

UNIVERSIDAD  
DE CHILE

**Diseño, implementación y efecto de un taller basado en Mindfulness y Aikido, en mujeres que presentan sintomatologías asociadas a las manifestaciones agresivas derivado del trabajo con niños(as) con espectro autista.**

CLAUDIO ANDRES ACOSTA ESPARZA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER

**Profesor Guía**

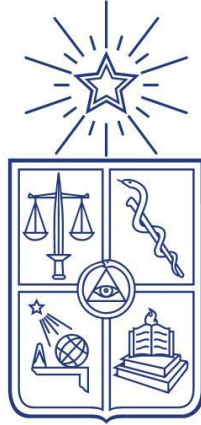
Dr. Pablo Herrera Salinas

**Profesor Co-Guía**

Dr. Claudio Araya Véliz

Santiago, 2017

Una firma manuscrita en tinta que dice "Claudio Araya Véliz".



**UNIVERSIDAD  
DE CHILE**

**Diseño, implementación y efecto de un taller basado en Mindfulness y Aikido, en mujeres que presentan sintomatologías asociadas a las manifestaciones agresivas derivado del trabajo con niños(as) con espectro autista.**

**CLAUDIO ANDRES ACOSTA ESPARZA**

<b>Profesor Guía</b>	Dr. Pablo Herrera Salinas
<b>Profesor Co-Guía</b>	Dr. Claudio Araya Véliz
<b>Profesora informante</b>	Dr. Laura Moncada Arroyo
<b>Profesor informante</b>	Dr. Pablo Herrera Salinas

Santiago, 2017

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer cada gesto de ánimo, apoyo y cariño de muchos que aparecen en mis recuerdos, de los que hoy están presentes y que han acompañado mi caminar por esta travesía. Cada uno me mostraba en cada momento que siempre es mejor ir acompañado, aunque sea de las formas más curiosas que uno pueda pensar.

Agradecer a mis amigos y compañeros de Scouts, por esa compañía y fortaleza que siempre estará en mi ser

A Dulcineo por su compañía serena y ejemplo constante

A mi jardín, mis plantas y árboles que cada día me entregan su paz y energía.

A mi familia, por estar ahí.

Quisiera agradecer a muchos colaboradores que de diversa formas han dedicado su tiempo y energía a este proyecto. A Claudio Araya, principalmente por su apoyo y calidez. Gracias a Ruth Ibáñez por el acompañamiento en la realización del taller y Ana Gabriela por su apoyo incondicional en la ejecución del proyecto.

A Laura Moncada por su dedicación, cariño y paciencia, sus sinceros deseos de contribuir en mi formación y sobretodo por el tesoro de su amistad.

Dar también las gracias a todas las aquellas veces que he fracasado ya que cada una de esas experiencias me han traído los más grandes aprendizajes y crecimientos.

Agradecer especialmente a todas las mujeres que participaron del taller, mujeres con un corazón gigante, con una vocación admirable y un ejemplo constante para todos

*“La curiosa paradoja es que cuando me acepto tal cual como soy, entonces puedo cambiar” CARL ROGERS*

## INDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
1. Objetivo.....	8
2. Hipótesis.....	8
<b>II. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>8</b>
1. La Psicología Humanista .....	8
2. El Mindfulness.....	11
2.1. Definiciones de Mindfulness.....	11
2.2. Mindfulness y la reducción de sintomatología.....	14
2.3. Modelos de intervención basados en Mindfulness.....	16
2.4. Evidencia empírica general de la práctica de Mindfulness .....	21
3. El Aikido .....	24
3.1. Definiciones de Aikido.....	24
3.2. Aikido y vivencias disruptivas o de agresión.....	25
3.3. Aikido y su intervención ante la agresión.....	31
4. Sintomatologías asociadas a las vivencias de agresión de las educadoras que trabajan con niños con espectro autista.....	33
4.1. Manifestaciones agresivas o disruptivas.....	35
4.2. Sintomatología asociada a las vivencias de las manifestaciones agresivas. ....	37
4.3. Espectro Autista y manifestaciones agresivas o disruptivas .....	38
5. Mindfulness y Aikido en la reducción de la sintomatología asociada a vivencias de agresión.....	40
6. Manifestaciones de agresión o disruptivas como vivencias potencialmente traumáticas	42
6.1. Sintomatologías asociadas a manifestaciones agresivas o disruptivas que podrían anteceder el estrés postraumático, trastornos del ánimo, entre otros ...	44
6.2. Trauma y sus modelos de intervención. ....	45
<b>III. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO</b> .....	<b>47</b>
1. Metodología .....	48
2. Población y muestra .....	48
3. Procedimiento.....	52
4. Consideraciones éticas. ....	55
5. Análisis de datos:.....	56
6. Resultados .....	56
7. Análisis para las variables del FFMQ .....	57
8. Análisis de tendencia para FFMQ .....	60
9. Análisis para las variables del EGEP .....	70
10. Análisis de tendencia para EGEP .....	72

11. Análisis para la variable Registro diario.....	79
12. Análisis de tendencia para Registro diario .....	82
<b>IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES .....</b>	<b>84</b>
1. Conclusiones .....	84
2. Discusiones:.....	90
3. Limitaciones y aspectos a desarrollar del presente estudio .....	96
4. Aspectos a desarrollar y posibles futuras líneas de investigación.....	97
<b>V. REFERENCIAS .....</b>	<b>98</b>
<b>VI. ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
Anexo N° 1 Carta de Consentimiento informado.....	110
Anexo N° 2 Instrucciones y escalas utilizadas en el estudio .....	112
Anexo N° 3 Escala FFMQ .....	113
Anexo N° 4 Escala EGEP.....	116
Anexo N° 5 Target Complaints, Formulario de Seguimiento diario .....	120
Anexo N° 6 Resumen de contenido de las sesiones del taller de mindfulness y Aikido...	121

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Edad de las participantes según grupo de intervención y grupo de control .....	49
Tabla N° 2 <u>Criterios de inclusión para grupo de intervención</u> .....	51
Tabla N° 3 <u>Criterios de exclusión para grupo de intervención</u> .....	51
Tabla N° 4 <u>Criterios de inclusión para grupo de control</u> .....	51
Tabla N° 5 <u>Criterios de exclusión para grupo de control</u> .....	52
Tabla N° 6 Comparaciones FFMQ por grupo para 1° medición .....	57
Tabla N° 7 Comparaciones FfMQ por grupo para 2° medición .....	58
Tabla N° 8 Comparaciones FFMQ por grupo para 3° medición .....	59
Tabla N° 9 Análisis de tendencia para observación separada según grupo .....	60
Tabla N° 10 Análisis de tendencia para “Describir” separada según grupo.....	62
Tabla N° 11 Análisis de tendencia para “Actuar” separada según grupo.....	64
Tabla N° 12 Análisis de tendencia para “Juicio” separada según grupo .....	66
Tabla N° 13 Análisis de tendencia para Reactividad separada según grupo .....	68
Tabla N° 14 Análisis de tendencia para Total separada según grupo.....	69
Tabla N° 15 Comparaciones EGEP por grupo para 1° medición .....	70
Tabla N° 16 Comparaciones EGEP por grupo para 2° medición .....	71
Tabla N° 17 Comparaciones EGEP por grupo para 3° medición .....	71
Tabla N° 18 Análisis de tendencia para Re – experimentación separada según grupo .....	73
Tabla N° 19 Análisis de tendencia para “Evitación” separada según grupo .....	74
Tabla N° 20 Análisis de tendencia para “Hiperactivación” separada según grupo .....	75

