

PROGRAMA DE REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS): SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO SEMI-RURAL DEL SUR DE CHILE ()**

GONZALO BRITO PONS (*)
Hospital de Santa Bárbara, Chile

RESUMEN La meditación de atención plena (*mindfulness*) proveniente de la tradición budista ha sido aplicada como herramienta preventiva y terapéutica en hospitales y clínicas por 30 años en Occidente, siendo aun prácticamente desconocida en nuestro país. Este artículo presenta la sistematización de la primera experiencia de la aplicación del Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) en Chile, en cuyo núcleo se encuentra la práctica de la meditación, como herramienta para disminución de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes y funcionarios de un hospital. Se describe en detalle la implementación de un programa piloto REBAP en el Hospital de Santa Bárbara (Octava Región, Chile) y se presentan los resultados preliminares de las evaluaciones de síntomas depresivos y ansiosos antes y después de la participación en el taller, encontrándose una disminución significativa de los mismos. También se incluyen aspectos cualitativos del impacto de la intervención a través del análisis temático de una entrevista semi-estructurada con uno de los participantes del taller. Finalmente se discuten las potencialidades de replicar el programa en establecimientos de salud pública del país.

PALABRAS CLAVE estrés; atención plena; meditación; yoga; hospital.

MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION PROGRAM: SYSTEMIZING ITS IMPLEMENTATION IN A SEMIRURAL PUBLIC HOSPITAL IN SOUTHERN CHILE

ABSTRACT Originating in the Buddhist tradition, mindfulness meditation has been applied as a preventative and therapeutic tool in hospitals and clinics over the past 30 years in the western world. Nevertheless, it is practically unknown in Chile. This article outlines the experience of the first Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) implemented in Chile, which has at its core the practice of mindfulness meditation, as a tool to reduce depressive and anxious symptoms in patients and workers of a hospital. Described here is a pilot program that was implemented at the Hospital of Santa Barbara in southern Chile. Preliminary results from the evaluations of depressive and anxious symptoms among participants are presented, finding a significant diminishing in both. Qualitative aspects of the impact of the intervention are also included through the thematic analyses of a semi-structured interview with one of the workshops participants. Finally, the potential for reproducing this program in public health environments across the country is discussed.

KEYWORDS stress; mindfulness; meditation; yoga; hospital.

RECIBIDO 06 Junio 2010
ACEPTADO 15 Agosto 2010
CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO: Brito, G. (2011). Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (*mindfulness*): sistematización de una experiencia de su aplicación en un hospital público semi-rural del sur de Chile. *Psicoperspectivas*, 10 (1), 221-242. Recuperado el [día] de [mes] de [año] desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

* **AUTOR PARA CORRESPONDENCIA:**
Institute of Transpersonal Psychology, 1069 East Meadow Circle Palo Alto, CA 94303, USA. Correo electrónico de contacto: seidosan@gmail.com

DOI:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL10-ISSUE1-FULLTEXT-121
ISSN 0717-7798
ISSNe 0718-6924

INTRODUCCIÓN

La meditación de atención plena (Miró, 2006b), también referida como “meditación de conciencia plena” (Pérez y Botella, 2007), o directamente en su término inglés *mindfulness* (Nhat Hanh, 2007), es un modo específico de prestar atención a la experiencia presente que proviene de las tradiciones meditativas budistas de Asia. Esta forma de dirigir la atención se caracteriza por ser intencional, por focalizarse en la experiencia presente y por ser realizada con una actitud de aceptación hacia tal experiencia evitando establecer juicios de valor (Kabat-Zinn, 1990).

El núcleo de la práctica de la atención plena consiste en entrenar, tanto dentro de la sesión de meditación – referida usualmente en los grupos de meditación como “la sentada” - como fuera de ella, la habilidad consistente en observar cuidadosa y claramente los fenómenos que entran en el campo de atención de la persona - percepciones, sensaciones, pensamientos, emociones, etc. - sin juzgarlos como bueno-malo, positivo-negativo, sano-enfermo, deseable o indeseable (Baer, 2003). De acuerdo al principal difusor de este tipo de entrenamiento atencional en contextos clínicos, el Dr. Jon Kabat-Zinn de la Universidad de *Masachussetts*, esta manera ecuánime y atenta de observar y estar presentes con nuestra experiencia, primero durante las prácticas meditativas y luego de manera extendida en la vida cotidiana, desactivaría gradualmente los patrones mentales habituales que se encuentran a la base del mal-estar humano: el “apego” hacia lo que consideramos agradable, la “aversión” a lo que consideramos desagradable, y la “ignorancia” de las verdaderas causas de la felicidad, conocidos como los “tres venenos” en la tradición budista (Kabat-Zinn, 2003).

¿Qué es la meditación de atención plena?

Dado que el tipo de intervención que se describirá en este artículo está íntimamente ligada a la tradición meditativa oriental -específicamente la tradición budista- se hace necesario comprender, al menos en términos generales, en qué consiste la meditación y dónde se ubica la meditación de atención plena dentro de esta tradición.

El término meditación hace referencia, en general, a:

Una familia de prácticas que entrenan la atención de manera de poner los procesos mentales bajo un mayor control voluntario y de cultivar cualidades mentales específicas tales como mayor conciencia, darse cuenta, concentración, ecuanimidad, y amor. Apunta hacia el desarrollo de estados

óptimos de conciencia y el bienestar psicológico. (Walsh y Vaughan, 1993, pp. 52-53)

Es en este sentido que el orientalista Alan Watts propone que la práctica meditativa budista es más cercana a un tipo de psicoterapia que una religión (Watts, 1992).

