klein, R., Richardson, J., & Minthorn-Biggs, M. B. (2003). Pilot evaluation of a mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries. *Disability and rehabilitation*, 25(13), pp. 722-731. Recuperado de [http://flash.lakeheadu.ca/~rklein/Klein%20Research/Publications\\_files/Disability%20Rehabilitation.pdf](http://flash.lakeheadu.ca/~rklein/Klein%20Research/Publications_files/Disability%20Rehabilitation.pdf)
11. Belzer, F., Schmidt, S., Lucius-Hoene, G., Schneider, J., Orellana-Rios, C., & Sauer, S., (2012). Challenging the Construct Validity of Mindfulness Assessment a Cognitive Interview Study of the Freiburg Mindfulness Inventory *Springer Science. Business Media New York*
12. Bisquerra Alzina, R., & Filella, G., (2003). Educación emocional y medios de comunicación. *Comunicar: revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, núm. 20, pp. 63-67.
13. Bisquerra, R. y Pérez Escoda, N. (2007): Las competencias emocionales II. *Educación XXI*, 10, pp. 61-82.
14. Brazier, C. (2003). *Buddhist Psychology*. United Kingdom: Constable & Robinson.
15. Bradford M. (2011). *Las emociones y los alimentos*". Barcelona .Ed. Océano Ámbar.
16. Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H., Adolphs, R., Rockland, C., & Damasio, A. R. (1995). Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science*, 269(5227), pp. 1115-1118
17. Bench, C., Frith, C. D., Grasby, P. M., Friston, K. J., Paulesu, E., Frackowiak, R. S. J., & Dolan, R. J. (1993). Investigations of the functional anatomy of attention using the Stroop test. *Neuropsychologia*, 31(9), pp. 907-922. Available online 30 May 2002. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002839329390147R>
18. Bertolín Guillén J.M. (2015).Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la Asociación*

- Española de Neuropsiquiatría* 35 (126) pp. 289-307. Recuperado de:  
<http://www.ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16883/16753>
19. Biegel, G.M., Brown, K.W., Shaphiro, S.L., & Schubert, C.M. (2009). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, pp. 855–866.
  20. Bien, T. (2010). Las Cuatro Moradas Sublimes. En S. Hick y T. Bien (Eds.), *Mindfulness y psicoterapia* (pp. 59-84). Barcelona: Kairós.
  21. Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness bases stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, pp. 71-83.
  22. Bishop, S., Lau, M., Shaphiro, S. Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., et. al., (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, pp. 230-241. Recuperado de  
[http://www.communicationcache.com/uploads/1/0/8/8/10887248/mindfulness-\\_a\\_proposed\\_operational\\_definition.pdf](http://www.communicationcache.com/uploads/1/0/8/8/10887248/mindfulness-_a_proposed_operational_definition.pdf)
  23. Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego- resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology*, Vol. 13, pp. 39-101. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
  24. Borteyrou, X., Bruchon-Schweitzer, M., & Spielberger, C. D. (2008). [The French adaptation of the STAXI-2, CD Spielberger's State-trait anger expression inventory]. *L'Encephale*, 34(3), pp. 249-255. DOI: 10.1016/j.encep.2007.06.001
  25. Botella, L., Pérez, M. (2007) .Conciencia Plena (Mindfulness) y Psicoterapia: Concepto, Evaluación y Aplicaciones Clínicas. *Revista de Psicoterapia.*; 17(66-67): pp. 77-120.
  26. Bowers, K.S. (1972). Situationism in psychology: an analysis and critique. *Psychological Review*, 80, pp. 307-336.
  27. Brefczynski-Lewis, J., Lutz, A., Schaefer, H., Levinson, D. , & Davidson, R., (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners.

- Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 104(27) pp. 11483-11488.
28. Brickenkamp, R., & Cubero, N. S. (2002). *d2, Test de atención: Manual*. TEA Ediciones.
  29. Brown KW, Goodman R. (2012). Dispositional mindfulness and the attenuation of neural responses to emotional stimuli. *Soc Cogn Affect Neurosci*; In press. doi:10.1093/scan/nss004.
  30. Brown, D.R., Wang, Y., Ward, A., Ebbeling, C.B., Fortlage, L., Puleo, E., *et al.* (1995). Chronic psychological effects of exercise and exercise plus cognitive strategies. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27, pp. 765-775.
  31. Brown, K., & Ryan, R. (2003.) The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 84 (4), pp.822-848.
  32. Brown K., Ryan R., & Creswell J., (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychol Inq*; 18 (4), pp. 211-237.
  33. Buchheld, N. Grossman, P. & Walach, H. (2001). Measuring Mindfulness in Insight meditation (Vipassana) and Meditation-Based Psychotherapy: the Development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for meditation and meditation Research*. Vol. 1 pp.11-34.
  34. Cacioppo, J. T., Larsen, J. T., Smith, N. K., y Berntson, G. G. (2004). The affect system: What lurks below the surface of feelings? En A. S. R. Manstead, N. H. Frijda, y A. H. Fischer (Eds.), *Feelings and emotions: The Amsterdam conference*. New York: Cambridge University Press.
  35. Cahn , B.R., & Polish, J., (2006).meditation states and Traits:EEG;ERP, and Neuroimaging Studies.psychological Bulletin 2006,132,(2) pp. 180-211 DOI: 10.1037/0033-2909.132.2.180
  36. Camps, V. (2011) *El gobierno de las emociones*, Barcelona, Editorial Herder. pp 336.
  37. Capafons, J. y Sosa, C. (2006). ¿Hay algo nuevo en terapia psicológica?: Tres propuestas y una respuesta posible. *Papeles del Psicólogo* Vol.27(2) ,pp.100-103

38. Cárcamo, M., & Moncada, L. (2010). Un nuevo concepto para la comprensión e intervención en psicología y psicoterapia: mindfulness o atención plena. *Psiquiatría Universitaria*, 6(1), pp. 79-91
39. Cardaciotto, L. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance* (Doctoral dissertation, Drexel University).
40. Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present moment awareness and acceptance. The Philadelphia mindfulness scale. *Assessment*, 15(2), 204-223. DOI: 10.1177/1073191107311467.
41. Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive care in Cancer*, 9(2), pp. 112-123.
42. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D. & Goodey (2003). Mindfulness –based stress reduction in relation to quality of life, mood symptoms of stress ,and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*.65 pp. :571-81
43. Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 21(8), pp. 1038-1049.
44. Carmody, J., Crawford, S., Salmoirago-Blotcher, E., Leung, K., Churchill, L., & Olendzki, N. (2011). Mindfulness training for coping with hot flashes: Results of a randomized trial. *Menopause*, 18, pp. 611–620.
45. Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35(3), pp. 471-494. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80028-](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80028-)

46. Castillo, A., Fernández, R., López, P. (2014). Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes Enfermería del Trabajo. 4: pp. 55-62. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738761>
47. Cayoun, B. A. (2010). The dynamics of bimanual coordination in: ADHD: Processing speed, inhibition and cognitive flexibility.
48. Cayoun, B. A., (2014). Terapia cognitivo conductual con Mindfulness integrado (TCCMi). Principios y práctica. Biblioteca de Psicología. Ed. Desclee de Brouwer, S:A., [www.ebooks.edesclee.com](http://www.ebooks.edesclee.com)
49. Cayton, K. (2012). The misleading mind: how we create our own problems and how Buddhist psychology can help us solve them. USA: New World Library
50. Cebolla, A., & Miró, M. T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66(67), pp. 133-157. Recuperado de: [http://assets00.grou.ps/0F2E3C/wysiwyg\\_files/FilesModule/vivirpresentes/20100707161919xyilyfxtjgxzqabej/Revista\\_de\\_Mindfulness\\_y\\_Psicoterapias.pdf#page=135](http://assets00.grou.ps/0F2E3C/wysiwyg_files/FilesModule/vivirpresentes/20100707161919xyilyfxtjgxzqabej/Revista_de_Mindfulness_y_Psicoterapias.pdf#page=135)
51. Cohen-Katz, J., Wiley, S.D., Capuano, T., Baker, D.M., Kimmel, S. Y Shaphiro. S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19, pp. 26–35.
52. Cooley, E. L., & Morris, R. D. (1990). Attention in children: A neuropsychologically based model for assessment. DOI:10.1080/87565649009540465
53. Coutu, D. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, 80, pp. 46-55
54. Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). Mindfulness based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35, pp. 471-494. Recuperado de: <http://216.92.233.154/mbrelenhanc.pdf>

55. Chambers, R., Lo, B., C., Y. & Allen, N. B. (2008). The Impact of intensive Mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive therapy and Research*. 32 (3), pp. 303-322. DOI 10.1007/s10608-007-9119-0
56. Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), pp. 560-572. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
57. Chan, A., Lee, A., Suen, L., & Tam, W., (2010). Effectiveness of a Tai-Chi Qigong program in promoting health-related quality of life and perceived social support in chronic obstructive pulmonary disease clients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 19 (5), pp. 653-664.
58. Chen, K. (2007). Qigong therapy for stress management. En P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, W. E. Sime, P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, W. E. Sime (Eds.), *Principles and practice of stress management (3rd ed.)* (pp. 428-448). New York, NY US: Guilford Press.
59. Chiesa, A., Serretti A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*. 40 (8) pp. 1239-1252.
60. Chiesa, A., Serretti A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med*.17 (1), pp. 83-93. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21265650>
61. Chiesa, A., Calati, R., Serretti, A., (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical psychology review*. 31(3): pp. 449-464. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.003
62. Chiesa A, Mandelli L, Serretti A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy versus psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment: a preliminary analysis. *J Altern Complement Med*.; 18(8): pp. 756–760.

63. Chödrön, P. (1998). Cuando todo se derrumba. Madrid: *Ediciones Gaia*.
64. Chow, Y., & Tsang, H., (2007). Biopsychosocial effects of qigong as a mindful exercise for people with anxiety disorders: a speculative review. *The journal of alternative and complementary medicine*, 13(8), pp. 831-840.
65. Chow, Y. W., Dorcas, A., & Siu, A. M. (2012). The effects of qigong on reducing stress and anxiety and enhancing body–mind well-being. *Mindfulness*, 3(1), pp. 51-59. [http://repository.lib.polyu.edu.hk/jspui/bitstream/10397/4910/2/b24624901\\_ir.pdf](http://repository.lib.polyu.edu.hk/jspui/bitstream/10397/4910/2/b24624901_ir.pdf)
66. Crane, R., Kuyken, Mark J., Williams, G., Hastings, R., Cooper L., (2011). Competence in Teaching Mindfulness-Based Courses: Concepts, Development and Assessment. Fennell *Springer Science*. Business Media, LLC
67. Creswell, J., Way, B., Eisenberger, N., & Lieberman, M., (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69, pp. 560–565.
68. Csikszentmihalyi, M, (1990). Aprender a fluir. Barcelona .Editorial Kairós.
69. Cuesta, M., de Iscar, M., Begega, M., Méndez, M., Álvarez, L., Solís, G. (2007). Psychometric properties of the d2 selective attention test in a sample of premature and born-at-term babies. *Psicothema*, 19, pp. 706-710.
70. Cysarz, D., & Büssing, A. (2005). Cardiorespiratory synchronization during Zen meditation. *European journal of applied physiology*, 95(1), pp. 88-95. Recuperado de: <http://www.mindbodysolutions.com.au/newsletters/CRS.pdf>
71. Damasio, A. (1999) "How the Brain Creates the Mind". *Scientific American*, *End of the Millennium Special Issue*.
72. Darwin, C. (1872). *The expression of emotions in man and animals*. London: Murray.
73. Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196–1
74. Davidson, D. (2003). Qué está presente a la mente? *Davidson [2003]*, 91-109.

75. Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., et, al., (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), pp. 564-570.
76. Davis, C. M. (2009). *Complementary therapies in rehabilitation: evidence for efficacy in therapy, prevention, and wellness*. Slack Incorporated. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=s6fwPPJjXT4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Davis+2009+Qi+gong&ots=\\_liBafs0FB&sig=C14iizePUzY1dL6m15JsgKNJ4rM#v=onepage&q=Davis%202009%20Qi%20gong&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=s6fwPPJjXT4C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Davis+2009+Qi+gong&ots=_liBafs0FB&sig=C14iizePUzY1dL6m15JsgKNJ4rM#v=onepage&q=Davis%202009%20Qi%20gong&f=false)
77. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. *Advances in experimental social psychology*, 13(2), pp. 39-80. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=l2pdTKSEnAIC&oi=fnd&pg=PA39&dq=Deci+%26+Ryan,+1980\)&ots=msCck0VhZ-&sig=ncm8KZ2QYWw3tZrRAbpZHEYqQ#v=onepage&q=Deci%20%26%20Ryan%2C%201980\)&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=l2pdTKSEnAIC&oi=fnd&pg=PA39&dq=Deci+%26+Ryan,+1980)&ots=msCck0VhZ-&sig=ncm8KZ2QYWw3tZrRAbpZHEYqQ#v=onepage&q=Deci%20%26%20Ryan%2C%201980)&f=false)
78. Desimone, R., & Duncan, J. (1995). Neural mechanisms of selective visual attention. *Annual review of neuroscience*, 18(1), pp. 193-222. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ne.18.030195.001205>
79. Del Barrio, V., Aluja, A. & Spielberger, C., (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37 (2), pp. 227-244.
80. De la Fuente, J., Franco, J., C., & Mañas, I., (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación / vol. 19*, pp. 31-52.
81. De la Fuente M., Franco C. Salvador M., (2010). Reducción de la presión arterial en un grupo de docentes hipertensos mediante un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness). *Revista: Psicología Conductual*, Vol. 18 no. 3, pp. 533-552

82. Delgado, L.C., (2009). Tesis doctoral: *Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness*. Editor: Editorial de la Universidad de Granada D.L .pp. 1989-2009
83. Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Viedma, M., Robles, H., y Vila, J., (2010).Eficacia de un programa de conciencia plena (Mindfulness) y valores humanos como herramienta de regulación emocional y prevención del estrés para profesores. *Psicología Conductual*, Vol, 18(3) pp. 511-532.
84. De Ribera, L., y Abuín, M. (2012). LSB-50: Listado de Síntomas Breve. Madrid. Tea Ediciones.
85. Derogatis, L., (2002). LBS-50-R .Cuestionario de 90 Síntomas. Adaptación española de González de Rivera, J. I. y Cols. Manual. Madrid .TEA Ediciones, S.A.
86. Desbordes G, Negi L.T, Pace TWW, Wallace B.A, Raison C.L, Schwartz E.L. (2012). Effects of mindful- attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Front Hum Neurosci.*; 6: pp. 292. doi:10.3389/fnhum.2012.00292.
87. Deyo, M., Wilson, K., Ong, J., Koopman, C., (2009). Mindfulness and rumination: does mindful- ness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore* (NY); 5, pp. 265-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2009.06.005>
88. Dhiravamsa. (1991).*La Vía del no apego*. Barcelona: Editorial La Liebre de Marzo.
89. Dhiravamsa. (1993). *La Vía del Despertar. Un camino real a la Iluminación*. Barcelona: Editorial La Liebre de Marzo.
90. Dhiravamsa. (2002). *Meditación Vipassana y Eneagrama. Hacia un desarrollo humano y armonioso*. Barcelona: Editorial La Liebre de Marzo.
91. Didonna, F. (2009). *Mindfulness-based interventions in an inpatient setting* (pp. 447-462). Springer New York.