Tabla N° 21 Análisis de tendencia para “Síntomas clínicos” separada según grupo .....	77
Tabla N° 22 Análisis de tendencia total separada según grupo .....	78
Tabla N° 23 Comparaciones Registro diario por grupo para 1° medición .....	79
Tabla N° 24 Porcentaje de las participantes que presentaban sintomatología asociada a vivencia de agresión en aula para grupo de intervención y control.....	80
Tabla N° 25 Comparaciones Registro diario por grupo para 2° medición .....	81
Tabla N° 26 Comparaciones Registro diario por grupo para 3° medición .....	81

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura N° 1</b> Gráfico de tendencia para “observación” .....	60
Figura N° 2 Gráfico de tendencia para “Describir” .....	61
Figura N° 3 Gráfico de tendencia para “Actuar” .....	63
Figura N° 4 Gráfico de tendencia para “Juicio” .....	65
<i>Figura N° 5 Gráfico de tendencia para “Reactividad”</i> .....	67
Figura N° 6 Gráfico de tendencia para Total .....	69
Figura N° 7 Gráfico de tendencia para Re – experimentación .....	72
Figura N° 8 Gráfico de tendencia para “Evitación” .....	73
Figura N° 9 Gráfico de tendencia para “Hiperactivación” .....	75
Figura N° 10 Gráfico de tendencia para “Síntomas clínicos” .....	76
Figura N° 11 Gráfico de tendencia para “ Total” .....	77
Figura N° 12 Gráfico de tendencia para Registro diario.....	82





## **RESUMEN**

La presente investigación pretende evaluar y describir los efectos de un taller de Mindfulness y Aikido en los niveles de mindfulness y los niveles de sintomatología asociada a las vivencias de agresión en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas y/o disruptivas, en mujeres adultas, alumnas de la carrera educación diferencial de la Región Metropolitana en ejercicio de su práctica profesional.

En la presente investigación se utilizó una metodología cuantitativa basada en un diseño cuasi-experimental, no paramétrica en virtud que los grupos son homogéneos, con grupo experimental, control y seguimiento después de 4 meses.

El taller de mindfulness y Aikido se constituyó en la variable independiente, la cual se esperaba que modificara los niveles de las variables dependientes, tales como los indicadores de mindfulness y las sintomatología asociada a la vivencia de agresión y/o manifestaciones disruptivas.

El estudio se realizó con mujeres adultas (entre 20 y 26 años), que han vivenciado algún evento de agresión en aula, y que derivado de esto, han presentado sintomatología de acuerdo a la escala de indicadores de intensidad de sintomatología de la prueba EGEP y la sintomatología referida por cada mujer en el formulario de seguimiento diario Target Complaints; que realizan su práctica profesional en colegios con niños con espectro autista en colegios de la región Metropolitana. Participaron 75 mujeres en el estudio, 41 participantes en el grupo de intervención y 34 participantes en el grupo control, y el promedio de edad fue de 21,5 años.

Es relevante manifestar que el foco de esta investigación es de carácter preventivo e virtud de que aborda los síntomas emergentes posteriores a las vivencias de agresión a diferencia de la gran cantidad de tratamientos que apuntan a la ya conformación de un cuadro diagnóstico. También es relevante destacar que a diferencia de todas las intervenciones, tratamiento y talleres que se han realizado con eventos traumáticos, es que las agresiones que aborda esta investigación no son de evento único sino que tienen como característica su

constancia y permanencia en el tiempo lo que finalmente apunta a trabajar como yo me relaciono con esas vivencias y la forma en que afecta a quien lo recibe.

Si se consideran los efectos beneficiosos reportados por la investigación sobre Mindfulness en conjunto con los aportes del Aikido en cuando a su filosofía y práctica; en este sentido, desde ambas prácticas se incorpora en su conjunto el trabajo de conciencia plena, el trabajo de la praxis corporal y el trabajo relacional. Además se reconoce la necesidad de buscar intervenciones preventivas efectivas en la población de profesionales que vivencian situaciones de agresión o manifestaciones disruptivas que se caracterizan por ser recibidas de forma constante y permanente generando diversas sintomatologías y consecuencias en la salud que potencialmente pueden generar, de no ser tratadas, diversos cuadros diagnósticos. Desde este lugar emerge el interés de investigar sobre los efectos de la práctica de Mindfulness y Aikido en esta población.

Se deja de manifiesto que, para los objetivos de la presente investigación, la utilización de la prueba EGEP tiene que ver con extraer información normativa acerca de la intensidad de los distintos tipos de síntomas que puede provenir de una vivencia de agresión, y no se pretende medir si el evento genera o no el diagnóstico de TEPT.

## **I. INTRODUCCIÓN**

De acuerdo a Gimenez (2014), la agresión puede estar en casi todos los ámbitos en que nos movemos, en la calle, en el trabajo y hasta en nuestros hogares. Tal es el caso de algunos de los profesionales de la salud, como las profesoras de Educación Diferencial que trabajan con niños(as) con síndrome de espectro autista, que por las características de su rol, se ven expuestas a vivenciar situaciones de agresión. Así, algunas de las características de quienes padecen el síndrome espectro autista son las reacciones o conductas agresivas y disruptivas, las cuales afectan al profesional a cargo, a nivel emocional y corporal (Ministerio de Educación [MINEDUC], 2010) .

Se hace relevante destacar que estas agresiones se caracterizan además por ser constantes y permanentes en el tiempo, por lo que las agresiones que reciben los profesionales a cargo

tienen esta característica y lo que intensifica la aparición de diversas consecuencias.

La palabra agresión proviene del latín, *aggredi*, que quiere decir atacar. Significa que una persona está dispuesta a imponer su voluntad por la fuerza sobre alguien o algo aunque pueda producirle un daño físico o psicológico. En ese sentido, existe una relación estrecha entre ira y agresividad (Gimenez, 2014, p.18). A diario presenciamos infinidad de situaciones agresivas. Una contestación en un tono de voz imperativo o con un grito, un empujón en la calle, una palabrota, un insulto. Todas estas son agresiones (Gimenez, 2014, p. 22).