De acuerdo a esta definición existen variados tipos de meditación que conducen a variados estados meditativos, los cuales pueden ser vistos como facetas complementarias conducentes al logro del bienestar psicológico integral (Wilber, 1988). Estas diversas prácticas suelen dividirse en dos grandes categorías: las prácticas concentrativas o de atención focalizada y las prácticas de plena conciencia o de monitoreo abierto (Lutz, Slagter, Dunne y Davidson, 2008).

De acuerdo al psicólogo e instructor de meditación Jack Kornfield (en Walsh y Vaughan, 1993), en la práctica de la meditación concentrativa:

El énfasis está en entrenar la mente focalizándola fijamente en un objeto particular. La concentración significa focalizarse en la respiración, en un mantra, en la llama de una vela, etc., de tal manera que se excluyen otras distracciones, otros pensamientos y otros *inputs* (p. 56)

Además de proveer acceso a estados alterados de conciencia, los cuales tienden a ser altamente placenteros, pacíficos y tranquilos, la meditación concentrativa también puede ser aplicada a “la disección de nosotros mismos, de nuestras experiencias y a la comprensión de cómo se genera nuestro mundo conciente y nuestra experiencia” (Walsh y Vaughan, 1993, p. 56).

Siguiendo a Kornfield (en Walsh y Vaughan, 1993), las prácticas de atención plena, plena conciencia o monitoreo abierto, en cambio:

No intentan alejar la mente de la experiencia actual para focalizarse en un solo objeto para generar así diversos estados. Más bien, trabaja con la experiencia presente, cultivando el darse cuenta y la atención al flujo momento-a-momento de lo que constituye nuestra vida- vista, sonido, sabor, olor, pensamientos y sentimientos (p. 56)

De acuerdo a Lutz et al. (2008) un objetivo central en la práctica de atención plena consiste en:

El desarrollo de una clara conciencia reflexiva de los rasgos usualmente implícitos de la propia vida mental. Se dice que la capacidad de darse cuenta de tales rasgos permite estar mejor predispuestos a la transformación de hábitos cognitivos y emocionales [...] conduciendo hacia una conciencia más aguda, pero menos reactiva emocionalmente, de nuestro sentido biográfico de identidad que se proyecta hacia el pasado y hacia el futuro. Finalmente, el aumento de la sensibilidad corporal y al ambiente es concurrente con una disminución en las formas de reactividad que causan distrés (p. 164)

En contraste, podría decirse que la actitud mental opuesta a la meditación de atención plena es lo que se designa como estar en “piloto automático” (Segal, Teasdale y Williams, 2002; Kabat-Zinn, 1993). El “piloto automático” es una disposición en la cual una persona está físicamente presente, sin embargo se encuentra divagando mentalmente en cualquier cosa salvo lo que está ocurriendo en el presente. Según Miró (2006b), en la práctica de la atención plena “estamos presentes en nuestra experiencia con todos nuestros sentidos. Estar presente, en castellano, tiene la doble acepción de estar en el momento presente, pero también de estar con presencia. Ambas cualidades tienen que ver con la atención plena” (p. 32).

La meditación de atención plena y su uso en contextos terapéuticos

El vasto desarrollo de estrategias meditativas por parte de la tradición budista para disminuir el sufrimiento humano, y en particular la práctica de la “atención plena”, ha penetrado de manera sostenida en la cultura occidental durante el curso del siglo XX, y su adaptación con fines terapéuticos ha encontrado un terreno fértil en la medicina comportamental, en la psicología de la salud y en la terapia cognitiva (Kabat-Zinn, 1990, 2003; Miró 2006b). Tales ámbitos de la salud se caracterizan por afirmar que los factores mentales y emocionales, la manera de pensar y comportarnos, pueden tener efectos importantes sobre nuestra salud física y mental cuando estamos sanos, y sobre nuestra capacidad de recuperarnos o mejorar nuestra calidad de vida, cuando estamos enfermos física o mentalmente.

Consecuentemente, el enfoque de la atención plena ha demostrado a través de veinticinco años de investigación progresivamente más abundante y compleja, su efectividad en ámbitos tan diversos como la prevención de recaídas depresivas (Segal, Teasdale y Williams, 2002); la disminución del estrés y aumento de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Carlson, Speca, Patel y Goodey, 2003; Speca, Carlson, Goodey y

Angen, 2000); el alivio del dolor crónico y la fibromialgia (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1987; Kaplan, Goldenberg y Galvin, 1993; Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith y Schmid, 1994); y la recuperación de los tejidos de la piel en pacientes con psoriasis (Kabat-Zinn, Wheeler, Light, Skillings, Scharf y Cropley 1998; Kabat-Zinn, 2003), entre otros.

El hecho de que la atención plena, aunque proveniente de una tradición contemplativa, sea esencialmente una habilidad que pueda ser entrenada y que su enseñanza y práctica pueda realizarse independientemente de cualquier tipo de filiación o creencia religiosa, la hacen especialmente adecuada para su implementación en contextos terapéuticos a través de grupos de práctica guiados por instructores idóneos. En este sentido, la contextualización de esta intervención terapéutica como un entrenamiento en habilidades empodera al usuario del sistema de salud, devolviéndole responsabilidad por la mejoría de su calidad de vida, y llevándolo desde una posición pasiva-receptiva de “paciente” hacia una activa-responsabilizada de *persona*, lo cual es en sí mismo un cambio paradigmático significativo en el contexto de un hospital público semi-rural en particular, y en cualquier contexto de salud que busque acercarse a una mirada integral, en general.