92. Didonna, F. (2011). Manual Clínico de mindfulness. Biblioteca de psicología .Desclée de Brouwer.
93. Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1997-43193-002>
94. Diener, E., & Seligman, M.,. (2004). Beyond Money: Toward an economy of wellbeing. *Psychological Science*, 5, pp. 1-31. Recuperado de <http://psi.sagepub.com/content/5/1/1.short>
95. Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), pp. 166-171. DOI:10.1093/clipsy.bpg019
96. Dobkin, P. L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: what processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice*; 14: pp. 8–16. Recuperado de [doi:10.1016/j.ctcp.2007.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2007.09.004)
97. Doshi, J. (1989). Vipassana and psychotherapy. Vipassana Research Institute (ed.), Vipassana: Addiction and health. Vipassana Resarch Institute. Igatpuri, India, pp. 11-17.
98. Ekman P. & Oster, H. (1981). Expresiones faciales de la emoción. *Revisiones y reflexiones*. pp. 115-144. DOI:10.1080/02109395.1981.10821273.
99. Endler, N. S.(1973).The persons versus The situationa pseudo issue? A response to others *.Journal of Personality*, 41, pp. 287-303.
100. Engel, A., Fries, P. & Singer, W. (2001). Dynamic predictions: Oscillations and synchronyintop-down processing. *Nature Rewiews Neuroscience*, 2: pp. 704-716. [doi:10.1038/35094565](https://doi.org/10.1038/35094565)
101. Enríquez Anchondo, H. A. (2011). La inteligencia emocional plena: hacia un programa de regulación emocional basado en la conciencia plena. EDITA: Servicio de

Publicaciones de la Universidad de Málaga  
[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

102. Epstein, M. (2008). *Psychotherapy without the Self: A Buddhist Perspective*. United States: Yale University Press. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QiROoVzvyQsC&oi=fnd&pg=PR7&dq=102.%09Epstein,+M.+\(2008\).+Psychotherapy+without+the+Self:+A+Buddhist+Pe rspective.+United+States:+Yale+University+Press&ots=ric79\\_DwNk&sig=acgxz8V OZkjOFprsD74gvTwrGil#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QiROoVzvyQsC&oi=fnd&pg=PR7&dq=102.%09Epstein,+M.+(2008).+Psychotherapy+without+the+Self:+A+Buddhist+Pe rspective.+United+States:+Yale+University+Press&ots=ric79_DwNk&sig=acgxz8V OZkjOFprsD74gvTwrGil#v=onepage&q&f=false)
103. Epstein, M. (2009). *Going on being: life at the crossroads of Buddhism and therapy*. United States: Wisdom Publications.
104. Espínola, J. G, Morales, F. Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., Carreño, J., Ibarra, A.C. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum*. VOL. 20. No. 4. pp. 112-122.
105. Espinosa M. D., y Moreno, M. (2008). Las emociones destructivas y el derecho: un enfoque desde la ciencia, la religión y la moral. *Letras jurídicas: revista de los investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas UV*, (18), pp. 131-160. Y 2008 <http://www.letrasjuridicas.com/Volumenes/18/epinosamoreno18.pdf>
106. Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2(4), pp. 313-322. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/abstract>
107. Feldman, G. & Hayes, A. M., (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 11(3), pp. 255-262. Recuperado de [http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/AM\\_Hayes\\_%26\\_Feldman.pdf](http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/AM_Hayes_%26_Feldman.pdf)
108. Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the

- Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), pp. 177-190. DOI: 10.1007/s10862-006-9035-8
109. Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American psychologist*, 34(10), pp. 906. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1980-09388-001>
110. Fleischman, D. A., & Gabrieli, J. (1999). Long-term memory in Alzheimer’s disease. *Current Opinion in Neurobiology*, 9(2), pp. 240-244. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-4388\(99\)80034-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-4388(99)80034-8)
111. Franco, J. C, Martínez, E., (2010). Reducción de los niveles de burnout en personal de enfermería mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness). Tesela; 7. Recuperado de <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts7220.php>
112. Franco, J.C., Mañas, I., Cangas, A., Moreno, E. y Gallego, J. (2010). Reducing teachers’ psychological distress through a mindfulness training program. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), pp.655-666. Recuperado de: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9533/Reducing\\_teacher's.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/9533/Reducing_teacher's.pdf?sequence=2)
113. Fromm, E., Suzuki, D. T., & De Martino, R. (1960). Zen Buddhism and psychoanalysis. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1960-06706-000>
114. Fuentes S. N., y Franco D. C., (2005). *Factores que inciden en el estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital Nacional de San Rafael* (Doctoral dissertation, Universidad Francisco Gavidia).
115. Fulton, P. R. & Siegel, R. D. (2005) Buddhist and western psychology. Seeking common ground. En Germer, C. K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (Eds) *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2013-30853-002>

116. Fulton, P. (2010). Anatta: yo, no-yo y el terapeuta. En S. Hick y T. Bien (Eds.), *Mindfulness y psicoterapia*. Barcelona: Kairós. pp. 85-108
117. Gabarrón, J. M., Vidal, J. M., Abad, I., Boix, A. Jover B. y Arenas M., (2002). Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 29 (6): pp. 329-337. DOI: 10.1016/S0212-6567(02)70578-7
118. García, J. (2008). *Psicología de la atención*. Madrid: Síntesis
119. Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
120. Gil, J., Barreto, P., Montoya, I., (2014). Mejora de las capacidades de “atención plena” y reducción de síntomas psicopatológicos con mindfulness. *Informació psicològica*, (98), pp. 42-54. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/159>
121. Gilpin, R. (2006). *The use of Theravada Buddhist Practices and Perspectives in Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. University of Sunderland. DOI:10.1080/14639940802556560
122. Goldstein, J. y Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: The path of insight meditation*. Boston: Shambhala.
123. Goldstein, J. (1998). *La Meditación Vipassana (la práctica de la libertad)*. Novelda (Alicante). Editorial: DHARMA
124. Goleman, D. (2006) *Emociones destructivas. Como comprenderlas y dominarlas*. Narra un diálogo científico con el Dalai Lama, 4a reimp. pp. 83. Barcelona, Ed. Urano,
125. Goleman, D. (2001). *Emotional intelligence perspectives on a theory of performance*. En C. Cherniss, & D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
126. Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas: como comprenderlas y dominarlas*. Buenos Aires: Ediciones B.

127. Granath, J., Ingvarsson, S., von Thiele, U., & Lundberg, U. (2006). Stress management: a randomized study of cognitive behavioural therapy and yoga. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(1), pp. 3-10. DOI:10.1080/16506070500401292
128. Grepmaier L, Mitterlehner F, Nickel M. (2006) Promotion of mindfulness in psychotherapists in training and treatment results of their patients. *Journal of Psychosomatic Research*; 60: pp. 649–50.
129. Gross, J. J. (1998a). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), pp. 224–237. Recuperado de <http://www.wisebrain.org/media/Papers/EmotionsAntecedencesResponsesReg.pdf>
130. Gross, J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, pp. 271-299. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1089-2680.2.3.271>
131. Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, pp. 281–291. <http://dx.doi.org/10.1017.S0048577201393198>
132. Grossman, P. & Niemann, L. & Schmidt, S. & Wallach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 57, pp. 35-43. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
133. Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D.C., Penner, I.K., & Steiner, C. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75, pp. 1141–1149. doi: <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181f4d80d>
134. Gunaratana, H. (2002). Mindfulness in Plain English. 1993. *Reprint, Boston: Wisdom*.
135. Guo, X.; Zhou, B.; Nishimura, T.; Teramukai, S., & Fukushima, M. (2008). Clinical effect of Qigong practice on essential hypertension: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(1), pp. 27-37. Recuperado de : <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2007.7213>

136. Gyatso, T. (S.S. el XIV Dalai Lama). (1997). *Las cuatro nobles verdades. Los fundamentos de las enseñanzas budistas y de su correcta práctica*. México: Debolsillo.
137. Gyatso, T. (S.S. el XIV Dalai Lama), Cutler & Howard C., (2006). *El arte de vivir en el nuevo milenio. Una guía ética para el futuro*, Random House Mondadori, Debolsillo, México.
138. Gyatso, T. (S.S. el XIV Dalai Lama), (2007). *El arte de la sabiduría*. Random House Mondadori. Barcelona Recuperado de: <http://www.serlib.com/pdflibros/9788483465486.pdf>
139. Hamilton, N. A., Kitzman, H. & Guyotte, S. (2006). Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy. Positive Psychology*, 20(2), pp. 123-134. Recuperado de : <http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic253774.files/April%201%20readings/Enhancing%20Health%20%20Hamilton.pdf>
140. Hart, W. (1987). *The art of living: Vipassana* by S.N. Goenka. San Francisco, CA: Harper and Row.
141. Hart, W. (1994). *La Vipassana El arte de la meditación Budista*. Madrid: Editorial EDAF.
142. Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17(2), pp. 289. Recuperado de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733476/pdf/behavan00024-0090.pdf>
143. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996) Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64, pp. 6. DOI:10.1093/clipsy.bph080

144. Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (1999) Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Press;  
Recuperado de :<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-04037-000>
145. Hayes, S.C. (2002). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), pp. 58-66. Recuperado de:  
[http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80041-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80041-4)
146. Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), pp. 249-254.  
DOI: 10.1093/clipsy.bph079
147. Hayes, S. C. & Follette, V. M. & Linehan, M.M. (2004). Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioural Tradition. Nueva York: The Guilford Press.
148. Hayes, A. & Feldman, G. (2004). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. University of Miami of emotions, thoughts, images, memories, and Clin Psychol Sci. Prac 11: pp. 255–262,  
Recuperado de  
[http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/AM\\_Hayes\\_%26\\_Feldman.pdf](http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/AM_Hayes_%26_Feldman.pdf)
149. Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2005-02461-001>
150. Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), pp. 639-665. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
151. Hayes, S. Strosahl, K., & Houts, A. (2005). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer.
152. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research*

- and therapy*, 44(1), pp. 1-25. Recuperado de:  
[http://scholarworks.gsu.edu/psych\\_facpub/101](http://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101)
153. Hempel S, Taylor SL, Marshall NJ, Miake-Lye IM, Beroes JM, Shanman R, Solloway MR, Shekelle PG. (2014) Evidence Map of Mindfulness [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); Oct. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0071639/>
154. Hernández Ramos F. (2003). *Que tus alimentos sean tu medicina*. Barcelona .Ed. RBA
155. Hodgins, H. S., & Adair, K. C. (2010). Attentional processes and meditation. *Consciousness and cognition*, 19(4), pp. 872-878. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2010.04.002>
156. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), pp. 36-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>
157. Hubbling A, Reilly-Spong M, Kreitzer MJ, Gross CR. (2014). How mindfulness changed my sleep: focus groups with chronic insomnia patients. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 10; pp. 14:50. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24512477>
158. Irvin, J., Dobkin, P., & Park, J. (2009). A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice* 15(2), pp. 61-66. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.002>
159. Jain, S., Shapiro, S.L., Swanick, S., Roesch, S.C., Mills, P.J., Bell, I., & Schwartz, G.E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 11–21. DOI: 10.1207/s15324796abm3301\_2

160. Jensen, C.G., Vangkilde, S., Frokjaer, V., Hasselbalch, S.G., (2012). Mindfulness training affects attention or is it attentional effort? *J. Exp Psychol Gen.* 141, pp. 106-23. DOI: 10.1037/a0024931
161. Jiménez, J., Hernández, S., García, E., Díaz, A., Rodríguez, C., y Martín, R. (2012). *European Journal of Education and Psychology*, Vol. 5, No 1 (pp. 93-106) Eur. j. educ. psychol. [http:// www.ejep.es](http://www.ejep.es).
162. Johansson, M., Hassmén, P. & Jouper, J. (2008). Acute effects of Qigong exercise on mood and anxiety. *International Journal of Stress Management*, 15(2), pp. 199-207. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/2157-3905.1.S.60>
163. Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in Behavioural Medicine for chronic pain patients on the practice of Mindfulness. Meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4, pp. 33-47. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
164. Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. *New York: Dell Publishing*.
165. Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 149, pp. 936-943 <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
166. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*, New York, Hyperion,
167. Kabat-Zinn, M. & Kabat-Zinn, J. (1997) *Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting*, New York .Hyperion.
168. Kabat-Zinn, J (2003). MBSR interventions in context: Past, Present and Future. *Clin. Psychological Sci. Pract.* 10, pp. 144-156. DOI: 10.1093/clipsy.bpg016
169. Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós
170. Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.