De acuerdo a la literatura, los problemas de conducta de tipo disruptivo asociados al espectro autista produce un gran impacto en el cuidador de aquellos individuos afectados por un TEA, tal como afirman Meadan et al., (2010). Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980) hablan a su vez, de la “sobrecarga”.que viven estos cuidadores, la que en forma importante, afectaría diferentes esferas de sus vidas. Otros autores, explican que este fenómeno de cuidar a individuos afectados por un TEA y sus conductas disruptivas entre las cuales encontramos, comportamientos agresivos, conductas auto lesivas, irritabilidad tendrían un papel primordial al momento de pronosticar el nivel de estrés del cuidador. Acorde a Meadan et al., 2010, se ha puesto atención al estrés provocado en los cuidadores que desenlaza en delicadas consecuencias para su salud tales como somatización, cuyos síntomas surgen a consecuencia de disfunciones corporales producidas por problemas psicológicos subyacentes, como el estrés o la ansiedad. (Gempp y Avendaño, 2008). Más aún, suman a la ansiedad, la depresión otros autores como Barker et al., (2011); Dale, Jahoda & Knott, (2006); Phetrasuwan & Shandor, (2009) Taylor & Warren, (2012) .

El taller de la presente investigación, pretende responder a la disminución de la sintomatología asociada de vivencias de agresión de las educadoras de las que estamos hablando y está centrado en dos estrategias humanistas, el Mindfulness y el Aikido, que corresponden a las herramientas o variables independientes que se desean utilizar en la propuesta investigativa.

Desde principios del siglo XXI se ha visto un notable incremento del uso de la meditación

oriental tanto en la teoría como en la práctica de la Psicología y la Psicoterapia, principalmente ramas del budismo, hinduismo y taoísmo. Este fenómeno se produce como resultado de al menos tres factores: la divulgación en Occidente, desde mediados del siglo pasado, de las filosofías y prácticas orientales de meditación; el desarrollo de la Psicología cognitiva en donde técnicas relacionadas a la atención plena pueden instalarse; y el desarrollo de la neurociencia cognitiva y afectiva en donde las técnicas de neuroimagen hacen que se pueda investigar la correlación entre los pensamientos y emociones y el sistema neurológico (Simón, 2007).

Ahora bien, Mindfulness es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicio de valor. La traducción más frecuente de mindfulness es conciencia plena o atención plena. Aunque estos conceptos datan de una antigüedad de 2500 años, fue en 1979 que Jon Kabat-Zinn, de la Universidad de Massachusset (Worcester), puso en marcha la técnica de la intervención denominada Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), traducido por algunos como Reducción del Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) (Villajos y Ballesteros, 2013).

Por otra parte, no existen investigaciones de los efectos de Mindfulness sobre el manejo de las agresiones por lo que esta investigación pretende ser un aporte en esta materia.

Sin embargo, la evidencia científica y empírica sugiere que la práctica del Mindfulness genera numerosos beneficios muchos de los cuales no solamente pueden aplicarse al lugar de trabajo sino que además tienen un impacto directo en el mismo (Godd et al., 2011). Dentro de sus efectos estudiados están: que contribuye en la reducción de la reactividad emocional durante los conflictos y generación de un tono emocional más positivo (Godd et al., 2011); favorece el manejo de la rabia, la ansiedad y el miedo (Garland, Gaylord y Segal, 2005); favorece la regulación emocional reduciendo la activación de la amígdala o reduciendo su conectividad con zonas de la corteza prefrontal (Creswel, 2007); y potencia la comunicación y la capacidad de comunicar información emocional (Wachs y Cordova, 2007).

El Aikido por su parte, proviene de la tradición de las artes de combate como profunda espiritualidad y filosofía. Etimológicamente la palabra procede de la unión de Ai, que significa unión, armonía y amor, Ki, espíritu, energía vital y Do que significa camino o modo de hacer algo. Según Ueshiba (2009):

El Aikido es un vehículo para conservar y alentar la vida humana, un medio para prevenir el asesinato y la violencia...lo que necesitamos son técnicas de armonía, no de enfrentamiento. Lo que se necesita es el arte de la paz, y no el arte de la guerra. Basándose en su visión universal, el Aikido debería percibirse como nada más que el arte marcial del amor. Nunca puede ser violento. El propósito del Aikido es enseñar a la gente a no ser violenta y a conducirla hacia un sendero mas elevado. Es un medio para establecer la paz universal. En el Aikido practicamos no para aprender a ganar; practicamos para aprender a salir victoriosos en cualquier situación. (pp. 47-48).

El arte marcial Aikido se refiere filosóficamente a una meditación en movimiento debido a la mayor conciencia que se le atribuye a la práctica (Dobson & Miller, 1978; Saotome, 1986, 1989). Aikido es considerado una meditación en acción y los practicantes aprenden a ser conscientes del cuerpo a través de ejercicios en equilibrio y respiración. Respecto a la experiencia de Aikido y su relación con la atención plena, se sugiere que este arte marcial puede ser útil en el desarrollo de la atención plena. Los resultados del estudio "*La experiencia de Aikido y su relación con Mindfulness*", muestran aumentos significativos en las puntuaciones de atención plena con aumento de la práctica de Aikido (Lothes, Hakan & Kassab, 2013).

Vivencias de agresión y sintomatología asociada:

Respecto a la vivencia de agresión o situaciones disruptivas, Stupiggia (2010) menciona que tras esta invasión se ofrece resistencia, y en esta resistencia hay rigidez y en ella, quiebres y desmoronamientos del sentido. Cuando este derrumbre de identidad ha ocurrido, es difícil reconstruir la confianza en otros y se experimentan las relaciones en un precario equilibrio

del cual es difícil tomar seguridad.

Para Brewin (1995), la valoración emocional que la persona hace sobre un acontecimiento agresivo o disruptivo está relacionada con número importante de variables. Entre ellas la historia vital de la persona, la salud física y mental premórbida, el apoyo social percibido durante el acontecimiento y los recursos percibidos por la persona para enfrentarse a la situación vivida (citado por Crespo y Gómez, 2012). A menudo las emociones se presentan como fuerzas irresistibles que ejercen una gran influencia en el comportamiento (Rothermund, Voss & Wentura, 2008, citado por Koole, 2009).

Por otra parte, el cuidado de un individuo afectado por un TEA (Trastorno Espectro Autista) supone una importante fuente de estrés para el cuidador principal (Meadan, Halle & Ebata, 2010), lo que puede acarrear graves consecuencias para su salud.