En la actualidad existen diversos enfoques psicoterapéuticos basados en la atención plena que ya forman parte de la corriente principal de la psicología contemporánea, dejando gradualmente el terreno de lo alternativo o complementario. Esta profesionalización de las aplicaciones de la atención plena en la salud y el interés que está recibiendo de la comunidad científica también se ve reflejada en la amplia proliferación de publicaciones respecto al tema en revistas indexadas con sistema de revisión de pares. Las bases de datos *PsycInfo* y *Medline* entre los años 2005 y 2009 arrojan 940 trabajos publicados con el término *mindfulness* en el título, de los cuales 443 fueron publicados en revistas científicas con sistema de revisión de pares. De acuerdo al sitio *Mindfulness Research Guide* (<http://www.mindfulexperience.org>) 183 artículos fueron publicados el año 2009 mientras que 179 artículos han sido publicados entre Enero y Junio del 2010 sobre este tema en diversas revistas científicas a nivel mundial.

Dentro de los enfoques terapéuticos basados en la atención plena, los que cuentan actualmente con mayor respaldo empírico son: el programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR: Kabat-Zinn, 1990, 2003); la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT: Segal Teasdale y Williams, 2002); la terapia de aceptación y compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Houts, 2005) y la terapia conductual

dialéctica (DBT: Linehan, 1993), utilizada en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad y disminución de la conducta suicida.

En estos modelos terapéuticos se enseña la práctica de la atención plena a través de variaciones y desarrollos del programa propuesto inicialmente por Kabat-Zinn en la Clínica de Reducción del Estrés de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn, 1990). Este programa es ofrecido actualmente en más de 250 hospitales y clínicas en distintos lugares del mundo (Salmon, Santorelli y Kabat-Zinn, 1998), no existiendo evidencia de que haya sido aplicado previamente en algún hospital en Chile hasta esta experiencia piloto. Alentadoramente cabe mencionar que, al momento de enviar este artículo para su publicación, existen actualmente al menos otros dos equipos clínicos implementando el programa de reducción del estrés basado en la atención plena, ambos basados en Santiago, uno de ellos en el hospital Sótero del Río y otro en el Centro de Estudios y Atención de personas (CEAP) de la Universidad Adolfo Ibáñez.

El Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP)

El programa REBAP llevado a cabo en el Hospital de Santa Bárbara sigue de cerca los lineamientos y prácticas del modelo original de Kabat-Zinn (1990), aunque enriquecido por los aportes del manual desarrollado por Segal, Teasdale y Williams (2002) en su programa de prevención de recaídas depresivas a través de la práctica de la atención plena. El modelo de Segal, Teasdale y Williams, que ya goza de una gran respetabilidad por su eficacia (Miró, 2006a), se asemeja a la terapia cognitiva convencional en su énfasis en la toma de conciencia en los patrones cognitivos rumiativos depresógenos, sin embargo se diferencia de ésta en que su objetivo no es el cambio de “contenidos mentales” a otros más positivos u objetivos, sino el cambio en el tipo de relación que la persona tiene con sus propios pensamientos.

A través de la práctica de la atención plena, tanto en instancias formales como en la vida cotidiana, el practicante se vuelve progresivamente capaz de reconocer y observar sus pensamientos como pensamientos en vez de tomarlos como si fuesen hechos indiscutibles, desidentificándose gradualmente de sus contenidos mentales y de las emociones conflictivas asociadas, pudiendo así evaluar con mayor amplitud cada circunstancia vivida y poder responder creativa y efectivamente, en vez de reaccionar automáticamente desde sus patrones habituales (Segal, Teasdale y Williams, 2002).

Este programa, el cual fue ofrecido como un taller de reducción del estrés para trabajadores y pacientes del Hospital, consistió en 8 sesiones grupales semanales de 2 ½ horas cada una, espacio en el cual se enseñaron experiencialmente diversas prácticas para el desarrollo de la atención plena. Dichas prácticas pueden dividirse en prácticas formales e informales. Dentro de las primeras se encuentra: a) el “escáner corporal”, un ejercicio de 40 minutos en el cual la atención se dirige secuencialmente hacia cada parte del cuerpo mientras la persona está acostada de espaldas con los ojos cerrados; b) la “meditación sentada”, donde se instruye a los participantes a sentarse en una postura relajada y alerta dirigiendo la atención hacia las sensaciones de la respiración; y c) el “*hatha yoga*”, práctica en la cual se practica llevar atención plena hacia las sensaciones corporales durante la realización de estiramientos suaves de pie y acostados. Dentro de las prácticas informales, se indica a los participantes realizar actividades cotidianas fuera de las sesiones tales como comer, cepillarse los dientes o caminar, en una actitud de presencia y atención hacia la experiencia presente.

Para cada práctica, formal o informal, se instruye a los participantes a focalizar su atención en un aspecto específico - como los pies al caminar o el movimiento del abdomen al respirar - observando con ecuanimidad el surgimiento esperable de pensamientos, emociones o sensaciones diversas. Cuando la persona nota que se ha distraído, y que su mente ha divagado hacia otros pensamientos, fantasías o recuerdos, la práctica consiste en reconocer en ese momento el contenido de ese pensamiento y retornar al foco de atención. Este proceso circular consistente en a) prestar atención plena, b) distraerse y c) notar que uno se ha distraído y amablemente volver a prestar atención plena, puede tomar lugar literalmente cientos de veces durante las primeras sesiones de práctica, disminuyendo gradualmente la tendencia a la distracción a medida que aumenta la familiaridad con la práctica.

Junto a las prácticas formales e informales, durante la sesión grupal semanal se discute acerca de diversos aspectos del estrés, tales como la interacción cuerpo mente, la respuesta de lucha-huida, o el estrés relacional, y se comentan y comparten un amplio abanico de maneras enfrentar dicho estrés utilizando las herramientas de atención plena que se van aprendiendo gradualmente en el programa. Un ejemplo de esto es el ejercicio consistente en respirar con atención plena durante tres minutos tres veces al día, en momentos predefinidos por la persona. En esta práctica, la persona detiene la actividad que está realizando, endereza la columna – puede estar de pie o sentado – y lleva su atención al movimiento de su abdomen durante la inhalación y la exhalación. Este ejercicio, que se realiza a partir de la tercera semana del programa, sirve de

base para la construcción de estrategias de enfrentamiento de situaciones de estrés en semanas posteriores del programa.