171. Kabat-Zinn, J. (2013). *La Práctica de la Atención Plena*. Barcelona: Editorial Kairós
172. Kang, Y. S., Choi, S. Y. & Ryu (2009). The effectiveness of a stress coping program based on Mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29, pp. 538-543. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.12.003>
173. Kilpatrick LA, Suyenobu BY & Smith SR. (2011) Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction training on intrinsic brain connectivity. *Neuroimage*. May 1; 56 (1), pp. 290- 298. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.02.034>
174. Kirkengen A.L. (2008). Inscriptions of violence: societal and medical neglect of child abuse--impact on life and health. *Med Health Care Philos.* (1): pp. 99-110. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11019-007-9076-0>
175. Klein, S., Gibson,N. (2014) ¿Qué le hace enfadar? Barcelona.Ed Acanto.
176. Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwijn, J. (2007). Randomized trial of a medication- based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45, pp. 2518-2526. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.011>
177. Krusche, A., Cyhlarova, E. & Williams J.M. (2013). Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. *BMJ Open*. 3. Recuperado de: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e003498.full>
178. Kupper, Z., & Schmidt, S. (2013). German Contributions to Mindfulness Research, Part 2: Assessment of Mindfulness. *Mindfulness*, 4(1), pp. 1-2. DOI 10.10071-012-0174-6
179. Lan HK, Subramanian P, Rahmat N, Kar PC. (2014).The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting wellbeing among nurses in critical care units. *AJAN*, 31(3), pp. 22-31. Recuperado de: <http://www.ajan.com.au/Vol31/Issue3/31-3.pdf>

180. Langer, E. (1989). *Mindfulness*. MA: Addison Wesley.
181. Lang, P., Melamed, B.G, & Hart, J. (1968). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology*. 76, pp. 220-234.
182. Lazar, W. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*. Vol.16, N17. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361002/>
183. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 234-247. Recuperado de [http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1993/05000/Coping\\_theory\\_and\\_research\\_\\_past,\\_present,\\_and.2.aspx](http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1993/05000/Coping_theory_and_research__past,_present,_and.2.aspx)
184. Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., et al. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*. 62(12), pp. 1445-1467.
185. LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon y Schuster.
186. Lee, M. S., Lee, M. S., Kim, H. J., & Moon, S. R. (2003). Qigong reduced blood pressure and catecholamine levels of patients with essential hypertension. *International Journal of Neuroscience*, 113, pp. 1691–1701  
DOI:10.1080/00207450390245306
187. Lee, M. S., Lim, H-J., & Lee, M. S. (2004). Impact of qigong exercise on self-efficacy and other cognitive perceptual variables in patients with essential hypertension. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 10, pp. 675–680.  
Doi:10.1089/acm.2004.10.675.
188. Lengacher, C. A., Johnson, Mallard, V., White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W. et al. (2009). Randomized controlled trial of Mindfulness based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *PsychoOncology*, 18(12), pp. 1261-1272. DOI: 10.1002/pon.1529

189. Linehan M. (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford. Recuperado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UZim3OAPwe8C&oi=fnd&pg=PA3&dq=187.%09Linehan+M.+%281993%29+Cognitive-behavioral+treatment+of+borderline+personality+disorder.+New+York:+Guilford&ots=qBTz2uWtFb&sig=YS81vZ6z8r2kPNto2mwP05Xc7kA#v=onepage&q&f=false>
190. Lykins, E, Carmody, J., Baer, R. A., LB., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness based stress reduction program. *Journal of clinical psychology*, 65(6), pp. 613-626.
191. Lozano, C. Ortiz, C. & Lobo. (2004). El Incremento En La Prescripción De Antidepresivos. ¿Una Panacea Demasiado Cara? *Revista Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 90, pp. 83-96. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000200007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000200007&script=sci_arttext)
192. Luce, G. G. (2005). *Encuentro de la psicología occidental con el budismo tibetano. En Tarthang Tulku, El espejo de la mente: enseñanzas del budismo tibetano y la psicología occidental* (pp. 21-46). México: Pax.
193. Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA*, 300(11), pp. 1350-1352. (doi:10.1001/jama.300.11.1350)
194. Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [The trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, pp. 109-157. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-10557-005>
195. Luciano, C. & Valdivia, S. & Gutiérrez, O. & Páez-Blarrina, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso [Advances from Acceptance and Commitment Therapy]. *Revista de Psicología y Pedagogía. Edupsyké*, 5(2), pp. 173-201. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147831>
196. Luciano C, y Valdivia, S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencias. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27 (2), pp 79-91.

197. Lutz, A., Dunne, J. & Davidson. R. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness: An Introduction. En: Zelazo, P., Moscovitsch, M., & Thompson, E. *The Cambridge handbook of Consciousness*. Cambridge University press. Cambridge, New York.
198. Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*, 12, pp. 163-169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>
199. Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *Plos One*, 3(3), pp. 1-10. DOI: 10.1371/journal.pone.0001897
200. Lutz, A., McFarlin, D.R, Perlman, D.M, Salomons T.V, Davidson R.J., (2013). Altered anterior insula activation during anticipation and experience of painful stimuli in expert meditators. *Neuroimage.*; 64, pp. 538–46. doi:10.1016/j.neuroimage.2012.09.030.
201. Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology*, 2(12), 750-755. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(01\)00590-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(01)00590-3)
202. Lykins, E.L.B., & Baer, R.A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, pp. 226–241.
203. McCown, D., Reibel, D., & Micozzi, M. S. (2011). Teaching mindfulness: A practical guide for clinicians and educators. *New York: Springer*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007%2F978-0-387-09484-7>
204. Maldonado, E., Vera, F., Manzaneque, J., Carranque G. y Cubero, V. (2006). Efectos de la práctica de Qigong sobre parámetros hormonales, síntomas de ansiedad, presión arterial y calidad subjetiva del sueño en estudiantes universitarios. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, pp. 76-77, 9-15. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2006005>

205. Manzaneque, J., Vera, F., Maldonado, E., Carranque, G., Cubero, V., Morell, M., y Blanca, M. (2004). Assessment of immunological parameters following a qigong training program. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 10(6), pp. 264-270. Recuperado de <http://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/11687/act/2>
206. Manzaneque, J. M., Vera, F. M., Rodriguez, F. M., Garcia, G. J., Leyva, L. y Blanca, M. J. (2009). Serum cytokines, mood and sleep after a qigong program: Is qigong an effective psychobiological tool? *Journal of Health Psychology*, 14(1), pp. 60-67. Recuperado de <http://hpq.sagepub.com/content/14/1/60.short>
207. Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, pp. 26-34. Recuperado de <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/La-tercera-ola-de-terapias-de-conducta.pdf>
208. Mañas, I. (2009) Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, N°50, pp.13-29. Recuperado de <http://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/11/MINDFULNESS-ATENCIÓN-PLENA-LA-MEDITACIÓN-EN-PSICOLOGÍA.pdf>
209. Marlatt, G.A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behaviour. *Cognitive and Behavioural Practice*, 9(1), pp. 44-50. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80039-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80039-6)
210. Mayer, J., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). *Emotional intelligence as Zeitgeist, as personality, and as mental ability*. En R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 92-117). San Francisco: Jossey Bass.
211. Mestre, J. M., Guil, M. R., y Gil- Olarte, P. (2004). Inteligencia emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. *R.E.M.E. [On line]*, 7 (16).
212. Martín, A., Benito, E., López, A. & Pacheco, M (2004). Programa de Reducción de Estrés Mediante la Atención Consciente. Experiencia Práctica en la Unidad de

- Cuidados Paliativos del Hosp. J. March. *Póster V Congres de la Societat Catalana-Balear de cures Palliatives.*
213. Martín, A. (2005). Aplicación de la técnica MBSR para reducir el malestar psicológico en el entorno laboral. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 21, pp. 22-26.
214. Martín, A. (2007). Reducción de Estrés mediante la Atención Plena: La preparación psicológica del desafío español. Recuperado de: [Http://WWW.masmar.com/articulos/art\\_107,3929,1.html](http://WWW.masmar.com/articulos/art_107,3929,1.html).
215. Martín-Asuero, A. y García de la Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: Desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 7 , Nº 2, pp.369-384.
216. Martín-Asuero A y García-Banda G., (2010). The Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) Reduces Stress-Related Psychological Distress in Healthcare Professionals. *The Spanish Journal of Psychology*. [13] 2, pp.895-903. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977037>(2015
217. Martín Asuero A, Rodríguez T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix, J. (2013). Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals. *Gac Sanit* 27 (6): pp. 521-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23721869>
218. Martin-Breen, P. Anderies. J.M. (2012). *Resilience: A Literature Review*. New York. Free pres pp. 172-186
219. Meier, D. E. (2001). The Inner life of Physicians and Care of the Seriously Ill. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 286, pp. 3007-14.
220. Melham, L. (2002). *Calmat y Claridad*. España: Editorial La LLave
221. Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): Manual./Inventory of Situations and Responses of Anxiety (ISRA). Manual.*
222. Miró, M. (2007). La atención plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, XVII (66-67)

- pp.31-76. Recuperado de:  
[http://assets00.grou.ps/0F2E3C/wysiwyg\\_files/FilesModule/vivirpresentes/20100707161919-xyilyfxtjgxzqabej/Revista\\_de\\_Mindfulness\\_y\\_Psicoterapias.pdf#page=33](http://assets00.grou.ps/0F2E3C/wysiwyg_files/FilesModule/vivirpresentes/20100707161919-xyilyfxtjgxzqabej/Revista_de_Mindfulness_y_Psicoterapias.pdf#page=33)
223. Miró MT, Perestelo-Pérez L, Pérez Y, Rivero A, González M, de la Fuente J y cols. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Rev Psicopatol y Psicol Clin* (1):1-14. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1432698>
224. Mitchell S.A, Hoffman A.J, Clark JC, DeGennaro R.M, Poirier P, Robinson C.B et al. (2014). Putting evidence into practice: an update of evidence-based interventions for cancer-related fatigue during and following treatment. *Clin J Oncol Nurs*, 18 Suppl: 38-58. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25427608>
225. Mytton, J. A., DiGuseppi, C., Gough, D. A., Taylor, R. S., & Logan, S. (2002). School-based violence prevention programs: systematic review of secondary prevention trials. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156 (8), pp. 752-762. Doi:10.1001/archpedi.156.8.752
226. Moñivas A, García-Diex G, Garcia-de-Silva R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia: Revista de Trabajo Social*. 12b: pp. 83-9 Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3868103>
227. Moral, M. V. y Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: Crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*, 25, pp. 72-79.
228. Morales, F., Díaz, E., Espíndola, J., Henales, C., Meza, P., Mota, C., Pimanel, D. (2005). Concepto de salud psicológica. Temas Selectos en Orientación Psicológica, Creando Alternativas. *Universidad Iberoamericana-Scranton University*. Vol. 1. México, D.F.: El Manual Moderno; pp. 49-62.
229. Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación: la atención plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología* Vol.12 No.1 Instituto de la Familia Guatemala. Recuperado de: [www.revistapsicologia.org](http://www.revistapsicologia.org)

230. Moscoso, S. (2000). Estructura factorial del Inventario Multi-cultural Latinoamericano de la Expresión de la Cólera y la Hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (2), pp. 321-343. Recuperado de: <http://www.researchgate.net/publication/26595537>
231. Nahas, R. (2008). Complementary and alternative medicine approaches to blood pressure reduction an evidence-based review. *Canadian Family Physician*, 54 (11), pp. 1529-1533. Recuperado de: <http://www.cfp.ca/content/54/11/1529.short>
232. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). (2009). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. *Barcelona: Elsevier*. Recuperado de: <http://www.nnnconsult.com.bibproxy.ulpgc.es/nanda/146>
233. Nayaka-Thera, H. G. (2003). *El cultivo de la atención plena. La práctica de la meditación Vipassana*. México: Editorial Pax México.
234. Nelson, T. O., Stuart, R. B., Howard, C., & Crowley, M. (1999). Metacognition and clinical psychology: A preliminary framework for research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6 (2), pp. 73-79 DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<73::AID-CPP187>3.0.CO;2-7
235. Neuman B.,(1982). *Neuman Systems Model*. Recuperado de *About Neuman Systems Model.Inc(2011)*. <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com.es/2013/06/betty-neuman.html>
236. Nhat Hanh, T. (1991). *Peace is Every Step: The Path of Mindfulness in Everyday Life*. *United States of America: Bantam Books*.
237. Nhat Hanh, T. (1999). *Transformación y Sanación. El Sutra de los cuatro fundamentos de la consciencia*. Barcelona: Paidós.
238. Nhat Hanh, T. (2004). *El Corazón de las Enseñanzas de Buda*. Barcelona: Oniro.
239. Nhat Hanh, T. (2007). *El Milagro del Mindfulness*. Barcelona: Oniro.
240. Nhat Hanh, T. (2009). *Hacia la paz interior*. Barcelona: Debolsillo.