De esta manera, el profesional que vive una situación de agresión o manifestación disruptiva por parte del estudiante manifestaría una serie de sintomatología como: temor, ansiedad, angustia, sensación de vulnerabilidad, estrés, disminución de su autoestima. Esto trae como consecuencia profesionales desmotivados, aumento de licencias médicas, aumento de tratamiento farmacológico, el cuestionamiento a la propia actividad profesional y se ven afectados en su salud mental. .

Esta sintomatología si se mantiene en el tiempo podría desencadenar en estrés postraumático y trastornos del ánimo por lo que se hace fundamental abordar los síntomas asociados a vivencias de agresión de forma preventiva a la aparición de estos cuadros.

Respecto a los recursos y la vivencia de acontecimientos agresivos y/o disruptivos, Ramos, Recondo y Enríquez (2012) mencionan que para reducir la vulnerabilidad emocional y lograr un mayor autodomio emocional debemos saber desenvolvernos de forma adecuada en las experiencias emocionales experimentadas. Más concretamente: dejar pasar las emociones negativas por medio de las habilidades de conciencia, no llevar a cabo acciones impulsivas

que empeoren la situación y la tolerancia al malestar. El cambio personal solo es posible cuando estamos dispuestos a asumir un dolor o malestar que, por otro lado, son parte de nuestra vida.

Mindfulness y Aikido para las vivencias de agresión:

Si se consideran los efectos beneficiosos reportados por la investigación sobre Mindfulness en conjunto con los aportes del Aikido en cuanto a su filosofía y práctica; en este sentido, desde ambas prácticas se incorpora en su conjunto el trabajo de conciencia plena, el trabajo de la praxis corporal y el trabajo relacional. Además se reconoce la necesidad de buscar intervenciones preventivas efectivas en la población de profesionales que vivencian situaciones de agresión o manifestaciones disruptivas que se caracterizan por ser recibidas de forma constante y permanente generando diversas sintomatologías y consecuencias en la salud que potencialmente pueden generar, de no ser tratadas, diversos cuadros diagnósticos. Desde este lugar emerge el interés de investigar sobre los efectos de la práctica de Mindfulness y Aikido en esta población.

En este sentido, Mindfulness y Aikido pueden ser un aporte importante para el desarrollo de las habilidades de conciencia antes señaladas y, con ello, contribuir a una disminución de la sintomatología asociado a la vivencia de acontecimientos agresivos y/o disruptivos.

De esta manera, se buscará comprobar la hipótesis de trabajo, la cual plantea que se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de sintomatología asociada a la vivencia de la agresión en profesionales que hubieran participado en un programa basado en Mindfulness y Aikido, en comparación a profesionales que no participaron del mismo programa.

Considerando la relevancia de este tema en el ámbito de la salud mental en Chile, la presente investigación específicamente buscó:

## **1. Objetivos:**

- Evaluar y describir el efecto de un taller basado en mindfulness y Aikido, en los niveles de mindfulness, en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas y/o disruptivas.
- Evaluar y describir el efecto de un taller basado en mindfulness y Aikido, en los niveles de sintomatología asociada a vivencias de agresión en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas y/o disruptivas.
- Evaluar y describir la mantención de los efectos producidos al concluir el taller, luego de cuatro meses de realizada la intervención.

## **2. Hipótesis :**

Ha1. El taller de Mindfulness y Aikido incrementa los niveles de Mindfulness en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas.

Ha2. El taller de Mindfulness y Aikido disminuye los niveles de sintomatología asociada a las manifestaciones agresivas o disruptivas derivadas el trabajo con niños con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas.

Ha3. El taller de Mindfulness y Aikido disminuye y mantiene los niveles de sintomatología asociada a las manifestaciones agresivas o disruptivas derivadas del trabajo con niños con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas tras 4 meses posterior a la participación del taller

## **II. MARCO CONCEPTUAL**

### **1. La Psicología Humanista**

El presente estudio se enmarca en la Psicología Humanista, en el entendido que la forma de trabajar en el taller propuesto, con la muestra a la cual se accedió, se desprende de este enfoque; tanto en la concepción epistemológica de hombre que se tiene, como en la manera de intervenir (diseño e implementación del taller), siendo éste una propuesta principalmente vivencial con la intención de aminorar la sintomatología asociada al quehacer de las



educadoras con niños con TEA.

La psicología humanista, llamada también la *tercera fuerza* (Martínez, 2011) por ser precedida por el psicoanálisis primero y luego por la terapia cognitiva, según Kriz (1990) tiene por un lado, una imagen del hombre bien homogénea y concordancias básicas en los principios del trabajo terapéutico, y por otro lado, también una homogeneidad paradigmática y metodológica. Esta corriente psicológica es la que tiene más influencia de la filosofía y posteriormente de la espiritualidad oriental, desde donde se derivan por un lado, los modelos del ser humano, y por otro, muchas de las técnicas de trabajo psicoterapéutico, cuya particular característica- ausente en la primera y segunda fuerza- es incluir el cuerpo a través de ejercicios vivenciales, que ayudan al sujeto a tener una comprensión de sí mismo y de su problemática, de una forma más integral. La tercera fuerza en psicología, no sólo trata al sujeto desde la palabra sino que también desde el cuerpo y la focalización en emociones que han demostrado ser muy eficaces en el cambio psicoterapéutico (Greenberg, 1999).

En relación a la influencia espiritual del oriente en este enfoque, por ejemplo, dos de los grandes pensadores y creadores de escuela al interior de la psicología humanista, como Carl Rogers (1902-1997) y Fritz Perls (1893-1970) reconocen la influencia oriental en su inspiración terapéutica. Así, Rogers, teniendo solo 20 años en 1922, viajó a China, y realizó una gira por otros países asiáticos, declarando después que esta travesía le permitió establecer sus propias metas, valores y filosofía agregando que incluso temperó sus actitudes religiosas. Muchos años después, Rogers detecta y manifiesta paralelismo entre su propia obra y las fuentes orientales, en especial el budismo zen y las obras de Lao Tsé. Por su parte, Fritz Perls entre los años 1959 y 1964 viajó a Israel y al Japón, donde permaneció por espacios de varios meses en un monasterio zen japonés.

Las amplias raíces filosóficas de psicología humanista las podemos rastrear desde a) el existencialismo (Buber, Soren, Kierkegaard, Nietzsche, Marcel, Tillich), b) la fenomenología ( Husserl, Scheler) c) humanismo clásico ( Herder) humanismo socialista ( ( Marx) d) humanismo frances ( Merleau Ponty, Sartre, Camus), para entender mejor lo vasto que son

los postulados sobre el ser humano y los desafíos de su existencia. (Kriz, 1990)

A modo introductorio de algunos vértices relevantes de este enfoque teórico y psicoterapéutico, seguiremos a Mauricio Cerda (2006) - quien agrupa en filosóficos, psicológicos y epistemológicos los principios de esta corriente- con el fin de mostrar las razones que inspiran el diseño del taller, y escoger y explayarnos sólo en algunas de las más significativas y pertinentes, que indican a este enfoque como marco referencial.