Un aspecto importante del programa, es la complementación del trabajo durante las sesiones con al menos media hora diaria de práctica formal - escáner corporal, yoga, meditación - utilizando CDs con las instrucciones en audio de los ejercicios durante las primeras semanas, además de la realización de prácticas informales y registro en protocolos entregados semana a semana por el instructor junto con el resumen de los puntos centrales de cada sesión. El alto nivel de compromiso y constancia requerido por el programa es una de sus cualidades distintivas, y fue claramente explicitado a los participantes antes de inscribirse en el programa tal como lo sugiere la literatura (Segal, Tasdale y Williams, 2002; Kabat-Zinn, 1990).

Dado el carácter del programa, es indispensable, como lo señala Kabat-Zinn (2003) y Baer (2003), que el instructor tenga experiencia personal con prácticas de plena conciencia, y no meramente haber asistido a uno o dos cursos o charlas al respecto, ya que:

A menos que la relación que el instructor tiene con la Atención Plena esté asentada sobre una práctica personal extensiva, la enseñanza y la guía que uno pueda introducir en el contexto clínico va a tener poca energía, autenticidad, relevancia, y este déficit va a ser sentido prontamente por los participantes (Kabat-Zinn, 2003, p. 150)

En el caso específico del taller piloto en Santa Bárbara, pese a que el monitor del taller no cuenta con entrenamiento específico como instructor de REBAP¹, sí contaba con la experiencia necesaria respecto a las prácticas enseñadas, incluyendo varios años de práctica de meditación y yoga, y cuatro años de instrucción de las mismas disciplinas en contextos clínicos.

Motivados por la revisión de la literatura disponible sobre los efectos positivos de la meditación de atención plena en poblaciones clínicas y no clínicas, y por la experiencia personal de los beneficios obtenidos en la práctica de yoga y meditación, surgió en el autor de este artículo junto al médico encargado del programa de salud mental del

¹ No existe aún un proceso de entrenamiento formal como instructor de REBAP en Chile. El principal lugar de referencia para obtener este tipo de entrenamiento es el *Center for Mindfulness* en la Universidad de *Massachusetts*, USA. Sin embargo, existe actualmente un creciente interés y coordinación al respecto en Latinoamérica, resultando factible que tal entrenamiento esté disponible en Chile en el mediano plazo.

Hospital de Santa Bárbara (HSB) la inquietud de implementar esta primera experiencia del programa REBAP en nuestro contexto de trabajo. Las preguntas guía para la implementación y la sistematización de la experiencia fueron las siguientes:

¿Es la práctica de atención plena una herramienta que pueda ser útil en la disminución de síntomas ansiosos y depresivos en un contexto cultural completamente ajeno a las prácticas meditativas, como lo es la población de Santa Bárbara? De ser útil esta metodología, ¿se obtendrían resultados similares a los obtenidos en contextos culturales tan diferentes como los presentados en la literatura, respecto a la disminución de síntomas depresivos y ansiosos?

La decisión de centrarse en estos dos tipos de síntomas se basó, por un lado, en la observación de la alta prevalencia de esta sintomatología como motivo de consulta principal o secundario en los usuarios del programa de salud mental del HSB, y por otro, en los resultados positivos observados en la literatura respecto a la implementación del programa REBAP en la disminución de este tipo de síntomas.

Método

Tomando en cuenta el número de participantes ($n=24$), y la inclusividad en cuanto a los criterios de ingreso de los participantes del taller, en el cual participaron tanto pacientes con diversos diagnósticos como también funcionarios del HSB, se decidió presentar una sistematización de la experiencia llevada a cabo utilizando algunas herramientas propias de la investigación, intentando así ofrecer una exploración inicial sobre un ámbito que requiere sin duda investigación más amplia y rigurosa. En este sentido, esta sistematización pretende más bien despertar preguntas sobre la aplicación de una modalidad de trabajo novedosa en salud pública, más que ofrecer respuestas finales al respecto.

El programa REBAP fue implementado en el Hospital Comunitario de Santa Bárbara, habiéndose realizado el primer programa de ocho sesiones semanales entre Octubre y Diciembre del 2008 y el segundo entre Marzo y Mayo del 2009. La convocatoria fue abierta tanto para usuarios como para profesionales y funcionarios del hospital, utilizando afiches promocionales y con un sistema de inscripción que contemplaba una entrevista previa. Un aspecto que importante fue el establecimiento de un pago mínimo por participar en el taller, hecho inusual en un hospital público, con lo cual se esperaba –y a juicio del autor se logró– comprometer a los participantes y desafiar

desde el principio el modelo de paciente como receptor pasivo, visión prevalente en el modelo asistencial de la salud pública.

Las sesiones se llevaron a cabo en dos sedes distintas, una sede comunitaria de un club deportivo y la sede social del hospital, ambos espacios con condiciones ambientales adecuadas. Para la actividad se adquirieron esterillas de yoga, cojines de meditación (zafu). Los CDs con instrucciones para los ejercicios en casa fueron adquiridos de la Clínica de Reducción del Estrés de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts. Todas las sesiones se realizaron fuera del horario de trabajo (5:30- 7:30) de manera de facilitar la participación de trabajadores.

Todos los asistentes dieron su consentimiento firmado, en el momento de la entrevista previa al inicio del taller, en relación a compartir la información que sería incluida en la presente sistematización de la experiencia. Esta información consistió específicamente en dos escalas encuestas que serán descritas más abajo, y dos cuestionarios.