241. Nhat-Hanh, T. (2011). *Peace is every breath: A practice for our busy lives*. Reino Unido: Harper Collins Publishers.
242. Nolen-Hoeksema, S. (2000). Growth and resilience among bereaved people. *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin EP Seligman*, pp. 107-127.)
243. Nyklíčěk, I., & Kuipers, K. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, pp. 331–340. DOI 10.1007/s12160-008-9030-2
244. Nyanaponika, T. (1962). *The heart of Buddhist meditation: A handbook of mental training based on the Buddha's way of mindfulness*. London: Rider and Company.
245. Nyanaponika, T. (1965). *The heart of Buddhist meditation*. York Beach, ME: Red Whell/Weiser.
246. Nyanaponika, T. (1972). *The power of mindfulness*. San Francisco: Unity Press.
247. Nyanaponika, T. (1973). *The heart of Buddhist meditation*. New York: Weiser Books.
248. Nyanaponika, T. (1998). *Abhidhamma studies*. Boston: Wisdom Publications. (Orig. 1949)
249. Pagnoni G. (2012). Dynamical properties of BOLD activity from the ventral posteromedial cortex associated with meditation and attentional skills. *J Neurosci.*; 32 (15), pp. 5242–5249. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4135-11.2012
250. Parasuram, R. (1984). Sustained attention in detection and discrimination. En R. Parasuram y D.R. Davies (Eds.), *Varieties of Attention* (pp. 243-271). *Nueva York: Academic Press*.
251. Peressuttia, C., Martín-González, J.M. y García-Mansoa, J.M. (2009). Heart rate dynamics in different levels of Zen meditation. *International Journal of Cardiology*. Recuperado de: [www.elsevier.com/locate/ijcard](http://www.elsevier.com/locate/ijcard) .Contents lists available at ScienceDirect

252. Perlman, D.M., Salomons , T. V., Davidson, R.J., Lutz, A. (2010). Differential effects on pain intensity and unpleasantness of two meditation practices. *Emotion*. 10 (1), pp. 65–71. doi:10.1037/a0018440
253. Pérez, A. M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), pp. 159-172.
254. Pérez, M. A. y Botella, L. (2007). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17, pp. 77-120.
255. Perna, G. (2005). *Las emociones de la mente: Biología del cerebro emotivo*. Madrid: Ediciones Tutor.
256. Posner, M. I. & Petersen, S. (1990). The attentional system of the human brain. *Annual Review Neuroscience*, 13, pp. 25-34.
257. Posner, M. I. & Rothbart, M. K. (1992). Attentional mechanisms and conscious experience. In A. D. Milner & M. D. Rugg (Eds.). *The neuropsychology of consciousness* (pp.91–111). Toronto: Academic Press. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-97253-005>
258. Raz, A. & Buhle, J., (2006). Typologies of attentional networks. *Nat Rev Neurosci* 7, pp. 367-379.
259. Pradhan, E., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, K., Magyari T. et al. (2007). Effect of Mindfulness-based Stress reduction in Rheumatoid Arthritis Patients. *Arthritis Care & Research*.10.1002/art.23010.
260. Raz, A., & Buhle, J. (2006). Typologies of attentional networks. 7 (5) pp. 367-379.
261. Rebollo, M.A. y Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42, 3-7.
262. Reibe, I D.K, Greeson, J.M., Brainard, G.C. & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient

- population. *Gen Hosp Psychiatry*; 23 (4) pp. 183–92. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11543844>.
263. Remor E., Amorós M. & Carrobles J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de la ira en relación con el malestar físico. *Anales de psicología*. Vol nº 1, pp. 37-44. Copyright servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). Recuperado de: edición web ([www.um./analesps](http://www.um./analesps)):1695-2294
264. Requena, Y. (2007). *Movimientos para la felicidad*. Ed. La liebre de marzo. S.L. Barcelona
265. Requena, Y. (2010). *La gimnasia de la eterna juventud: Guía fácil de Q Gong*. Ed. Robinbook. Barcelona
266. Reyes, L., Meininger, J., Liehr, P., Chan, W. & Mueller, W. (2003). Anger in adolescents: Sex, ethnicity, age differences, and psychometric properties. *Nursing Research*, 52, pp. 2-11.
267. Ricard, M. (1998) *El monje y el filósofo*. Ed.Urano, Barcelona
268. Ricard, M. (2006) *En defensa de la felicidad*. Barcelona. Ed. Urano, Barcelona.
269. Rimpoché, S. (1994). *El libro tibetano de la vida y la muerte*. Ed.Urano. Barcelona
270. Rimpoché, G. (2006). *Las emociones*. Ed. Imagina. San Sebastián
271. Rivera, A. F. (2010). *Liderazgo como alternativa de desarrollo personal*. Publicaciones Icesi, (32)
272. Robbins, C.J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 50-57. DOI: 10.1016/S1077-7229(02)80040-2
273. Robbins, B. D. , Felder, A. J., Aten, H. M., Neudeck, J. A., & Shiomi-Chen, J., (2014). Mindfulness at the Heart of Existential-Phenomenology and Humanistic Psychology: A Century of Contemplation and Elaboration. *The Humanistic Psychologist*, 42(1), pp. 6-23.DOI:10.1080/08873267.2012.753886

274. Robins, C., Keng, S., Ekblad, A., & Brantley, J. (2012) Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Emotional Experience and Expression: A Randomized Controlled Trial .*Journal of Clinical psychology*, Vol. 68(1), pp. 117-131 Wiley Periodicals, Inc. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com/journal/jclp). DOI: 10.1002/jclp. 20857
275. Robins, J. L., Kiken L., Holt, M., McCain & N.L. (2015). Mindfulness: an effective coaching tool for improving physical and mental health. *J Am Assoc Nurse Pract*. 26 (9) pp. 511-8. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4029868/>.
276. Roemer, L. (2005). Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety Conceptualization and Treatment. *Boston. Springer*. Recuperado de [http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-25989-9\\_9#page-1](http://link.springer.com/chapter/10.1007/0-387-25989-9_9#page-1)
277. Robinson, F. P., Mathews, H. L., & Witek-Janusek, L. (2003). Psycho-endocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasiexperimental study. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 9(5), 683-694. doi:10.1089/107555303322524535.
278. Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia. Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. La Eficacia De Los Tratamientos Psicológicos. *Papeles del Psicólogo. Revista Del Colegio Oficial De Psicólogos*, 87. pp.45-45.
279. Rodríguez F.M., Manzaneque, J.M., Vera, F.M., Godoy Y., A, Ramos, N.S, Blanca M.J y cols. (2014). Valoración de parámetros de ansiedad y depresión tras un programa de meditación “Mindfulness”: un estudio piloto. *Ansiedad y estrés*. 20(1) pp.1-10. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4710737>
280. Rodríguez B., Melero–Llorente J., Bayón C., Cebolla S., Mira J., Valverde C., et. al (2014). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation

- processes for psychotherapists in training, *Psychotherapy Research*, 24:2, 202-213, DOI: 10.1080/10503307.2013.838651 .
281. Rosenberg, M. (1999). *Breath by breath: The liberating practice of insight meditation*. Boston: Shambala.
282. Rosenberg, M. (2014). *El sorprendente propósito de la rabia: Más allá de la gestión de la rabia: descubrir el regalo*. Barcelona: Editorial Acanto.
283. Rosenberg MB (2014) *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida* Barcelona. Editorial Acanto S.A.
284. Rosh, E (2007). 'More Than Mindfulness: When You Have a Tiger by the Tail, Let It Eat You'. *Psychological Inquiry*, 18, 258-264. DOI:10.1080/10478400701598371
285. Roth, B. & Robbins, D. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality Of Life: Findings From A Bilingual Inner-City Patient Population. *Psychosomatic Medicine*, 66, pp. 113-123
286. Rubin, J. B. (2003). Close Encounters of a New Kind: Toward an Integration of Psychoanalysis and Buddhism. En S. R. Segall (Ed.), *Encountering Buddhism: Western Psychology and Buddhist Teachings* (pp. 31-60). United States of America: *State University of New York Press*. Recuperado de [http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2004/01000/Mindfulness\\_Based\\_Stress\\_Reduction\\_and.16.aspx](http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2004/01000/Mindfulness_Based_Stress_Reduction_and.16.aspx) recuperado de
287. Safran J, Muran JC (2005). *La alianza terapéutica* .Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, España, Recuperado de: <http://www.edesclée.com/pdfs/1935X.pdf>.
288. Sallán E.T., Rubio E., Lasaos. F, Rubio, E. (2005). Depresión en atención primaria: ¿Cuál es su gasto farmacéutico? Volume 35, Issue 3. Pages 165. Underan *Elsevier*. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705703097>

289. Salmon, P.G., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C., & Studts, J., ( 2004). Mindfulness meditation in clínica practice. *Cognitive and Behavioral Practice*; 11, pp. 434–46
290. Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, pp. 185-211.
291. Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, disclosure, and health*, 125, pp.154. Recuperado de [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/CognitionandAffect/CA1995SaloveyMayer.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/CognitionandAffect/CA1995SaloveyMayer.pdf)
292. Salovey, P. & Sluyter, D. J. (eds.) (1997): *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications*. Basic Books. Nueva York.
293. Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A. & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, pp. 611-627
294. Santideva, (1961). A guide to the bodhisattva way of life (Bodhicaryavatara). Translated from the Sanskrit and Tibetan By Vesna A. Wallace and B. Alan Wallace (1997). Snow Lion Publications Ithaca, New York US .Recuperado de [http://info.stiltij.nl/publiek/meditatie/leraren/\\_historisch/shantideva-bodhicaryavatara-wallace.pdf](http://info.stiltij.nl/publiek/meditatie/leraren/_historisch/shantideva-bodhicaryavatara-wallace.pdf)
295. Santorelli, S. & Kabat-Zinn, J., (1999). Mindfulness-based stress reduction professional training resource manual. *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society: Worchester, MA*.
296. Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152 (2) pp: 361-369. doi: [org/10.1016/j.pain.2010.10.043](http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.043)

297. Shaphiro, S., Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), pp. 420-427. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199804000-00020>
298. Shaphiro, S. L., Shaphiro, D. E., & Schwartz, G. E. (2000). Stress management in medical education: a review of the literature. *Academic Medicine*, 75(7), pp. 748-759. Recuperado de: [http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2000/07000/Stress\\_Management\\_in\\_Medical\\_Education\\_\\_A\\_Review.23.aspx](http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/2000/07000/Stress_Management_in_Medical_Education__A_Review.23.aspx)
299. Shaphiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12 pp. 164–17
300. Shaphiro, S. L. Carlson, L. Astín, J. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. Published online in Wiley Inter Science ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)). DOI: 10.1002/jclp.20237.
301. Shaphiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), pp. 105. DOI: 10.1037/1931-3918.1.2.105
302. Shaurya-Prakash R, De Leon AA, Klatt M, Malarkey W, & Patterson B. (2013). Mindfulness disposition and default-mode network connectivity in older adults. *Soc Cogn Affect Neurosci*; 8 (1):112–7. doi:10.1093/scan/nss115.
303. Segal ZV, Williams JM., & Teasdale JD. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
304. Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Desclée De Brouwer. Bilbao:

305. Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
306. Siegel, D. J. (2010). *Cerebro y Mindfulness*. Barcelona, España: Paidós.
307. Siegel, R. D., (2010) *La solución Mindfulness: prácticas cotidianas para los problemas cotidianos*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
308. Siegel, R. D. (2011). *The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems*. Guilford Press.
309. Simón, V.M. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, XVII, 65; pp. 5-31. Recuperado de <http://vicentesimon.com/pdf/mindfulness.pdf>
310. Sivilli, T., & Pace, T. (2014). The human dimensions of resilience: a theory of contemplative practice and resilience. *Garrison, NY: Garrison Institute*.
311. Skoglund, L., & Jansson, E. (2007). Qigong reduces stress in computer operators. *Complementary therapies in clinical practice*, 13(2), pp. 78-84. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2006.09.003>
312. Zolli, A. & Healy, A.M. (2012). Resilience: Why things bounce back. In: New York: Free Press; pp. 172–186. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yIHOb7-xZ1sC&oi=fnd&pg=PA25&dq=310.%09Zolli+A,+Healy+AM.+Resilience:+Why+things+bounce+back.+In:+New+York:+Free+Press%3B+2012:172-+186.+&ots=dfZbivJHsH&sig=iy2y8FxfOxtxqVwEO\\_m3UrcE2d8#v=onepage](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yIHOb7-xZ1sC&oi=fnd&pg=PA25&dq=310.%09Zolli+A,+Healy+AM.+Resilience:+Why+things+bounce+back.+In:+New+York:+Free+Press%3B+2012:172-+186.+&ots=dfZbivJHsH&sig=iy2y8FxfOxtxqVwEO_m3UrcE2d8#v=onepage)
313. Song, Y., & Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Educ Today*, 35(1), pp. 86-90. Recuperado de: <http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917%2814%2900222-6/pdf>
314. Spinoza B. (1977), *Ética, tratado teológico-político*. Porrúa. México.