### Principios filosóficos de la Psicología Humanista

Como muchos otros autores (Martinez, 2011; Moreira, 2001 & Quittman, 1989), Cerda recalca los siguientes principios: a) El hombre posee dignidad y valor b) El hombre es libre y responsable c) La naturaleza humana es neutra o bien positiva en ningún caso negativa.

### Principios psicológicos:

a) El hombre está impulsado por una tendencia a la autorrealización ( y Cerda aclara que “esto quiere decir que el ser humano por naturaleza tiende no solo a la autoconservación sino también a la realización de sus potencialidades” p.16). Los siguientes se auto-explican en su enunciado, a saber, b) el hombre es dinámico c) el hombre es subjetivo d) el hombre es creativo e) el hombre está dotado de razón y mejor que eso de sabiduría f) el hombre se orienta por sistemas de valores g) El hombre construye proyectos de vida h) El hombre es capaz del encuentro con otros

### Principios epistemológicos:

a) conocer al hombre en cuanto humano b) holismo (“el ser humano es irreductible, es decir, que no puede ser bien comprendido en base a ninguna de sus partes por separado: el ser humano en cuanto humano solo puede ser comprendido cabalmente en y como totalidad” p.19) c) preeminencia de la comprensión por sobre la explicación d) el objeto de estudio es la experiencia “ para estudiar a lo humano en cuanto a tal no cabe sino atender al punto de contacto entre el sujeto y el mundo, en el momento en que acontece, o sea a través de la experiencia p. 20) e) teorización abierta (nuestro autor, plantea que la realidad humana

resulta inconmensurable para la ciencia; afirma que la imposibilidad de que una teoría o un conjunto de ellas, puedan dar cuenta por completo del comportamiento debido a que hay dimensiones humanas inaprehensibles para las formulaciones conceptuales por una parte, y por otra, las variaciones y la capacidad de cambio individual y social parecen no tener fin).

Presentados estos principios, tenemos dos aspectos que queríamos destacar en el marco conceptual de esta investigación: uno, este taller está inspirado en la concepción de hombre de la psicología humanista recién descrita, (que nos permite reconocer una mirada optimista frente al hombre y sus potencialidades de cambio ) que a su vez retomaremos -en lo más pertinente- a la luz de los hallazgos en la discusión; y por otro lado, entender que tanto el mindfulness como las técnicas de Aikido son una herencia para la praxis vivencial humanista, que se puede desplegar con posibilidades sanadoras a través de vivencias holísticas, tanto en prácticas terapéuticas individuales como grupales.

## **2. El Mindfulness**

### **2.1. Definiciones de Mindfulness**

El profesor emérito de Medicina Jon Kabat-Zinn , cuyas prácticas de yoga, zen y diversos estudios con maestros budistas lo llevaron a integrar algunas de tales enseñanzas con las de la ciencia occidental, creó finalmente el REBAP (Técnica de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena). Según este profesor, “el Mindfulness es en última instancia, un acto de amor (...) con la vida, con la realidad y con la imaginación, con la belleza de nuestro ser, con nuestro corazón, con nuestro cuerpo, con nuestra mente y con el mundo” (Kabat-Zinn, 2012, p.8). Y es que el Mindfulness se presenta como la unión entre el desarrollo espiritual y la transformación personal.

Ahora bien, el origen de esta técnica lo encontramos en el budismo theravada, simbolizando el “corazón” de la meditación budista. En donde el abhidharma, uno de los tres libros primordiales del budismo, se podría considerar como base teórica del Mindfulness. Es

entonces que Mindfulness se relaciona a un tipo de meditación denominada meditación vipassana, frecuentemente llamada en Psicología meditación insight (Mañas, Gómez, Sánchez, Fernández y Franco, 2008).

Es importante considerar que con la práctica del Mindfulness o atención plena, se desarrollarán las siguientes habilidades; no esforzarse, dejar pasar, estar en el presente, darse cuenta, la concentración, el descentramiento y la autocompasión (Ramos, Recondo y Enríquez, 2012).

Si se revisa la bibliografía existente, se puede observar que existen varias definiciones, en donde cada una enfatiza algún elemento particular.

Para Jon Kabat-Zinn (1990). Mindfulness se presenta como el prestar atención de una manera específica; con intención, eximida de juicios de valor y en el momento presente.

Para Germer (2005), en tanto, se presenta como la conciencia de la vivencia durante el presente y con aceptación.

Por otra parte, Brown & Ryan (2003), entregaron una propuesta de definición Mindfulness: “mientras que la atención y la percepción son rasgos relativamente constantes del funcionamiento normal, mindfulness puede ser considerado como una atención mejorada a la percepción de la experiencia actual” (p. 84).

Los Maestros Zen Shishin Roshi y Shinko Sensei lo describen como un viaje de autodescubrimiento en donde:

Hemos sido condicionados para creer que el mundo exterior es más real que el mundo interior. Pero a través de una cuidadosa introspección podemos descubrir lo que muchos estudios científicos han constatado: lo que sucede dentro de nosotros, crea lo que está sucediendo afuera. Dirigir y resolver nuestros asuntos internos transformará nuestro mundo exterior. Cuanta más gente trabaje en la resolución de sus asuntos internos más

contribuiremos a crear un planeta saludable. (citados por Ruiz, 2013, p. 11)

Según las investigaciones de Brown et al. (2003), Mindfulness se puede considerar como una construcción que tiene una amplia e importante función tanto en la auto-regulación como en la experiencia emocional. Estos autores parten de la base de que se encuentran diferencias entre las personas respecto a su tendencia y voluntad de ser conscientes y de mantener la atención de lo que está ocurriendo en el presente (rasgo) y que, además, la capacidad de conciencia plena cambia según cada individuo ya que puede ser incrementada u obstruida por una variedad de factores.

Complementariamente, el reconocido escritor alemán Eckhart Tolle (2000), el dolor creado en el ahora es siempre una forma de no aceptación y de resistencia en forma de juicio y a nivel emocional como una forma de negatividad, en donde el grado de sufrimiento dependerá del grado de resistencia al momento presente. Mindfulness, por lo tanto, es siempre en el momento del ahora, en el presente, en donde no hay enjuiciamiento.

Otra perspectiva, bastante acorde a los resultados que se esperan en este estudio, es la de Cullen y Brito (2016):

El hablar de no juicio no es sinónimo de abandonar la capacidad de comprender, la capacidad de reconocer las diferentes posibilidades ante una decisión para poder considerarla una sólida base. Y no solamente es pletórica atención, para quien ha sido considerado el “padre” de la conciencia plena en Occidente y creador de la técnica de reducción del estrés basada en Mindfulness existe también un elemento fundamental que no se puede minimizar; Kabat-Zinn habla a veces de Mindfulness como “atención cariñosa”. Cuando la conciencia posee las cualidades del cariño y la ternura, es mucho más fácil acercarse a la experiencia para conocerla plenamente, en especial cuando es dolorosa o provoca sentimientos de vulnerabilidad. (p.26) .