Participantes

Participaron en el programa piloto REBAP en el Hospital de Santa Bárbara 24 personas (dos grupos de 12 personas), de los cuales 79% eran mujeres 21% eran hombres, 65% eran funcionarios del hospital (prioritariamente médicos y paramédicos) y 35% eran pacientes. La edad de los participantes fluctuó entre los 27 y los 61 años, con un promedio de 41 años ($DS=13,2$). Sólo 2 de las personas tenían experiencia previa con algún tipo de meditación.

Las únicas restricciones que filtraron el ingreso a los postulantes al programa fueron tres: estar dispuesto a comprometerse a participar en al menos seis de las ocho sesiones del programa, no pudiendo faltar a ninguna de las primeras tres; estar dispuesto a comprometerse a dedicar al menos media hora diaria para realizar los ejercicios y tareas para la casa; y no haber cursando una fase aguda de síntomas psicológicos (crisis) en el último mes antes de iniciar el programa.

Entre los pacientes del hospital que participaron, 50% estaban siendo tratados por trastornos del ánimo de moderado a severo, en fase de finalización y sin estar atravesando un momento de crisis al iniciar el tratamiento. De los funcionarios del HSB, 60% estaba terminando o recientemente habían terminado tratamiento médico o psicológico por algún tipo de trastorno ansioso o depresivo al iniciar el programa REBAP, y un 87% señaló sentirse estresado por factores laborales. Del total de participantes, un

17% declaró inscribirse en el taller por razones distintas a la reducción del estrés, buscando desarrollo personal, aprender a meditar o mejorar su calidad de vida.

Instrumentos y Procedimiento

Para la medición de síntomas depresivos y ansiosos se administró a cada uno de los participantes antes y después de la implementación del programa REBAP las escalas autoaplicadas de depresión BDI-II de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996) y de Ansiedad SAS de Zung (1971).

La “Escala de Depresión de Beck” BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996)

Esta escala un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Sus índices psicométricos se han sido estudiado ampliamente. Beck et al. (1996) encontraron una alta consistencia interna del test tanto para poblaciones clínicas como no clínicas, obteniendo un coeficiente de correlación alfa de cercano a 0,92. En un reciente estudio chileno (Melipillán, Cova y Rincón, 2008), el inventario mostró un alto grado de consistencia interna (alfa=0,91) y apropiada correlación test-retest ($t=0,66$). El mismo estudio encontró una correlación de $r=0,82$ entre el BDI-II y la escala de afecto depresivo del MACI, mostrando una validez satisfactoria y coherente con la encontrada en estudios españoles (Sanz, Perdigón y Vásquez, 2003).

Escala de Auto-Reporte de Ansiedad de Zung (1971)

La escala auto-administrada de Zung para la ansiedad (*Self-rating Anxiety Scale: SAS*) cuenta con 20 ítems, 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (ausencia, ligero, moderado, fuerte) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas, obteniendo un rango de puntuación final entre 20 y 80. Los estudios de validación de la versión española de esta escala (Lusilla Palacios, 1989, 1993) reportaron un coeficiente alfa de 0.88.

Para el análisis estadístico de los datos pre-post se utilizó una prueba *t de Student* para muestras dependientes con datos pareados, con el fin de establecer si existió o

no una disminución estadísticamente significativa de los síntomas ansiosos y depresivos en los participantes.

Además se administró una encuesta anónima de satisfacción usuaria y un cuestionario con preguntas cuantitativas y cualitativas al final del taller a cada participante donde pudiesen expresar sus apreciaciones sobre el taller si lo deseaban.

Para ilustrar algunos aspectos cualitativos relevantes e ilustrativos del impacto del programa, también se realizó una entrevista en profundidad con una participante voluntaria. Esta entrevista semi-estructurada (Creswell, 2007) fue realizada por un médico del Hospital, y fue llevada a cabo un año después de haber finalizado el taller REBAP. El análisis temático de la entrevista fue llevada a cabo por el autor, siguiendo los lineamientos sugeridos por Braun y Clark (2006). La participante entrevistada dio su consentimiento para incluir su experiencia en este artículo.

Resultados

Evaluación cuantitativa

De los 24 inscritos, 20 completaron el programa (83%). De estos, 16 personas completaron y entregaron las evaluaciones pre-post del BDI-II, 17 personas completaron y entregaron las evaluaciones pre-post del SAS, y 17 personas completaron y entregaron el cuestionario y la encuesta de satisfacción usuaria del taller REBAP.

Respecto a la evaluación de los síntomas depresivos, de los 16 participantes que entregaron completas las escalas BDI-II aplicadas antes y después de realizada la intervención, trece de ellos disminuyeron su puntuación en dicha escala, mientras que tres de ellos aumentaron su puntuación. La aplicación de la prueba *t* dependiente indica que los participantes disminuyeron significativamente sus puntuaciones en la escala de síntomas depresivos después de participar en el programa REBAP, ($t(15) = 3.96, p < .01$).

Respecto a la evaluación de los síntomas ansiosos, de los 17 participantes que entregaron completas las escalas de ansiedad de Zung aplicadas antes y después de realizada la intervención, quince de ellos disminuyeron su puntuación en dicha escala, mientras que dos de ellos aumentaron su puntuación. La aplicación de la prueba *t* dependiente indica que los participantes disminuyeron significativamente sus puntuaciones en la escala de síntomas ansiosos después de participar en el programa REBAP, ($t(16) = 3.94, p < .01$). Los resultados de ambas pruebas se sintetizan en la Tabla 1.

TABLA 1

Evaluación de síntomas ansiosos y depresivos pre-post intervención

Escala	Pre-intervención		Post-Intervención		t	p
	M	DS	M	DS		
BDI-II	14,13	10,33	7,0	8,3	3,96	< .01
SAS	38,53	8,66	31,59	9,01	3,94	< .01

Fuente: Elaboración Propia.