315. Stahl, B., & Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés*. Kairós. Barcelona, España.
316. Tacon, AM. McComb, J., Caldera, Y. & Randolph, P. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: A pilot study. *Family & Community Health*. 26(1), pp. 25-33. [PubMed:12802125]
317. Tang, Y.Y, Ma, Y., Wang, J. Fan, Y. Feng, S., Lu Q., et al., (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *PNAS*, 104 (43). Fonseca, E (Trad.). Recuperado de [www.yi-yuan.net/english/pdf/2007-PNAS.pdf](http://www.yi-yuan.net/english/pdf/2007-PNAS.pdf)
318. Tang Y.Y. Brewer J a, Worhunsky PD, Gray JR, Weber J, Kober H. (2011). Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 108 (50), pp. 20254–9. doi:10.1073/pnas.1112029108.
319. Tang, Y.Y. & Lu,Q., (2012). Mechanisms of white matter changes induced by meditation. *Proc Natl Acad Sci U S A.*; 109(26): pp. 10570-4.
320. Tang Y. Y. & Posner MI. (2013). Tools of the trade: theory and method in mindfulness neuroscience. *Soc Cogn Affect Neurosci.*; 8 (1), pp. 118–20. doi:10.1093/scan/nss112.
321. Tarthang Tulku. (1994). *Abra su mente: Autoconocimiento y paz interior mediante la meditación*. Norma. Colombia.
322. Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, pp. 146–155. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E
323. Teasdale, J., Segal, Z, Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J. & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp. 615-623.
324. Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression:

- empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), pp. 275.  
DOI: 10.1037/0022-006X.70.2.275 · Source: PubMed
325. Teasdale, J. D. & Ma, S. H., (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), pp.31.  
<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.72.1.31>
326. The Garrison Institute (2014). Contemplative-Based Resilience Training. Recuperado de <http://www.garrisoninstitute.org/transforming-trauma/contemplative-based-resilience-training>. Accessed February 17
327. Thera, H. G. N. (2008). *El cultivo de la atención plena: La práctica de la meditación Vipassana*. Editorial Pax. México
328. Tolke, E. (2006). *El poder del ahora. Una guía para la iluminación espiritual*. Gaia. Barcelona.
329. Trogawa, Dr. (1989). Mental Health. *Journal of Contemplative Psychotherapy*, 6, pp. 11-25.
330. Trott, P., Wiedemann, A. M., Lüdtkke, R., Reißhauer, A., Willich, S. N., & Witt, C. M. (2009). Qigong and exercise therapy for elderly patients with chronic neck pain (QIBANE): a randomized controlled study. *The Journal of Pain*, 10(5), pp. 501-508.  
]. Recuperado en : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2008.11.004>
331. Tsang, H.H., Mok, C.K., Yeung, Y. & Chan, S.C. (2003). The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(5), pp. 441-449. DOI:10.1002/gps.861
332. Tsang, H.H., Fung, K.T., Chan, A.M., Lee, G. & Chan, F. (2006). Effect of a Qigong exercise programme on elderly with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(9) pp. 890-897.

333. Tsang HW, Cheung L, & Lak DC. (2002). Qigong as a psychosocial intervention for depressed elderly with chronic physical illnesses. *Int J Geriatr Psychiatry*. 17(12): pp. 1146-1154.
334. Tsering, G. T. (2006). *Buddhist Psychology: The foundations of Buddhist thought. United States: Wisdom Publications*. DOI: 10.1002/gps.861
335. Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicologo*. Vol.27 (2), pp 92-99.
336. Vázquez, C. (2006). La Psicología Positiva en Perspectiva. *Psicología Positiva. La Investigación Sobre Los Efectos De Las Emociones Positivas. Papeles del Psicólogo*. Revista Del Colegio Oficial De Psicólogos, Vol. 27(1), pp. 1-2.
337. Zillmer, E.A. & Spiers, M.V. (2001). *Principles of Neuropsychology*. United Kingdom: Wadsworth.
338. Wachs, K. & Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital & Family Therapy*, 33(4), pp. 464-481. DOI:10.1111/j.1752-0606.2007.00032.x
339. Walker B, Salt D. (2006). *Resilience Thinking: Sustaining Ecosystems and People in a Changing World*. Kindle. Island Press; pp. 192.
340. Wallace, B.A. (1999). The Buddhist tradition of Samatha: Methods for refining and examining consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 6(2), pp. 175-187.
341. Wallace, B. A. (2006). The nature of mindfulness and its role in Buddhist meditation: A correspondence between B. Alan Wallace and the venerable Bhikkhu Bodhi. *Unpublished manuscript, Santa Barbara Institute for Consciousness Studies, Santa Barbara, CA*.
342. Walsh, R. & Shapiro, S.L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 61(3), pp. 227-239

343. Wallach, H. Buchheld, N. Büttenmüller, V. Kleinknecht, N. & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, pp. 1543–1555.
344. Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán J. A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría* 37(1) pp. 495-3]. Recuperado de e: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/55/ESP/12816+12-1227.pdf>
345. Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 27(2) pp. 92-99.
346. Varela, F. J., Rosch, E., & Thompson, E. (1992). *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Gedisa España
347. Walker B, Salt D. (2006). *Resilience Thinking: Sustaining Ecosystems and People in a Changing World*. Kindle. Island Press; 192.
348. Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, 82(1), pp. 1-8.
349. Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), pp. 297-307. Recuperado de <http://www.restoresportsmassage.co.uk/mindfulness%20fibromyalgia.pdf>
350. Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, pp. 58–71.
351. Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide. Madrid.
352. Vibe M.de, Hammerstrøm K., Kowalski K. & Bjørndal A. (2010). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for improving health and social functioning in adults.

*Campbell Library of Systematic Reviews*. Recuperado en <http://www.campbellcollaboration.org/lib/project/117/>

353. Yeshe, L. T. (2003). *Tu mente es un océano*. Dharma. España.
354. Xin, L.; Miller, Y.D., & Brown, W.J. (2007). A qualitative review of the role of Qigong in the management of diabetes. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(4), pp. 427-433. <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2006.6052>
355. Zillmer, E. A., & Spiers, M. V. (1998). *Principles of clinical neuropsychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

## ANEXOS

---



## ANEXO 1 : CARTEL DE PUBLICIDAD DE CURSOS DE ULPGC

CURSOS



**de**  
**extensión**  
universitaria

## MINDFULNESS: LA HERRAMIENTA PARA DESARROLLAR LA EXCELENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL

DEL 20 DE OCTUBRE DEL 2014  
AL 16 DE MARZO DEL 2015

HORARIO

30 horas	50 plazas
----------	-----------

<b>Objetivos del curso</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar la vida emocional.</li> <li>2. Recuperar la capacidad de identificar las propias emociones y la posibilidad de expresarlas en forma auténtica y adecuada.</li> <li>3. Favorecer alcanzar el máximo de despliegue de los talentos (fortalezas) tanto en las relaciones personales, como en el ámbito del desarrollo profesional y del auto-conocimiento.</li> </ol>
<b>Dirigido a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudiantes de la ULPGC: Todos los ámbitos.</li> <li>- Estudiantes de Ciclos Medios y Superiores.</li> <li>- Trabajadores/as de entidades sociales públicas y privadas cuyo trabajo se relacione con el tema de la formación o no.</li> <li>- Público en general.</li> </ul>

**Programa**

**Contenido:**

Todas las sesiones seguirán la siguiente estructura:

1. Exposición del tema del bloque temático del programa correspondiente a cada sesión.
2. Ejercicios prácticos: se enseñaran prácticas formales de las siguientes técnicas (para lo que se requerirá una ropa cómoda): Escaneo corporal (exploración del cuerpo). Meditación sentada (Vipassana, centrada en la respiración). Conciencia en movimiento (ejercicios de Chi Gong).
3. Debate en grupo sobre el grado de consecución y las dificultades encontradas al aplicar las técnicas en la vida diaria.
4. Utilización de recursos y las estrategias para el afrontamiento de dificultades.
5. Instrucciones para las prácticas en casa durante la semana.

**Más Información y Matriculación:**

Matricula por Internet:  
[www.ulpgc.es](http://www.ulpgc.es)  
(Estudios - Extensión Universitaria)

Administraciones de Edificios ULPGC

Extensión Universitaria  
C/ Real de San Roque nº1

Horario: 10 a 13 h  
Tlf: 928 45 10 18/  
10 76 / 10 21

Fecha de matriculación:  
Del 5 de septiembre al 4 de octubre de 2014

Importe de matriculación:  
ALUMNOS ULPGC: 40€  
EXTERNOS: 50€

Lugar de celebración:  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**DIRECTOR: JOSEFA MARÍA RAMAL LÓPEZ**

**PONENTE: MARÍA AMPARO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ**

**JOSEFA MARÍA RAMAL LÓPEZ**

Acreditación: Diploma acreditativo por la ULPGC  
Convalidable por créditos de libre configuración en todos los Centros de la ULPGC.



---

## ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

D/D<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_  
mayor de edad con DNI \_\_\_\_\_, AUTORIZO a D<sup>a</sup> María Amparo Rodríguez Sánchez docente del curso MINDFULNESS LA HERRAMIENTA PARA DESARROLLAR LA EXCELENCIA PERSONAL Y PROFESIONAL a utilizar previa información suministrada, los datos obtenidos a partir de los cuestionarios cumplimentados durante el mismo, que serán utilizados para el trabajo de investigación–Tesis que lleva por título: **Mindfulness (Atención plena) el camino desde el malestar hacia el desarrollo personal.** (Se garantiza la confidencialidad y el anonimato de todos los datos obtenidos)

Las Palmas de Gran Canaria, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma:

Nombre y Apellidos:

DNI:

**ANEXO 3: LSB-50**  
(De Rivera y Abuín, 2012)

Valore el grado en que ha tenido cada uno de los siguientes síntomas en las últimas semanas.

0	1	2	3	4
Nada	Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

1	Mi corazón palpita o va muy deprisa.	
2	Me siento triste.	
3	Tengo ganas de romper o destruir algo.	
4	Siento nerviosismo o agitación interior.	
5	Tengo mareos o sensaciones de desmayo.	
6	Me preocupa la dejadez y el descuido.	
7	Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago.	
8	Me cuesta tomar decisiones.	
9	Me irrito o enfado por cualquier cosa.	
10	Siento miedo en la calle o en espacios abiertos.	
11	Tengo dolores de cabeza.	
12	Me siento decaído o falto de fuerzas.	
13	Me despierto de madrugada.	
14	Duermo inquieto o me despierto mucho por la noche.	
15	Doy vueltas a palabras o ideas que no consigo quitarme de la cabeza.	
16	Me siento incómodo o vergonzoso cuando estoy en reuniones o con gente.	
17	Me vienen ideas de acabar con mi vida.	
18	Tengo miedo sin motivo.	
19	Tengo molestias digestivas o nauseas.	
20	Siento hormigueo o se me duerme alguna parte del cuerpo.	
21	Veó mi futuro sin esperanza.	
22	Me da miedo estar solo.	
23	Tengo ataques de ira que no puedo controlar.	
24	Me siento incomprendido o no me hacen caso.	
25	Me da miedo a salir de casa solo.	
26	Me parece que otras personas me observan o hablan de mí.	
27	Me cuesta dormirme.	
28	Tengo sentimientos de culpa.	
29	Me siento incómodo comiendo o bebiendo en público.	
30	Me siento herido con facilidad.	
31	Me siento incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.	
32	No siento interés por nada	
33	Tengo manías como repetir las cosas innecesariamente (tocar algo, lavarme, comprobar algo, etc.)	
34	Me vienen ideas o imágenes que me dan miedo.	
35	Me siento temeroso.	
36	Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hago bien.	

37	Me siento solo.	
38	Me siento inferior a los demás.	
39	Lloro con facilidad.	
40	Me siento solo aunque tenga compañía.	
41	Me da por gritar o tirar cosas.	
42	Me siento inútil o poco valioso.	
43	Me duelen los músculos.	
44	Discuto con frecuencia.	
45	Tengo dolores en el corazón o en el pecho.	
46	Me dan ahogos o me cuesta respirar.	
47	Tengo que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque me dan miedo.	
48	Me dan ganas de golpear o hacer daño a alguien.	
49	Siento que todo requiere un gran esfuerzo.	
50	Tengo presentimiento de que algo malo va a pasar.	

<b>Escalas de validez</b>	
Permiten detectar posibles sesgos de respuesta que puedan estar afectando a los resultados de la prueba	
Minimización (Min)	Indica si el evaluado puede estar minimizando la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece. Puede reflejar un intento consciente o inconsciente de dar una imagen falsamente favorable de sí mismo.
Magnificación (Mag)	Indica si el evaluado puede estar magnificando su sintomatología puntuando con alta intensidad síntomas relativamente poco frecuentes.
<b>Índices generales</b>	
Permite tener una visión global del nivel de sufrimiento patológico del evaluado	
Índice global de severidad (GOBAL)	Indica el grado de afectación global del evaluado Es una medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático. Es el marcados numérico más sensible del sufrimiento psicológico global del paciente, ya que combina el número de síntomas con su intensidad.
Número de síntomas presentes	Indica el número de síntomas que presenta el evaluado (independientemente de su intensidad) siendo una medida de la extensión de las manifestaciones psicopatológicas.
Índice de intensidad de síntomas presentes (INT)	Es un índice de la intensidad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Es una medida más "pura" de la intensidad del sufrimiento ya que nos indica específicamente la intensidad de los síntomas que afirma tener el evaluado, no del conjunto de síntomas evaluados.
<b>Escalas y subescalas clínicas</b>	
Informan del perfil psicopatológico del evaluado, esto es, la forma particular de expresión de la psicopatología.	
Psicorreactividad (Pr)	Evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación a la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.