Mindfulness es, entonces, una técnica asociada a las terapias de tercera generación que han

modificado en el último tiempo el enfoque de intervención psicoterapéutica imperante hasta ahora, integrando al modelo de cambio de conducta y/o pensamiento, el de aceptación de aquello que no se puede cambiar de la vida. (Lavilla, Molina y López, 2008).

Básicamente, entonces, el Mindfulness reside en un ejercicio especializado para vivir completamente nuestro presente (ya sea en el momento del trabajo, comiendo o bailando, etc.).

Si existe un elemento fundamental y básico para la práctica de Mindfulness, este corresponde particularmente a la conciencia. En general, esto que llamamos conciencia puede ser definida y explicada como la destreza y capacidad de ser testigo y observante de todos estos eventos, es como un cielo inconmensurable, en donde aparecen, y también desaparecen, nubes de todo tamaño y forma, es decir, la vida, nuestras experiencias. Cullen y Brito (2016)

## **2.2. Mindfulness y la reducción de sintomatología.**

En primer lugar, es necesario precisar que dentro de los aspectos neurológicos y entre los muchos beneficios que tiene Mindfulness se encuentran por ejemplo, el impacto que tiene sobre el cerebro humano, y es que a través de estudios realizados en individuos, con el uso de escáner, se ha podido ratificar la existencia de cambios notables y positivos en las regiones cerebrales relacionadas a la emoción pura, la percepción y el dolor. Y es que los resultados de investigaciones clínicas realizadas dan cuenta de que el Mindfulness puede ser tan eficaz y eficiente como las terapias en donde se utilizan calmantes para mejorar los sistemas de curación natural del ser humano. Sumado a esto, puede reducir la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, el agotamiento y el insomnio derivados del dolor y la enfermedad crónicos (Burch & Penman, 2016).

Por otro lado, de acuerdo a las investigaciones de la neurocientífica Sara Lazar (2005), se demostró que en general el meditar efectivamente aumenta el grosor de la corteza cerebral

en las áreas cerebrales relacionadas con la atención, la interocepción y el procesamiento sensorial.

Luego de lo anterior, se puede entonces comenzar a hablar sobre la regulación emocional, que se puede definir como: “la habilidad para estar receptivo a las emociones, siendo capaz de modularlas (las emociones propias y las de los demás) así como de promover la comprensión y el crecimiento personal, gestionando las emociones positivas y negativas de forma eficaz” (Ramos et al., 2012, p. 57). Al mismo tiempo, una adecuada regulación emocional necesita de una adecuada comprensión emocional y, al mismo tiempo, para una comprensión eficaz se requiere una apropiada percepción emocional. A pesar de ello, existen investigaciones que han documentado cómo personas con gran capacidad de percepción emocional pueden a veces adolecer de comprensión y regulación emocional (Ramos et al, 2012).

Por lo tanto, la generación de una mayor conciencia será fundamental para la exploración y sanación de las emociones difíciles, esto porque los humanos tenemos la tendencia de evitar todo lo desagradable, lo que en Psicología se denomina “evitación experiencial”, y que se relaciona a todo tipo de problemas emocionales, particularmente ansiedad y depresión. Lo cierto es que también se sabe que el practicar Mindfulness disminuye la evitación experiencial lo cual puede ser una razón de lo efectivo que esta práctica para la disminución del malestar emocional y del aumento del bienestar a nivel psicológico (Cullen y Brito, 2016).

Por otra parte, “También podemos pensar en Mindfulness como un campamento base al cual regresar para recuperarnos de las expediciones a las profundidades de las emociones difíciles como la ira y el miedo” (Cullen et al, 2016, p.154).

Con la literatura revisada y citas escogidas , podemos afirmar que cuando se habla de equilibrio emocional basado en Mindfulness se habla de entrar en contacto con las emociones, del aceptarlas plenamente, de cultivar el corazón y la mente para el fomento de

la paz y la alegría tanto en nosotros como de quienes nos rodean Cullen y Brito (2016).

### **2.3. Modelos de intervención basados en Mindfulness**

A través del tiempo y en un creciente número de investigaciones, se han ido desplegando diferentes modelos y protocolos clínicos de tratamiento que se basan en Mindfulness o lo incluyen como un elemento esencial.

Como ya se ha visto el Mindfulness es una técnica cuyo objetivo principal es el de aceptar nuestro ahora, nuestras emociones, nuestras circunstancias, a nosotros mismos, etc. Y para poder entrenarse en él se requiere de tiempo para la vivencia de tal situación.

Existen variadas formas de entrenar nuestro presente a través del Mindfulness, y dentro de ellas la más potente y efectiva es la meditación. Estas son algunas experiencias realizadas en Chile:

Rivera, (2013), en su estudio, *Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas*, realizado en Chile, concluye que:

La práctica meditativa realizada durante el taller llevó a los participantes a redefinir también el concepto de meditación; antes del entrenamiento se la asocia con la idea de no pensar o de detener la cabeza, con la idea de “mente en blanco”; después del entrenamiento se le llega a ver como una forma de “autocontrol mental” beneficioso y de “encuentro con la experiencia presente”; se le ve incluso como una nueva forma de mirar las situaciones problemáticas. (p.100). “(...) *Se evidencia que con Mindfulness la calidad de la atención se modifica y una de las características fundamentales es que tiende a hacerse menos difusa*”. (Rivera, F. 2013, p.101).

Para Francisco Rivera (2013), su investigación arroja que: (...) pareciera haber más factores que facilitan la regulación emocional que aquellos que la dificultan. Resulta evidente por ejemplo que las emociones que encontraron un mejor manejo después del taller



fueron las ligadas al manejo del estrés y la ansiedad. Se describe además un mayor grado de regulación de estados emocionales como la rabia, cambio que ha tenido sus efectos también en la relación con los pacientes. Un factor que facilitaría el enfrentamiento exitoso de la ansiedad, sería el vivirla, conocerla y no evitarla. (p.104).

En tanto, para Claudio Araya, (2016), luego de realizado su estudio; *Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en Mindfulness y autocompasión, en mujeres con síntomas de ansiedad, que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial*, en Santiago de Chile, afirma que:

*“(...) las participantes del taller presentaron una reducción estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad, depresión, estrés y emociones negativas comparando antes y después del taller, no encontrándose diferencias en los grupos de control”*. (p.144).