Nota. BDI-II = Escala de síntomas depresivos de Beck (*Beck Depression Inventory*); SAS = Escala de síntomas ansiosos de Zung (*Self Rating Anxiety Scale*); M = Media; DS = Desviación Standard; $t = t$ de Student para muestras dependientes; p = nivel de significancia.

En cuanto a la apreciación del taller por parte de los participantes, se solicitó evaluar de manera anónima en una escala de 1 a 10 la importancia/impacto que el taller había tenido en sus vidas, obteniéndose un promedio de 9.3 puntos ($DS=1.63$), lo cual indica un alto nivel de impacto del taller percibido por los participantes.

Evaluación Cualitativa

Respecto a la evaluación cualitativa del taller, los participantes destacaron en la encuesta de satisfacción usuaria y en el cuestionario, diversos aspectos de su experiencia que mejoraron a partir de su participación en el programa. Entre ellos, hay aspectos que reflejan los objetivos explícitos del taller, como aprender a relajarse, y la adquisición de herramientas para enfrentar el estrés. Sin embargo, es destacable la emergencia de temas que no están directamente relacionados con el enfrentamiento del estrés, sino con aspectos más globales, tales como el logro de una mayor aceptación y valoración de sí mismos. Incluso, pese a no ser un objetivo explícito en la implementación del programa, los participantes también refirieron aspectos existenciales/espirituales derivados de la participación en el programa, tales como el descubrimiento de una sabiduría interna, y un mayor autoconocimiento (ver tabla 2).

TABLA 2

Logros de mayor significancia de acuerdo al relato de los participantes

Logros	Frecuencia	Porcentaje
Contar con herramientas concretas para enfrentar el estrés	10 participantes	59%
Mayor autoconocimiento	9 participantes	53%
Mayor auto-aceptación/auto-valorización	7 participantes	41%
Aumento autocontrol /Disminución impulsividad	7 participantes	41%
Saber relajarse	6 participantes	35%
Descubrimiento de una sabiduría interna	5 participantes	29%

Fuente: Elaboración Propia.

Presentación de un caso ilustrativo

Para profundizar en algunos aspectos cualitativos del impacto del taller, aquí se presenta un caso ilustrativo de una participante del primer taller. La información presentada más abajo fue obtenida en una entrevista realizada un año después de finalizada la intervención.

Pilar, de 46 años², es una funcionaria del hospital donde se implementó el programa REBAP, que se desempeñaba a la fecha en tareas de trato directo con usuarios del Hospital así como en tareas administrativas. Al momento de inscribirse en el programa REBAP, Pilar estaba recibiendo terapia medicamentosa y psicoterapia de apoyo con el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada con agorafobia y crisis de pánico. Sus malestares habían comenzado alrededor de cuatro años antes, con intensidad variable, aunque constantes. Sus síntomas principales incluían: ansiedad, gastralgia, mareos, opresión en el pecho, temor a los lugares demasiado abiertos o cerrados, sensación de muerte inminente durante las crisis, temores diversos, insomnio. En sus palabras: “no dormía bien, no podía viajar, en el trabajo estaba muy intranquila, me agotaba mucho, ya no tenía una cabeza clara, sana, viví como encapsulada en

² El nombre y la edad han sido modificados para proteger la identidad de la participante.

terror, en miedo, todo era negro, oscuro, no trabajaba bien". Tratada con diversos medicamentos por cuatro años, Pilar sentía que su efecto era variable, además de sentir que perdía independencia y confianza: "no salía de mi casa si no andaba con esa pastilla encima, hice una dependencia para poder estar tranquila". Sin experiencia previa en prácticas de atención plena, Pilar sintió que podría haber alguna esperanza en estas prácticas.

A continuación, se presentan los seis temas principales que emergieron del análisis temático de la entrevista realizada un año después de terminado el programa REBAP, siguiendo el método de Braun y Clark (2006).

1. Alivio sintomático y aumento del bienestar general. Pilar sintió poco a poco que su ansiedad disminuía significativamente y aumentaba su bienestar a medida que avanzaba en el programa REBAP.

Creo que ya en la tercera clase no estaba tomando medicamentos...empecé a practicar lo que se me enseñó, la meditación, los ejercicios de relajación que son fascinantes... empecé a dormir bien, a estar tranquila, empecé a salir de mi casa cantando, empecé a escuchar música... se me hacia corto el camino para llegar al hospital. Descubrí que hay cosas nuevas en la vida que yo desconocía y que me hacían falta y que hoy me hacen ser una persona más completa. Tengo más energía, más esperanza, tengo los ojos más abiertos, la mente más despejada, mi cuerpo lo siento más liviano.

2. Aumento de la autoconfianza. Pilar utilizó las herramientas del taller para recuperar su confianza en sí misma para enfrentar la vida, incluso ante eventos altamente estresantes, disminuyendo significativamente su dependencia de la medicación.

Dejé la dependencia a esa pastilla y descubrí que la mente es poderosa...me enfrenté a situaciones, a experiencias nuevas, duras para mí... exámenes médicos durísimos, un diagnóstico de cáncer...fue un año muy difícil, tuve que hacerme muchos exámenes, cirugías de por medio... y cero pastilla. Yo tenía mucho miedo... a enfrentarme a una nueva cirugía porque soy una persona que está expuesta... pero en la última cirugía me fui a hospitalizar sola, me fui tranquila... dije "voy a tener que tomar un montón de pastillas por los nervios", pero nada...o

sea nunca viví una cirugía de esa manera, con tanta tranquilidad, con tanta paz...fue muy buena la experiencia...practicando lo que se me enseñó.