Hipersensibilidad (Hip)	Explora la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, la excesiva focalización bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo.
Obsesión-compulsión (Obs)	Evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente así como la existencia de rituales o compulsiones.
Ansiedad (An)	Explora las manifestaciones tanto el trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye además síntomas referidos a un temor o miedo irracional.
Hostilidad (Hs)	Evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia, resentimiento.
Somatización (Sm)	Explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debido a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Es útil para el screening de los trastornos somatomorfos y de la ansiedad somática.
Depresión (De)	Evalúa la presencia de síntomas característicos de la depresión como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, incluida la culpa.
Alteraciones del sueño (Su)	Explora la presencia específica de alteraciones del sueño que son relevantes desde el punto de vista de la salud y del bienestar.
Alteraciones del sueño ampliadas (Su)	Evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas de sueño. En conjunto de las puntuaciones de alteraciones de sueño y alteraciones de sueño-ampliadas permite una aproximación a la distinción entre alteraciones del sueño primarias o médicas y las secundarias o inherentes a estados ansiosos-depresivos.
<b>Índice de riesgo psicopatológico</b>	
Índice de riesgo Psicopatológico	Evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica formando un conglomerado de desvalorización, incompreensión, miedo somatización y hostilidad junto con ideas de suicidio. En su conjunto resulta predictivo para la inclusión del evaluado en una población afectada con psicopatología.

**ANEXO 4: INVENTARIO DE MINDFULNESS DE FREIBURG (IMF)**  
(Walach, Buchheld, Grossman & Schmid, 2006)

Encontrarás 30 frases que describen ciertos estados, señala la respuesta que indica mejor lo que te ocurre a ti respecto a cada afirmación. Contesta tan sincera y espontáneamente como puedas. No hay ninguna respuesta equivocada o acertada, buena o mala, lo único importante es tu propia experiencia personal.

		Raramente	A veces	Con cierta frecuencia	Casi siempre
1	Estoy abierto a la experiencia del momento presente.				
2	Estoy consciente de mi cuerpo cuando estoy comiendo, cocinando, limpiando o andando.				
3	Cuando me doy cuenta que estoy soñando despierto vuelvo lentamente al momento presente.				
4	Yo me valoro.				
5	Presto atención a cuáles son los motivos de mis acciones.				
6	Vejo mis errores y dificultades sin juzgarlos.				
7	Yo me siento conectado a mi experiencia en el aquí –ahora.				
8	Acepto las experiencias desagradables.				
9	Soy demasiado autocrítico cuando las cosas salen mal.				
10	Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.				
11	En situaciones difíciles puedo hacer una pausa sin reaccionar inmediatamente.				
12	Experimento momentos de paz interior y relajación incluso en las situaciones de agitación y tensión.				
13	Soy impaciente conmigo mismo y también con los demás.				
14	Soy capaz de sonreírme cuando me doy cuenta como a veces me complico la vida.				

**Copyright by Walach, Buchheld, Grossman & Schmid**

**ANEXO 4 : HOJA DE CORRECCIÓN (IFM)**  
**INVENTARIO DE MINDFULNESS DE FREIBURG**  
 (Tabla de elaboración propia)

	Ítem													Índice Global		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Pre	P1	P2
Pre																
Pos t 1																
Pos t 2																
Pre																
Pos t 1																
Pos t 2																
Pre																
Pos t 1																
Pos t 2																
Pre																
Pos t 1																
Pos t 2																



---

**ANEXO 4: COMUNICACIÓN DEL USO DE ATERIAL DE EVALUACIÓN A LOS  
AUTORES DEL INVENTARIO FMI**

---

En Las Palmas de Gran Canaria a 3 de Abril del 2012

Dear professor **Harald Walach**

I write to you because I am developing my PhD in the Faculty of Health Sciences of the University of Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) Canary Islands (Spain) and the subject is *Mindfulness as a tool for excellence*. Dra. Josefa M. Ramal López, formal member of the Department of Nursery in the University, is supervising me.

As a tool of measurement of Mindfulness in my investigation I have chosen the FMI from which I have obtained references in the results as much as for your work *Measuring mindfulness the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)*, (Personality and Individual Differences 40 (2006), as for the different investigations that had used it to measure mindfulness.

We had considered the FMI for our work especially for the characteristics that shine as an instrument of measurement, for its dimensionality as a construct, reliance and validity.

We would like to have your approval to develop a Spanish adaptation of the FMI. We have done a previous translation of the complete scale (30 items), together with a shorter version (14 items), which we attach to this mail for you to asses.

We are at your entire disposition to provide any further information required.

I personally appreciate your attention, we are looking forwards for your answer.

Sincerely,

**M<sup>a</sup> Amparo Rodríguez Sánchez**

---

**ANEXO 5 : STAXI-2 (Spielberger, 2001)**


---

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí mismo. Lee cada afirmación y rodea con un círculo uno de los números que encontrarás a la derecha, el número que mejor indique **CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A	no, en absoluto	B	algo	C	moderadamente	D	mucho
---	-----------------	---	------	---	---------------	---	-------

<b>COMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO</b>					
1	Estoy furioso	A	B	C	D
2	Me siento irritado	A	B	C	D
3	Me siento enfadado	A	B	C	D
4	Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5	Estoy quemado	A	B	C	D
6	Me gustaría decir tacos	A	B	C	D
7	Estoy cabreado	A	B	C	D
8	Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9	Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10	Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11	Quiero romper algo	A	B	C	D
12	Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13	Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14	Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien	A	B	C	D

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí mismo. Lee cada afirmación y rodea con un círculo uno de los números que encontrarás a la derecha, el número que mejor indique **CÓMO TE SIENTES NORMALMENTE**, utilizando la siguiente escala de valoración:

A	no, en absoluto	B	algo	C	moderadamente	D	mucho
---	-----------------	---	------	---	---------------	---	-------

<b>COMO ME SIENTO NORMALMENTE</b>					
16	Me caliento rápidamente	A	B	C	D
17	Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18	Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20	Tiendo a perder los estribos (nervios)	A	B	C	D
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22	Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23	Me cabreo con facilidad	A	B	C	D
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D

25 Me enfado cuando se me trata injustamente	A	B	C	D
--	---	---	---	---

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí mismo. Lee cada afirmación y rodea con un círculo uno de los números que encontrarás a la derecha, el número que mejor indique CÓMO REACCIONAS O TE COMPORTAS CUANDO ESTÁS ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala de valoración:

A	no, en absoluto	B	algo	C	moderadamente	D	mucho
---	-----------------	---	------	---	---------------	---	-------

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO				
26 Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
27 Expreso mi ira	A	B	C	D
28 Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29 Hago comentarios irónicos de los demás	A	B	C	D
30 Mantengo la calma	A	B	C	D
31 Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32 Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33 Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34 Discuto con los demás	A	B	C	D
35 Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36 Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37 Estoy más enfado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38 Digo barbaridades	A	B	C	D
39 Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40 Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41 Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42 Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43 Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44 Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45 Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46 Trato de relajarme	A	B	C	D
47 Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48 Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49 Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

**ANEXO 6 :ISRA**  
(Tobal J.J.M., Cano Vindel, A.R.2007)

C

0 Casi nunca  
1 Pocas veces  
2 Unas veces sí, otras veces no.  
3 Muchas veces  
4 Casi siempre

Σ

		1	2	3	4	5	6	7	OBSERVACIONES	
	<b>SITUACIONES</b>									
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil									
5	En mi trabajo o cuando estudio.									
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9	Cuando soy observado o en mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10	Si tengo que hablar en público.									
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13	Después de haber cometido algún error.									
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.									
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.									
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.									
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.									
19	En lugares altos, o ante aguas									

	profundas.											
20	Al observar escenas violentas.											
21	Por nada en concreto.											
22	A la hora de dormir.											
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.											
		$\Sigma R$									TOTAL	

F

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 0 | Casi nunca                     |
| 1 | Pocas veces                    |
| 2 | Unas veces sí, otras veces no. |
| 3 | Muchas veces                   |
| 4 | Casi siempre                   |

Σ

		1	2	3	4	5	6	7		
	SITUACIONES								OBSERVACIONES	
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil									
5	En mi trabajo o cuando estudio.									
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9	Cuando soy observado o en mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10	Si tengo que hablar en público.									
11	Cuando pienso en experiencias recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.									
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.									
13	Después de haber cometido algún error.									
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.									

15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.											
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.											
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.											
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.											
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.											
20	Al observar escenas violentas.											
21	Por nada en concreto.											
22	A la hora de dormir.											
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.											
$\Sigma R$												TOTAL

M

- 0 Casi nunca  
 1 Pocas veces  
 2 Unas veces sí, otras veces no.  
 3 Muchas veces  
 4 Casi siempre

Σ

		1	2	3	4	5	6	7		
	SITUACIONES								OBSERVACIONES	
1	Ante un examen en el que me juego mucho o si voy a ser entrevistado para un trabajo importante.									
2	Cuando voy a llegar tarde a una cita.									
3	Cuando pienso en las muchas cosas que tengo que hacer.									
4	A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil									
5	En mi trabajo o cuando estudio.									
6	Cuando espero a alguien en un lugar concurrido.									
7	Si una persona del otro sexo está muy cerca de mí, rozándome, o si estoy en una situación sexual íntima.									
8	Cuando alguien me molesta o cuando discuto.									
9	Cuando soy observado o en mi trabajo es supervisado, cuando recibo críticas, o siempre que pueda ser evaluado negativamente.									
10	Si tengo que hablar en público.									
11	Cuando pienso en experiencias									

	recientes en las que me he sentido ridículo, tímido, humillado, solo o rechazado.												
12	Cuando tengo que viajar en avión o en barco.												
13	Después de haber cometido algún error.												
14	Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre.												
15	Cuando voy a una cita con una persona del otro sexo.												
16	Cuando pienso en mi futuro o en dificultades y problemas futuros.												
17	En medio de multitudes o en espacios cerrados.												
18	Cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva.												
19	En lugares altos, o ante aguas profundas.												
20	Al observar escenas violentas.												
21	Por nada en concreto.												
22	A la hora de dormir.												
23	Escriba una situación en la que usted manifiesta frecuentemente alguna de estas respuestas o conductas.												
	$\Sigma R$											TOTAL	



## Anexo 7: PROGRAMA DE MINDFULNESS

### ÍNDICE DEL PROGRAMA TEÓRICO-PRÁCTICO PARA LA ENSEÑANZA DE LA MEDITACIÓN VIPASSANA (Programa de elaboración propia)

---

1. Cómo meditar: Meditación sentada y Caminando.  
Cómo salir de la Meditación.  
Conceptos: *el Dharma y Vipassana*.
2. Atención a la respiración con las sensaciones.  
Conceptos: *el Samádhi, el Ego, Observación e Identificación*.
3. Atención a la respiración con todo el cuerpo.  
Conceptos: *La desidentificación*.
4. La atención a los pensamientos (mente).  
Conceptos: *Los cinco agregados*.
5. La atención a la mente.  
Conceptos: *Los cinco agregados*.
6. La atención ciertos estados de la mente.  
Conceptos: *Los cinco agregados*.
7. La atención a los estados mentales.  
Conceptos: *Los cinco agregados*

## PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FÍSICO



Mindfulness, hacia la excelencia personal y profesional.  
Programa de entrenamiento físico.  
Wu Dang Qi Gong  
( Chi-Kung )

Mindfulness, hacia la excelencia personal y profesional

### CONSEJOS BÁSICOS PARA LA PRÁCTICA

#### CHI-KUNG BÁSICO

- Ejercicios de calentamiento o estiramiento.
- El arquero.
- Respiración espinal
- Abrir y cerrar.
- Las ocho piezas del brocado.

#### MEDITACIÓN

#### WU DANG QI GONG

- Postura 1 Protocolo Inicial de Apertura de las diferentes posturas.
- Postura 2 Protocolo de clausura de las diferentes posturas.
- Postura 3 Posturas estáticas.
- Postura 4: El Dragón de las inundaciones se hunde en el mar.
- Postura 5: La golondrina púrpura se alza a las alturas en el cielo.
- Postura 6: El tigre demba la montaña.
- Postura 7: Inclinar se ante el templo dorado.
- Postura 8: El águila abre sus alas.
- Postura 9: El dragón y el tigre se saludan.



Basados en el programa de Yes Requena y Guillermo Leyva.

### Las 8 piezas del brocado



Soñar con el cielo con los brazos.

Aperturar la muñeca y la mano.

Separar los brazos.

Oscilación de la cabeza y del cuello.

Verter la vista atrás.

Estirar la columna.

Pequeños carridos.

Elevarse sobre la punta de los pies. (7 veces).

## REGISTRO SEMANAL

### Hoja de Registro

Fecha \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
<b>MEDITACIÓN</b>	Sentada							
	De pie							
	Comida							
	Limpieza							
	Fregando							
	Barriendo							
<b>EJERCICIOS</b>	Chi-Kung							
	Todos							
	Algunos							
<b>SONIDOS CURATIVOS</b>	Todos							
	Algunos							
<b>RESPIRACIÓN</b>								
<b>EXPLORACIÓN CORPORAL</b>								

### Hoja de Registro

Fecha \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

 Conceptos no entendidos o difíciles de asimilar	 Dificultades de la práctica diaria	 Aspectos positivos



**REGISTROS DE VARIABLES DEL PROGRAMA DE MINDFULNES**  
**Grupo 201\_ /201\_**

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	PESO			TENSIÓN			IFM			LS-B50			STAXI			ISRA			D-2			
		Pre	Post 1	Post 2	Pre	Post 1	Post 2	Pre	Post 1	Post 2	Pre	Post 1	Post 2	Pre	Post 1	Post2	Pre	Post 1	Post 2	Pre	Post 1	Post 2	
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							

---

**REGISTROS DE VARIABLES FÍSICAS DEL PROGRAMA DE MINDFULNES**


---

o	APELLIDOS Y NOMBRE	PESO			TENSIÓN		
		Pre	Post	A los 5 meses	Pre	Post	A los 5 meses
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							

**CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS**

Nº	Apellidos Nombre	201_									201_	
		Octubre		Noviembre				Diciembre			Marzo	Junio
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												

---

**RECURSOS MATERIALES NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA**

---

- Cartel informativo del curso
- Cronograma
- Aula con sillas
- Sala de Hotel para sesión de 8 horas
- Ordenador y proyector
- Música ambiental (sonidos de la naturaleza)
- Cojines y esterillas individuales
- Guía de meditación Mindfulness-CD (uno por participante)
- Consentimiento informado
- Fotocopias de material didáctico
- Fotocopias de registros
- Originales de inventarios de evaluación de las variables psicológicas [d2, STAXI-2, ISRA, LSB-50, IFM]
- Una monitora Mindfulness

## TABLA DE EJERCICIOS DE CHI KUNG

(Fuente: Elaboración propia)

Todos los ejercicios han de realizarse muy lentamente, primero la articulación del lado izquierdo y luego la del lado derecho. Apoyar un pie en el suelo mientras el otro realiza el ejercicio, si no se puede se apoyan en una silla (esto en los ejercicios con los pies y la cadera).