Sumado a lo anteriores, José Miguel Jarpa, (2013), en su investigación, realizada en Santiago de Chile; *Mindfulness, una experiencia en adicciones*, sostiene que:

Un aspecto a considerar es que, al ser prácticas como Mindfulness algo poco habitual en nuestra cultura, la utilización de explicaciones y aplicaciones que tomen en consideración y faciliten su incorporación a la vida cotidiana de los usuarios, resultaría particularmente útil, en especial en contextos donde los apuros y exigencias cotidianas podrían hacer que, en primera instancia, su incorporación como herramienta no resulte un ejercicio sencillo. (p. 108).

*“Mindfulness puede transformarse en el corto plazo en una importante herramienta de prevención de distintos cuadros somáticos y otros propios de la salud mental y puede actuar como una eficaz y eficiente herramienta de autocuidado (...) especialmente entre aquellos que trabajan en salud y educación”*. (Rivera, 2013, p.111).

Podemos ver diversas experiencias en Chile, integrando mindfulness, que han aportado para

el desarrollo de habilidades terapéuticas, la regulación emocional, síntoma de ansiedad, depresión, estrés y emociones negativas, así como en el trabajo con adicciones y cuadros somáticos. Sin embargo, no se ha implementado un abordaje para un tema tan relevante como lo son las diversas sintomatologías a consecuencia de las vivencias de agresión. En este sentido, la presente investigación pretende ser un aporte en esta importante temática.

A continuación, se exponen brevemente los principales tratamientos asociados a Mindfulness y su correspondiente evidencia empírica que respaldan su aplicación. Modelos Basados en Mindfulness:

Programa de reducción de estrés basado en Mindfulness:

Uno de los protocolos clásicos, y a la vez con mayor evidencia empírica hasta la fecha, es el programa de reducción de estrés basado en Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction [MBSR] nombre y siglas originales en inglés), desarrollado por el biólogo molecular Jon Kabat-Zinn desde el año 1979, en el Center for Mindfulness de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts. Este es un modelo de integración de prácticas de meditación de atención plena, dentro de un programa de medicina convencional y psicología clínica (Kabat-Zinn, 2003).

El MBSR es un modelo de tratamiento en formato grupal de 8 sesiones que integra meditaciones formales, incluyendo prácticas de meditación que necesitan disponer de un tiempo para realizarlas durante la semana y prácticas informales, es decir, prácticas de Mindfulness en la vida cotidiana (comiendo, caminando, trabajando, etcétera).

Es muy variado el espectro de condiciones médicas y psicológicas sobre las cuales el MBSR ha entregado resultados beneficiosos, como por ejemplo, en la reducción de síntomas de estrés (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988; Kabat-Zinn, Chapman & Salmon, 1997; Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zinn et al. 1987; Kabat-Zinn, et al., 1992; Salmon, Santorelli & Kabat-Zinn, 1998; Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995), así como también, para afrontar cuadros de ansiedad y depresión (Bohlmeijer, Prenger, Taal

& Cuijpers, 2010; Chiesa & Serretti, 2009; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004).

Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness:

Otra de las intervenciones primordiales y al mismo tiempo con un amplio respaldo empírico, es la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy [MBCT] nombre y siglas originales en inglés), elaborado por Segal, Williams y Teasdale (2006). Este programa fue desarrollado a partir del MBSR, incluye además algunas intervenciones psicológicas específicas durante el desmejoramiento de un cuadro de depresión. A su vez, este programa ha mostrado una constante evidencia en favor de determinar los efectos favorables de la práctica de mindfulness en la prevención de recaídas en personas que han sufrido de depresión (Chiesa & Serretti, 2011; Piet & Hougaard, 2011; Scherer-Dickson, 2004). El tratamiento que propone la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness consta al igual que el MBSR de 8 sesiones grupales. El objetivo de este programa es que los pacientes con remisión de síntomas depresivos y con riesgos de recaída, aprendan a practicar Mindfulness, a través de técnicas formales, como la meditación, y de técnicas informales para el afrontar la vida cotidiana. En estos grupos se enseña a meditar y se revisan tareas para la casa, con una estructura muy similar a la del MBSR desarrollado por Kabat-Zinn, aunque incorporando explicaciones teóricas y algunas técnicas y ejercicios de terapia cognitiva, especialmente asociados con la observación y clasificación de los pensamientos negativos y las emociones que estos implican.

Los objetivos de este entrenamiento son: la reducción de pensamientos negativos automáticos y la disminución de la utilización del estilo de evitación afectiva, por lo que se trabaja sobre el contexto de la experiencia, practicando la aceptación y el dejar pasar, sin tener que cambiar el contenido de la experiencia (especialmente los pensamientos depresivos).

La evidencia muestra que el programa MBCT en promedio puede reducir el riesgo de recaída en depresión recurrente en un 43% (Williams et al., 2014). La investigación también sugiere

que es particularmente eficaz para los grupos que tienen más probabilidades de recaídas (Teasdale et al., 2000), además de ser un tratamiento rentable y accesible para las personas, debido a su enfoque psicosocial (Williams & Kuyken, 2012).

#### Programa para la Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness:

La intervención para la prevención de recaídas (Mindfulness Based Relapse Prevention [MBRP] en su nombre y siglas originales en inglés) es un tratamiento que integra técnicas cognitivo-conductuales tradicionales de prevención de recaída en adicciones (Marlatt & Gordon, 1985), con el uso de Mindfulness para el tratamiento de patologías asociadas al consumo excesivo de sustancias (Chaulaw & Marlatt, 2013; Marlatt, Bowen, Chawla & Witkiewitz, 2008).

El MBRP se fundamenta en las prácticas y configuración del MBSR y MBCT antes descritos, estructurándose en un curso de 8 semanas de 2 horas de duración. La MBPR incluye ejercicios, meditaciones y tareas para realizar en casa, especialmente destinadas al reconocimiento y afrontamiento adecuado de los deseos, los desencadenantes y las situaciones de riesgo que propician el abuso de sustancias (Marlatt et al., 2008).

Daley y Marlatt (1997) hipotetizan que se pueden prevenir las recaídas en el abuso de sustancias, tales como alcohol y drogas, si se generan cambios en los procesos meta-cognitivos que permitan hacer frente a los impulsos, las ansias y los efectos negativos. Este tratamiento ha sido aplicado con favorables resultados en personas con abuso de diferentes sustancias, incluidas alcohol y tabaco (Bowen et al., 2006; Bowen et al., 2009).

Existe evidencia que señala que en participantes del programa MBPR se reduce significativamente el riesgo de recaída en uso de drogas y al fuerte consumo de alcohol, conductas que se pudieron mantener a los 4, 6 y 12 meses de ocurrida la intervención (Bowen et al.; 2009; Bowen et al., 2014), también existe evidencia que esta intervención favorece considerablemente los niveles de aceptación, darse cuenta y no juicio (Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2013).