3. Inclusión de las prácticas de plena conciencia en su vida cotidiana. La adopción en lo cotidiano de las prácticas de plena conciencia permitieron a Pilar conectarse diariamente con lo aprendido en el taller, cultivando así un espacio interno seguro que no dependía de las circunstancias externas.

Yo practico tres [ejercicios] por lo general... la respiración caminando, la meditación, el escáner corporal... pero lo que más practico es la respiración diaria ante momentos difíciles, momentos agudos, tensos... La respiración es algo que ayuda enormemente, estando en una consulta médica, a la espera de la cirugía trabajando, en la calle caminando, en todos lados.

4. Cambio de perspectiva global ante la vida: Estar más consciente. Pilar notó un cambio en su manera de verse a sí misma y el mundo caracterizado por una mayor amplitud, valoración y reconocimiento de lo positivo en lo cotidiano.

Es bueno sentirse uno que está, y no perderse en cosas infinitas que no encuentran respuesta...no sirve. Hay que meterse en uno encontrarse, yo me encontré después de mucho tiempo... no estaba en mi yo, creo que estaba muy lejos. En todo lo externo menos en mí...ya sea trabajo familia...en otras cosas que no era mi persona, mi sentir... estoy consciente de que estoy viva, de que estoy presente...ahora me puedo ver sin verme en un espejo...sé que estoy. Encontrarse con uno mismo en la conciencia es maravilloso...conduce a muchos caminos buenos.

5. Mantención de los cambios. El caso de Pilar ilustra un aspecto fundamental del programa, el cual consiste en que los cambios no se reduzcan a un alivio sintomático circunstancial, sino que implique una nueva manera de relacionarse con la experiencia, incluida la experiencia de sus síntomas.

Mis síntomas están lejos, hace un año que las crisis de pánico disminuyeron hasta no existir, aunque si bien en algún momento esas sensaciones,

síntomas, puedan venir, vienen muy por debajo de lo que yo tenía y lo bueno es que ahora sé lo que me está pasando y lo manejo. Tengo las herramientas para manejarlo.

6. Conexión con los demás. Pilar expresó que los beneficios obtenidos no son sólo individuales sino que se manifiestan relacionalmente, ya sea en sus interacciones con los pacientes como con otras personas cercanas, generando un impacto sistémico a partir del aumento de su capacidad de estar presente con y para otros.

Puedo educar mejor a la gente con la que yo trabajo en forma diaria, a los pacientes... yo tengo un sentido distinto con ellos, definitivamente yo quiero más a la gente...y yo creo que quiero más a esas personas, a mi familia, les entrego tanto de corazón... me siento yo, y si me puedo sentir y ver yo, puedo sentir y ver al otro también ... entonces ya no soy una maquina...la conexión que hay entre mi familia, ...mi gente que atiendo todos los días, mis compañeros de trabajo...al lugar que vaya existe una conexión con las otras personas. No es lo mismo vivir por vivir que estar viva y consciente; eso yo creo que es lo más lindo, porque de otra manera no hay conexión.

Discusión

Aunque el tamaño muestral y la heterogeneidad de los participantes no permiten llegar a generalizaciones, la disminución significativa ($p < .01$) en las puntuaciones de las escalas de síntomas depresivos y ansiosos en la medición pre-post, sugiere que es factible que el programa REBAP haya aportado herramientas a los participantes que les permitió disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. Esta disminución en ambos tipos de síntomas es concordante con la que ha sido descrita previamente como parte de los efectos del taller REBAP con pacientes con dolor crónico (Kabat-Zinn et al., 1985; Sagula y Rice, 2004), con pacientes con cáncer (Carlson et al., 2003), y con pacientes depresivos (Segal, Teasdale y Williams, 2002), entre otros.

Cabe destacar que los cuatro participantes que aumentaron sus puntuaciones en las escalas de evaluación de síntomas, señalaron en la evaluación cualitativa del taller haber vivido hacia el final del taller sucesos altamente estresantes en sus vidas, tales como problemas graves de salud en familiares cercanos y quiebres en relaciones de pareja. Hubiese sido interesante, en este sentido, implementar una nueva medición

de síntomas transcurrido varios meses luego de la intervención, de manera de evaluar si los puntajes - tanto de los que redujeron como los que aumentaron sus síntomas - tienden o no a mantenerse. Esta falencia se subsana en parte con la información ofrecida un año después de terminado el taller por la participante entrevistada, señalando que para al menos algunos participantes el efecto del taller se mantuvo en el tiempo.

Los resultados obtenidos en la medición sintomática son congruentes con la evaluación cualitativa del taller y la alta puntuación otorgada por los participantes al impacto del taller en sus vidas. Si bien es cierto, como comenta Baer (2003), que quienes efectivamente completan un programa o tratamiento están más predispuestos a evaluarlo positivamente -y no sabemos cómo lo evaluarían quienes no lo terminaron-, es innegable que la satisfacción de los usuarios es una consideración importante al momento de elegir alternativas de tratamiento.

El programa de reducción del estrés, tal como lo dice su nombre, está diseñado para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida para personas en diversos tipos de situaciones vitales, tal como parecen indicarlo los incipientes resultados cuantitativos de esta intervención en Santa Bárbara, y la descripción entregada por la participante entrevistada. Sin embargo, la literatura advierte que podría no ser la herramienta terapéutica más indicada para toda persona que esté atravesando una crisis vital o una fase aguda de una patología crónica (Segal, Teasdale y Williams, 2002), ya que en tales circunstancias practicar el estar plenamente presentes con nuestra experiencia, requiere la existencia de recursos personales y externos para beneficiarse de este enfoque. Al parecer, para algunas personas en ciertas circunstancias, un cierto nivel de distracción y evasión del problema podría ser incluso más adaptativo y favorable. Resulta indispensable, en este sentido, ser respetuoso con los tiempos, los estilos y las necesidades de cada persona, lo cual otorga una especial relevancia a la entrevista previa a la inscripción en el taller, en la cual se clarifiquen las características del mismo, y donde se evalúe la historia y el momento vital actual del potencial participante, decidiendo a conciencia si el taller REBAP es la mejor alternativa para el/ella en ese momento.