- Comenzamos con los **movimientos de girar la rodillas** suavemente, apoyándose hacia un lado y otro sin inclinarse demasiado.
- Girar hacia afuera (3 veces mínimo)
- Girar hacia dentro ( “ )
- **Estirar empeine** ( “ ) (puntas hacia delante y hacia tras)
- **Dar pataditas** hacia la izquierda derecha y hacia atrás(con cada pie)
- **Girar cadera** hacia fuera y hacia dentro tres 3 veces.
- Cadera hacia fuera y hacia dentro con la rodilla flexionada
- Movimiento circular de la cadera
- Movimiento hacia la izquierda y hacia la derecha.
- Movimiento hacia fuera y hacia dentro con la pelvis.
- **Movimiento de hombros** hacia delante y hacia atrás, arriba abajo.
- Movimiento **de muñecas** (hacia fuera, hacia dentro).
- Movimiento **de codos** (hacia fuera ,hacia dentro)
- Movimiento **de brazos** estirados hacia tras y hacia delante (como si nadaras).
- **Estiramiento de brazos** por encima de la cabeza , entrelazar dedos manos y estirar , levantando a la vez los talones quedando unos segundos sobre las puntas(procurar subir el estómago),soltar los brazos a ambos lados del cuerpo (tres veces).
- Estiramiento de brazos por encima de la cabeza y hacia atrás.
- Estiramiento de brazos hacia la izquierda, pausa, hacia la izquierda y hacia adelante.
- Movimiento suave **de cervical** (como si señalaras: si, si ,si...y no ,no ,no) quince con cada movimiento.
- Girar **el cuello** suavemente: hacia la izquierda y derecha, y hacia atrás y hacia adelante( que la barbilla toque el pecho).
- Posición **para limpiar el cuerpo** con los dos pies a la altura de los hombros, brazos a los lados suavemente las levantamos hasta el cielo y lentamente descendemos pasándolas por nuestro cuerpo sin tocarlo, nos inclinamos ligeramente como si saliera todo por nuestros pies hacia la tierra
- Volvemos durante unos segundos a la posición inicial .
- Al final permanecemos unos minutos **de meditación** con las manos apoyados en el ombligo notando la respiración y observando la posición corporal, con las rodillas ligeramente flexionada en forma de uve las plantas de los pies y la pelvis dentro.

---

**SCANNER CORPORAL Y MEDITACIÓN**  
**(e.j. SCANNER CORPORAL)**  
(Fuente: Elaboración propia)

---

Al empezar el ejercicio del scanner o examen del cuerpo nos tumbamos en una postura cómoda, cerramos los ojos y trasladamos nuestra atención a la parte superior de nuestra cabeza. Sintamos que sensaciones hay allí en ese momento; calor, o presión, hormigueos o entumecimiento.

Recuerda que no estamos tratando de crear sensaciones sólo las estamos sintiendo.

Veamos si podemos experimentar las sensaciones sin comentarlas, juzgarlas como buenas o malas, o proclamarlas como mías o mía.

Sólo sintamos lo que está pasando, manteniendo la mente tan tranquila y quieta como sea posible mientras, permitimos a cualquier reacción deliberada a lo que estamos sintiendo ponerse en marcha, percibamos cualquier reacción que se presente, experimentemos estos movimientos de la mente que no hemos elegido, explorando de donde pueden proceder y como afectan a nuestro sentimientos.

Si nos cuesta experimentar todas la sensaciones o incluso experimentar la cúspide de nuestra cabeza podemos imaginar nuestra inhalación fluyendo hacia arriba hacia aquel lugar. Ayudándonos a trasladar nuestro foco central a una parte particular de nuestro cuerpo o cuando parece que se atasca en algún lugar ayudándonos a liberarlo y moverlo después de explorar la parte superior de la cabeza empecemos lentamente a bajar nuestra atención por la frente así sobre los lados y la parte posterior de la cabeza.

Continuará...

---

## MEDITACIÓN CAMINANDO

(Fuente: Elaboración propia)

---

Selecciona un lugar tranquilo donde puedas caminar de un lado a otro ya sea en el interior o en el exterior. Unos 10 o 30 pasos de largo aproximadamente.

Empieza de pie en un extremo de esa senda para caminar. Con los pies firmemente enraizados en el suelo deja que tus brazos descansen cómodamente donde se encuentren a gusto.

Cierra por un momento los ojos, concéntrate y siente tu cuerpo de pie sobre la Tierra. Siente la presión de la planta de los pies y el resto de las sensaciones naturales propias de la postura de pie.

Luego abre los ojos y permítete estar presente y alerta. Empieza a caminar lentamente, intenta caminar con una sensación de dignidad y facilidad.

Presta atención a tu cuerpo, a cada paso experimenta las sensaciones de levantar el pie y la pierna del suelo. Se consiente cuando coloques cada uno de los pies en el suelo, relájate y deja que tu caminar sea cómodo y natural, siente con atención cada paso.

Cuando alcances el final de tu camino detente un momento, concéntrate y giras cuidadosamente y vuelve a pararte para poder ser consciente del primer paso de la vuelta. Puedes experimentar con la estabilidad caminando al ritmo que te haga estar más presente.

Continúa de un lado a otro durante unos 10 o 20 minutos, o más. Como en el caso de la respiración cuando estemos sentados, tu mente vagará muchísimas veces, tan pronto te des cuenta reconoce de un modo suave a donde va, vagando, pensando, oyendo, planeando, luego regresa para sentir el siguiente paso.

continuará..

---

## **MEDITACIÓN SENTADOS**

(Fuente: Elaboración propia)

---

Encuentra una postura en la silla o en el cojín en el que puedas sentarte erguido o erguida con comodidad, sin ponerte rígido o rígida. Deja que tu cuerpo se plante firmemente en la Tierra. Las manos descansando cómodamente, el corazón suave, los ojos ligeramente cerrados. De entrada siente tu cuerpo y conscientemente suaviza cualquier tensión evidente, abandona cualquier planificación o pensamiento habitual, lleva tu atención a sentir las sensaciones de tu respiración.

Respira hondo varias veces para experimentar donde notas la respiración con mayor facilidad, en forma de frío u hormigueo, en las fosas nasales o la garganta, con movimiento del pecho o el subir y bajar del estómago. Luego respira naturalmente.

Experimenta minuciosamente las sensaciones de tu respiración. Natural, relajándote en cada respiración, a medida que lo experimentas, dándote cuenta de cómo estas suaves sensaciones de la respiración, van y vienen con sus cambios. Tras unas pocas respiraciones, probablemente tu mente vagabundee.

Cuando te des cuenta, no importa el tiempo que te hayas ido, simplemente vuelve a la siguiente respiración. Antes de regresar, puedes reconocer con atención, donde te has ido mediante una suave palabra en el fondo de tu mente como pensando, divagando, oyendo, picor, dolor ....para ver donde se ha ido tu atención, de un modo suave y directo, regresa para sentir la próxima respiración.

Más tarde en tu meditación, serás capaz de trabajar con los lugares por los que tu mente vagabundea, pero para un entreno preliminar, lo mejor es una palabra de reconocimiento, y regresar sencillamente a la respiración.

continuará...

---

## LECTURAS Y SUGERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Ej.) ALGUNOS CONCEPTOS PARA RECORDAR

(Fuente: Elaboración propia)

---

### A) QI GONG (Chi Kung): ESTIRAMIENTOS BÁSICOS

Es una sencilla secuencia de estiramientos desde los dedos del pie hasta la cabeza, destinada a aumentar el flujo de energía y a unificar el cuerpo.

El importante ejercicio respiratorio llamado **Respiración Espinal** ayuda a modificar las cualidades de la sangre y de la mente, mejorando de ese modo la capacidad para enfocar la mente con claridad y experimentar la calma.

Esta secuencia de estiramientos es el preludio de todas las prácticas energéticas taoístas. Su práctica cotidiana aumenta la sensación de autoestima.

### B) ALINEAMIENTO DE LA ESTRUCTURA 1: ABRAZAR EL ÁRBOL

Una parte esencial del trabajo energético consiste en adoptar el correcto tierra (abajo) y el cielo (arriba). Sin un correcto alineamiento no es posible enfocar la mente con claridad y por periodos de tiempo indefinidos sin caer en el cansancio.

La posición estática llamada Abrazar el Árbol alinea todos los huesos del modo más eficaz posible. A través de su estructura cristalina, los huesos actúan como "antenas" por medio de las cuales las energías del cielo y de la tierra circulan y se funden. Esta postura refuerza la energía del cuerpo con un mínimo esfuerzo. Asimismo, en los primeros estadios permite descubrir en minutos dónde se localizan los bloqueos que impiden el correcto fluir de la energía. Su práctica diaria establece los cimientos de la integridad personal en nuestras acciones, así como de la capacidad de penetración y de completitud en aquello que emprendemos.

### C) ALINEAMIENTO DE LA ESTRUCTURA 2: LAS CINCO POSTURAS DE LA CAMISA DE HIERRO

El alineamiento creativo de la estructura ósea ( la postura de Abrazar el Árbol )se amplía y se profundiza ahora con otras cinco posturas. Estas posturas ayudan a estirar el tejido conjuntivo, una capa de micro-meridianos que envuelve cada uno de los órganos y de los músculos en un opulento océano de energía. También se ven estirados diferentes conjuntos de meridianos y de tendones que van de los dedos de los pies hasta las manos.

Los tendones no sólo dan elasticidad al movimiento sino que también funcionan como un sistema de meridianos aparte(complementario). Si se los ejercita con

regularidad, los tendones permanecen flexibles y dotados de un buen flujo circulatorio hasta el final de nuestros días. Si se los descuida, las personas se tensan, pierden capacidad de movimiento y se ven más limitadas físicamente. La rigidez que tiene lugar a nivel físico se ve automáticamente reflejado en la actitud mental y emocional. Nos volvemos emocionalmente inflexibles y nos vemos limitados en nuestra capacidad para expresar nuestros sentimientos más profundos.

Los organismos vivos saludables son extremadamente flexibles en comparación con los cuerpos muertos, que están rígidos y fríos. Las Cinco Posturas son agentes que dan vida y atraen calor.

**LA NUTRICIÓN DE LOS CINCO ELEMENTOS**  
[Bradford M. (2011); Hernández Ramos F. (2003)]

---

La nutrición viene definida en el I Ching, no sólo en términos de comida sólida, sino también en términos de la calidad de los pensamientos que cultivamos en nuestras vidas, de las emociones que alimentamos, de los compañeros que escogemos a nuestro lado y de las ideas que permitimos germinar en nuestras conciencias.

El alimento que tomamos puede favorecer o dificultar nuestra progresión. Nuestra mente es como un espejo que refleja lo que tiene lugar en la totalidad de nuestro organismo. Las comidas equivocadas pueden generar estados de ánimo que no sostengan nuestras acciones.

Llegados a este nivel, aprendemos a escoger con claridad en todos los sentidos, a través del cultivo del discernimiento y de un mayor amor a nosotros mismos. Necesitamos ser extraordinariamente flexibles al trabajar con la alimentación. No se trata de forzar los cambios ya que ello puede producir el caldo de cultivo donde crece la rigidez y la intolerancia.

continuará..

---

## LA PACIENCIA

Tulku, T. (2000) El camino de la mente libre. Ed. Tres joyas. Valencia

---

La energía equilibrada de la paciencia irradia en nuestro corazón una actitud amigable y productiva, que impregna cada aspecto de nuestra existencia.

La paciencia es el ingrediente secreto que enriquece la vida. Esta delicada amiga se encuentra siempre relajada, es permisiva y nos concede tiempo para valorar la experiencia, así como para profundizar la relación que establecemos con nuestro entorno. Con ayuda de la paciencia podemos enfrentar el futuro con seguridad y confianza, porque en el presente nuestros sentidos están satisfechos. Aun cuando los obstáculos ensombrezcan nuestro camino, sabemos que con ayuda de la paciencia pueden ser vencidos.

Una vida en la que no se intenta desarrollar la paciencia, semeja una situación en la que se pretende labrar un campo sin la ayuda de unos bueyes que tiren del arado: los surcos quedan dispares y poco profundos, haciendo el trabajo duro y frustrante. Sin embargo, con el fuerte y perseverante auxilio de la paciencia podemos arar surcos rectos y profundos; gracias a nuestro esfuerzo obtenemos una cosecha abundante: nuestra experiencia fluye suavemente y cada una de nuestras actividades cuenta con un propósito.