Para determinar la efectividad y eficacia de este programa resulta necesario replicar la experiencia con poblaciones clínicas específicas y con muestras heterogéneas más amplias, abriendo así un camino de investigación respecto a este abordaje en nuestro país. La presente sistematización sugiere además el potencial de aplicación del pro-

grama REBAP con profesionales de la salud para paliar los severos efectos del estrés y el síndrome de *burnout* tan prevalente en las profesiones de ayuda (Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

Dado el carácter de la práctica de la atención plena, en la cual está implicado un cambio cualitativo en la capacidad de estar presente de la persona y de su conciencia de sí, esta línea de investigación no debiese estar limitada a la disminución sintomática, aunque se comprende el valor de este aspecto para su validación empírica y su adopción como herramienta terapéutica en salud pública. Para ser consistentes con los orígenes y sentido profundo de las prácticas meditativas tal como se han descrito en este artículo, se deben incluir dimensiones subjetivas de la experiencia de los participantes, como por ejemplo el logro de una mayor sabiduría de vida, o en el descubrimiento del sentido del sufrimiento, aspectos que según comentaron algunos participantes del taller, fueron de importancia y que no tienen lugar en mediciones cuantitativas.

Pese a lo ajena que podría pensarse la práctica de la meditación para una cultura semi-rural del sur de Chile, la experiencia aquí presentada muestra su potencial de aceptación incluso entre quienes nunca han tenido contacto con una tradición meditativa, pudiendo convertirse en una herramienta preventiva y terapéutica de bajo costo y alta efectividad en Chile. El que al menos cinco pacientes hayan reportado haber disminuido drásticamente la medicación que tomaban por largo tiempo para enfrentar alguna consecuencia del estrés (insomnio, cefalea, cervicalgia, etc.) sugiere la posibilidad de acortar los tratamientos farmacológicos al ser complementados con un taller REBAP, con los consecuentes beneficios de reducir el costo monetario y los efectos secundarios de los fármacos (Kabat-Zinn, 1998). De suma importancia sería contar con más investigación empírica al respecto.

Sin duda, la concreción de estas ideas depende en buena parte de la implementación de adecuados programas de capacitación a monitores, tarea que ya está movilizando a un grupo de psicólogos clínicos, psiquiatras, educadores, y asistentes sociales en Chile, tal como se vio manifestado en el reciente "Primer Encuentro: Aplicaciones de la práctica de atención plena (*Mindfulness*) Chile-Argentina", que se llevó a cabo en Agosto del 2010 en Santiago de Chile. Es de esperar que esta cooperación interdisciplinaria e intercultural que está implica el enfoque de la atención plena permita poner al alcance de los usuarios del sistema de salud más y mejores herramientas para aliviar su sufrimiento.

Referencias

- Baer, R. (2003). *Mindfulness* training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Beck, A. , Steer, R. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Braun, V. y Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K. D. y Goodey, E., (2003). *Mindfulness*-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S., y Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53-66.
- Hayes, S., Strosahl, K. y Houts, A. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of *mindfulness* meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of *mindfulness* meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., y Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M. J., Cropley, T. G. y colaboradores (1998). Influence of a *mindfulness* meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 50, 625-632.

- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses, healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., y Galvin, N. M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford: New York.
- Lusilla Palacios, M. (1989). *Validación de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung: Validez concurrente, discriminante y estructural*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- Lusilla Palacios, M. (1993). *Psicometría de la ansiedad: un estudio comparativo de las escalas de ansiedad heteroevaluadas de Hamilton, Zung y AMDP-AT*. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- Lutz, A., Slagter, H., Dunne, J. y Davidson, R. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences* 12(4), 163-169.
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26, 59-69.
- Miró, M. (2006a). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 133-156.
- Miró, M. (2006b). La Atención Plena (*Mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 31-76.
- Nhat Hanh, T. (2007). *El milagro de mindfulness*. Barcelona: Oniro.
- Pérez, M.A. y Botella, L. (2007). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones Clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 77 -120.
- Sagula, D. y Rice, K. (2004). The effectiveness of *mindfulness* training on the grieving process and wmo-tional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 333-342.
- Salmon, P. G., Santorelli, S. F., y Kabat-Zinn, J. (1998). Intervention elements promoting adherence to *mindfulness*-based stress reduction programs in the clinical behavioral medicine setting. En S.

- Shumaker, E. Schron, J. Ockene y W. Bee (Eds.), *Handbook of Health Behavior Change* (pp. 239–268). New York: Springer.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Segal, Z., Teasdale, J. y Williams, M. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Shapiro, S., Astin J., Bishop, S. y Cordova, M. (2005). *Mindfulness*-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164–176.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., y Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a *mindfulness* meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613–622.
- Walsh, R. y Vaughan, F. (1993). *Paths beyond ego. The transpersonal vision*. New York: Tarcher/Perigee.
- Watts, A. (1992). *Psicoterapia del este, Psicoterapia del Oeste*. Buenos Aires: Kairós.
- Wilber, K. (1988). *El proyecto Atman*. Barcelona: Kairós.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6): 371-9.

(**) La experiencia presentada en este artículo fue en parte financiada por el Programa de Salud Mental del Hospital de Santa Bárbara, dependiente del Servicio de Salud Biobío. El autor agradece especialmente al Dr. Francisco Castilla su apoyo en la implementación del programa y sus sugerencias para la redacción de este artículo.