Hoy en día rara vez asociamos la idea de la fuerza y la confiabilidad con la paciencia. Incluso se llega a considerar que la paciencia es un signo de pasividad, de debilidad o de falta de inteligencia. Puesto que la paciencia podría parecer una cualidad lenta o demasiado gradual, es posible pasar por alto su valor y elegir, en cambio, un curso de acción más fácil y más rápida. La tecnología ha acelerado el ritmo de nuestra vida; asimismo, nos ha condicionado a pensar que con poco o ningún esfuerzo todas las tareas pueden ser realizadas y todos los problemas resueltos.

Cuando nos mostramos impacientes parecemos niños mimados que creen que siempre obtendrán lo que desean en el acto. Si encontramos obstáculos o problemas que no pueden ser resueltos rápidamente, nos sorprendemos y somos vencidos con facilidad. Por lo tanto, es muy común extraviarse en fantasías cuando surgen conflictos, en lugar de examinar honestamente la situación y de realizar acciones definitivas para cambiar las dificultades. Desafortunadamente, con este tipo de actitud sólo conseguimos que nuestros problemas no resueltos sean como mosquitos que nos molestan hasta el fastidio.

La impaciencia conlleva crudos y pesados elementos que debilitan tanto el cuerpo como la mente. Cuando perseguimos una meta impacientemente, nuestra respiración se acelera y se entrecorta, nuestros movimientos son imprecisos y nuestros pensamientos quedan fuera de control. Al correr de aquí para allá podemos cometer demasiados errores. Y si no logramos lo que nos habíamos propuesto empezamos a experimentar ansiedad y a desanimarnos.

continuará..

---

## LA SABIDURIA DEL SILENCIO INTERNO

(Anónimo)

---

El parloteo constante de nuestra mente y de nuestra boca agotan el Chi I nos debilitan considerablemente. La mente evita el silencio porque el silencio no tiene límites no tiene forma y no se puede definir. La mente ama los sonidos y los ruidos porque se parecen a los pensamientos, se les puede dar forma, una definición, analizarlos y conceptualizarlos.

Los sabios taoistas nos han legado una serie de consejos útiles y prácticos que descubrieron a través de cultivar el silencio interno. Nos servirán para acompañar el trabajo que estamos desarrollando de Mindfulness como modelos o guías si creemos necesitarlos:

1. Habla simplemente cuando sea necesario.
2. Piensa lo que vas a decir antes de abrir la boca.
3. Se breve y preciso ya que cada vez que dejas salir la palabra por la boca déjale salir al mismo tiempo parte de tu vitalidad.
4. Desarrolla el arte de hablar sin perder la energía.
5. Nunca hagas promesas que no puedas cumplir.
6. No te quejes y no utilices en tu vocabulario palabras que proyecten imágenes negativas porque esto producirá alrededor de ti todo lo que has fabricado con tus palabras cargadas de Chi.
7. Si no tienes nada verdadero, Nuevo y útil que decir es mejor quedarse callado y no decir nada.
8. Aprende a ser como un espejo, escucha y refleja la energía. El universo mismo es el mayor ejemplo de espejo que la naturaleza nos ha tramitado porque el universo acepta sin condiciones nuestros pensamientos, nuestras emociones, nuestras palabras, nuestras acciones y nos envía el reflejo de nuestra propia energía bajo las formas de las diferentes circunstancias que se presentan en nuestra vida.
9. Si te identificas con el fracaso tendrás fracasos.
10. Si te identificas con el éxito, tendrás éxito.
11. Así podemos observar que las circunstancias que vivimos son simplemente manifestaciones externas del contenido de nuestra agitación interior.
12. Aprende a ser como el universo escuchando y reflejando la energía sin emociones densas y sin prejuicios.
13. No te des mucha importancia. Se humilde porque cuando más te muestras superior, inteligente y prepotente, más te vuelves prisionero de tu propia imagen y vives en un mundo de tensión y de ilusiones. Se discreto preserva tu vida íntima, de esta manera te liberas de la opinión de los otros y llevarás una vida tranquila volviéndote invisible, misterioso, indefinable e insondable como el Tao.

continuará..

---

## LA MEDITACIÓN

### EL INICIO DE LA MEDITACIÓN.

El proceso básico de atención/darse cuenta (awareness)

Basado en las enseñanzas de Dhiravamsa (charla del 12 de Abril de 2004)

---

La práctica de la meditación es simple y sencilla, pero requiere disposición, determinación y una actitud hospitalaria. Ser hospitalarios implica estar plenamente presentes y atentos a todo lo que sucede.

Una vez sentados, debéis permanecer sentados y permanecer hasta el final del periodo de meditación. Durante el mismo, experimentaréis múltiples sensaciones, incluso algunas desagradables, sobre las que debéis mantener la atención hasta que desaparezcan, con esta actitud y determinación, incluso lo aparentemente negativo, es bueno. Puede ser que durante la meditación se manifiesten sensaciones físicas, como la sensación de vomitar, pero en numerosas ocasiones no obedecen a procesos físicos reales, sino que son sensaciones que tenemos dentro de nuestra psique. Ello es debido a que la meditación nos pone en contacto con nuestro centro psíquico, lo cual genera manifestaciones, físicas y psíquicas, con las que debemos entrar en contacto para poder trabajar los procesos psíquicos. Meditar implica ser hospitalario, un anfitrión tremendamente bondadoso. Durante la meditación damos la bienvenida a todo fenómeno que aparezca, sea oscuro o luminoso, sin preferencia. El sustento de estas sencillas instrucciones reside en estar atentos dándonos cuenta (awareness: atención /darse cuenta).

continuará..

---

## MENTE Y CONCIENCIA

(Tolke, 2006)

---

La condición humana: **perdidos en el pensamiento.**

La mayoría de la gente se pasa la vida aprisionada en los confines de sus propios pensamientos. Nunca van más allá de un sentido de identidad estrecho y personalizado, fabricado por la mente y condicionado por el pasado.

En ti , como en cada ser humano, hay una dimensión de conciencia mucho más profunda que el pensamiento. Es la esencia misma de tu ser. Podemos llamarla presencia, alerta, conciencia incondicionada. En las antiguas enseñanzas, es el Cristo interno, o tu naturaleza de Buda.

Hallar esa dimensión te libera, y libera al mundo del sufrimiento que te causas a ti mismo y a los demás cuando sólo conoces el «pequeño yo» fabricado por la mente, que es quien dirige tu vida. El amor, la alegría, la expansión creativa y una paz interna duradera sólo pueden entrar en tu vida a través de esa dimensión de conciencia incondicionada.

Si puedes reconocer, aunque sea de vez en cuando, que los pensamientos que pasan por tu mente son simples pensamientos, sí puedes ser testigo de tus hábitos mentales y emocionales reactivos cuando se producen, entonces esa dimensión ya está emergiendo en tí como la conciencia en la que ocurren los pensamientos y emociones: el espacio interno intemporal donde se despliegan los contenidos de tu vida.

La corriente de pensamientos tiene una enorme inercia que puede arrastrarte fácilmente. Cada pensamiento pretende tener una gran importancia. Quiere captar toda tu atención.

He aquí un ejercicio espiritual que

puedes practicar: ***no te tomes tus pensamientos demasiado en serio.***

¡Qué fácilmente se queda atrapada la gente en sus prisiones conceptuales!. La mente humana, en su deseo de conocer, entender y controlar, confunde sus opiniones y puntos de vista con la verdad. *Dice: así son las cosas.*

continuará..

## **OBSERVAR LAS REACCIONES**

Práctica de la semana  
(Fuente: Elaboración propia)

---

La práctica más simple es observar si te gusta o no te gusta lo que está ocurriendo.

¿Quieres que esta experiencia acabe (AVERSION) o continúe (ATRACCION)?

La base de la práctica es sintonizar con la energía de la atracción y de la aversión cuando estas se están manifestando.

Trabaja con los dos pensamientos:

- "Esto me gusta, esto no me gusta".

Empieza con la pregunta: muy bien estoy aquí ahora ¿qué es lo que me gusta o no me gusta de lo que estoy experimentando?.

- Esta práctica la podemos hacer en cualquier momento: cuando meditamos, conduciendo, participando en reuniones, haciendo el amor o esperando en la cola del supermercado.

- Un aspecto positivo de observar la atracción y el rechazo es que nos conecta con la fuente de nuestro sufrimiento (apego). Nuestro sufrimiento se convierte en nuestro maestro pues nos revela lo que necesitamos trabajar.

---

## PASOS PARA MANEJAR NUESTRA RABIA

### Pasos para manejar nuestra rabia

[Rosenberg MB (2014);

---

1. Ser consciente de que el estímulo que desencadena la rabia no es la causa. Identificar el estímulo de nuestra rabia sin confundirlo con la evaluación.

2. Ser conscientes de la evaluación de las personas : la forma de ver las situaciones es la que produce la rabia, algo en nuestro interior(juicios) reacciona a lo que la gente hace. La conciencia está bajo la influencia del tipo de lenguaje que hemos aprendido("los demás son malos o perversos") .Como nuestros pensamientos (los que producen el enfado)son tan rápidos no somos conscientes de que están ahí. Identificar la imagen interna o juicio que nos provoca el enfado.

3. Buscar la necesidad que está a la raíz de nuestra rabia. No estamos en contacto con nuestras necesidades en su lugar nos vamos a nuestra cabeza y empezamos a pensar de forma crítica sobre las personas que no satisfacen nuestras necesidades. Transformar esa imagen que contiene juicios en la necesidad que expresa.

4. Expresar a la otra persona la rabia transformada a en los sentimientos conectados con la necesidad que se haya detrás del juicio:

- a) Señalamos el estímulo.
- b) Expresamos como nos sentimos( tristeza, dolor, miedo, frustración)
- c) Luego expresamos cual de nuestras necesidades no esta siendo satisfecha.
- d) Petición clara, encuadrada en el presente, sobre lo que queremos de la otra persona en relación a nuestros sentimientos y necesidad no satisfecha.

---

## POTENCIAR LA CONCIENCIA A TRAVÉS DE LA ALIMENTACIÓN

(Warburg, O.H. ;1883-1970)

---

*“ Que el alimento sea tu medicina, que tu medicina sea el alimento”*  
(Hipócrates)

Sabías que en el año 1931 un científico recibió el premio Nobel por descubrir la CAUSA PRIMARIA del cáncer?

Este fue ese señor: Otto Heinrich Warburg (1883-1970). Premio Nobel 1931 por su tesis "la causa primaria y la prevención del cáncer" Según este científico, el cáncer es la consecuencia de una alimentación antifisiológica y un estilo de vida antifisiológico. ¿Por qué?... porque una alimentación antifisiológica (dieta basada en alimentos acidificantes y sedentarismo), crea en nuestro organismo un entorno de ACIDEZ. La acidez, a su vez EXPULSA el OXIGENO de las células . El afirmó:

- "La falta de oxígeno y la acidosis son las dos caras de una misma moneda: cuando usted tiene uno, usted tiene el otro."
- "Las sustancias ácidas rechazan el oxígeno; en cambio, las sustancias alcalinas atraen el oxígeno "

Es decir, en un entorno ácido, o si es un entorno sin oxígeno el afirmaba que:

- "Privar a una célula de 35% de su oxígeno durante 48horas puede convertirlas en cancerosas."

Según Warburg

"Todas las células normales tienen un requisito absoluto para el oxígeno, pero las células cancerosas pueden vivir sin oxígeno - una regla sin excepción." y también: " Los tejidos cancerosos son tejidos ácidos, mientras que los sanos son tejidos alcalinos."

¿Te das cuenta lo que significa esto? Cuantos de nosotros hemos escuchado la noticia de alguien que tiene cáncer y siempre alguien dice: "y si... le puede tocar a cualquiera..." A cualquiera? La ignorancia, justifica... el saber, condena.

continuará..

---

**RECORDANDO CONCEPTOS (Ej. Contenido teórico)**

---

**EGO**

EGO

EGO CONDICIONADO: Educación , Creencias (culturales, religiosas, éticas).

Procesos cognitivos.

**CONCIENCIA**

CONCIENCIA CONDICIONADA: ego incondicionado( ego consciente)

CONCIENCIA INCONDICIONADA: atención plena, Mindfulness

**IDENTIFICACIÓN**

IDENTIFICACIÓN: contenidos mentales: “yo siento, yo pienso, yo percibo

DESIDENTIFICACIÓN: no soy lo que pienso, no soy lo que siento.

**ECUANIMIDAD**

ECUANIMIDAD : no juzgar, desapego a las pérdidas y a las expectativas .

**ACEPTACIÓN**

ACEPTACION: (Amor) Actitud de cariño hacia todo lo que observamos.

**EMOCIONES**

Las emociones no pueden ser controladas desde fuera , sino que deben serlo desde dentro de nuestra vida . Por eso debemos cuidarnos para mantenerlas bajo “control” y que no pasen a ser tóxicas.

continuará..

**CUADERNILLO DE TRABAJO**  
**TRABAJANDO CON LAS EMOCIONES PERTURBADORAS**  
(Chödrön, 1998)

---

## INTRODUCCIÓN

La mejor manera de trabajar con las emociones perturbadoras es una especie de “camino medio” entre dos maneras no hábiles de tratarlas (como dos extremos)

- ✓ Suprimir o negar nuestras emociones.
- ✓ Dejar que nuestras mentes sean controladas por nuestras emociones y actuar acordeamente.

Esta técnica de manejar las emociones incluye:

- ✓ **Reconocer su existencia** (por ejemplo, admitir que estamos con rabia cuando estamos con rabia) Evitar suprimirlas.
- ✓ **Trabajar con ellas** en nuestra mente para bien sea disolverlas o transformar la mente en un estado más positivo (al hacer esto evitamos caer en ellas)

Al aplicar este “camino medio” podemos evitar causarnos daño a nosotros mismos y a los demás.

continuará..