## **2.4. Evidencia empírica general de la práctica de Mindfulness**

De acuerdo a diversas investigaciones, Mindfulness ha probado ser una excelente herramienta para el aumento del bienestar general, la disminución de estrés, ansiedad y depresión, el aumento de la capacidad de memoria a corto plazo, aumento de la concentración, mejoramiento en las relaciones interpersonales, una mayor flexibilidad cognitiva, entre otras.

En general, se puede ver que publicaciones científicas sobre los efectos médicos en personas que participaron en los programas MBSR han demostrado que existe una reducción del 35% en los síntomas médicos y una reducción de un 40% en los síntomas psicológicos de manera estable durante cuatro años (Kabat-Zinn, 1982, 1986, 1992, 1998; Millar et al. 1995).

De acuerdo a Jon Kabat-Zinn (2002), tras diversos estudios se ha descubierto que quienes han entrenado en REBAP presentan una activación de la corteza cerebral asociada a la experiencia directa del momento presente; su vez, quienes no lo han practicado muestran una menor activación de tales áreas cerebrales. De esto se desprende que, al practicar Mindfulness, se amplía la variedad de posibilidades de vivenciarnos a nosotros mismos, en donde además queda demostrado que esta práctica influye en las formas en que nuestro cerebro procesa las emociones en situaciones de estrés. Existen también tratamientos donde las técnicas de Mindfulness son un aspecto principal de la terapia, resultando eficaces en la prevención de las recurrencias en Depresión (American Psychiatric Association [APA], 2004).

Las habilidades que derivan del entrenamiento en Mindfulness como hemos presentado en el modelo de terapia cognitiva ha demostrado ser eficientes en la notable reducción sobre de la reincidencia de episodios depresivos en pacientes que habían recibido algún tipo de terapia o tratamiento para la depresión. Y al mismo tiempo se tiene que personas con mayor nivel de Mindfulness tienen una mayor capacidad para regular su sentido de bienestar relacionado a

una mayor conciencia de sus emociones, aceptación y la habilidad para restaurar estados de ánimo desagradables, lo cual impactará en una buena salud mental en el largo plazo (Kabat-Zinn 1992; Brawn, Ryan & Creswell, 2007).

Para Davidson, Jackson & Kalin (2000), la meditación efectivamente también activa la región del cerebro relacionada a las respuestas adaptativas a situaciones estresantes o negativas, como lo podría ser una vivencia de agresión. Tal activación de esa región también se asocia a una recuperación más rápida después de una provocación negativa, por lo tanto, se sugiere que Mindfulness aumenta la capacidad para responder en situaciones conflictivas o vivencias disruptivas. Este tipo de entrenamiento ayuda a realizar el esfuerzo de afrontar las emociones a través de la expresión emocional lo que puede ayudar a disminuir los estados de estrés.

Por otra parte, diversos estudios han señalado una serie de aplicaciones bastante exitosas de Mindfulness en diferentes áreas. Es así que para la ejecución de dichos estudios previamente se tuvieron que desarrollar los que se conocen como programas de entrenamiento en Mindfulness, los que han demostrado ser eficientes como tratamientos para diversas situaciones en áreas como la salud (p.e. disminuir dolor articular y síntomas relacionados con el alcoholismo), el área de negocios (p.e. disminuir el efecto burnout), y aumentar la creatividad (Mason & Hargreaves, 2001). Ligado a lo anterior y dentro del ámbito educativo, el Mindfulness se relaciona con la atención y el aprendizaje, especialmente en estudiantes y adultos mayores (Langer & Moldoveanu, 2000).

Mindfulness ha sido eficaz en muchos campos de la psicología y la medicina como en el tratamiento de la depresión, la reducción del stress y la ansiedad, la reducción del malestar psicológico y físico en personas con dolor crónico o problemas oncológicos (Carlson & Garland, 2005). Sumado a ello, se ha comprobado la eficacia de programas de reducción del estrés basados en la atención plena de los profesionales de la educación (Franco y Navas, 2009).

Si se retoman los estudios revisados, efectivamente se han encontrado notables efectos a nivel psicológico. Por ello, la intervención que utiliza el Mindfulness como una herramienta principal de estudio que estamos presentando, sobre personas que se encuentren bajo experiencias de aula con personas con TEA en donde se vean agredidas, abre campos de conocimiento.

Las investigaciones acerca de los resultados del Mindfulness sobre las personas se remontan a 1979 desde la Clínica de Reducción del Estrés y la REBAP, perteneciente a la Universidad de Massachussetts. Las relaciones con uno mismo y con los demás también mejoran ya que aumenta la capacidad de empatía y compasión (Siegel, 2007).

Basándose en los estudios que han corroborado la utilidad de Mindfulness, Burch & Penman (2013) llegaron a algunas de las siguientes conclusiones:

- Los estudios clínicos demuestran que el Mindfulness mejora el estado de ánimo y la calidad de vida de las personas aquejadas de enfermedades crónicas dolorosas (Grossman, 2007).
- El Mindfulness mejora la inteligencia emocional (Brown, 2003).
- El Mindfulness es un poderoso antídoto de la ansiedad, el estrés, la depresión, el agotamiento y la irritabilidad. Las personas que meditan de manera regular se muestran en suma, más contentas y felices. Es también menos probable que padezcan de estrés psicológico (Holzel et al., 2008).

Como se puede ver, existen numerosos estudios que verifican la eficiencia y efectividad de Mindfulness como una importante herramienta de tipo terapéutica, cuyos resultados en quienes lo han practicado son verdaderamente notables. Por lo tanto, se puede aseverar que al extrapolar su aplicación a diferentes grupos, tanto de estudios teóricos o empíricos como de la praxis clínica, esta técnica provocará beneficiosos resultados

En relación a la propuesta de este estudio se encontró un estudio llamado “*Incidencia de Mindfulness y Qi Gong sobre el estado de salud, bienestar psicológico, satisfacción vital y estrés laboral*” (Orbitas et al., 2017), realizado por la Universidad de la Costa en Colombia,

se pudo concluir que -al combinar Mindfulness y el arte marcial denominado Qi Gong- se pudo efectivamente optimizar la salud, el bienestar psicológico y la satisfacción vital de la muestra utilizada.

Presentados todos estos antecedentes, es importante destacar que no existen estudios específicos sobre su impacto en quienes están sobrellevando vivencias de agresión en contexto de educación especial, ni mucho menos modelos específicos de tratamientos de tipo terapéuticos desarrollados para ello. Es un vacío en la literatura, sobre el cual este estudio pretende dar nuevas luces.

### **3. El Aikido**

Aikido, llamado "El Camino de la Armonía" es un arte marcial de origen japonés. En palabras simples, Aikido significa "el camino a armonizar con las fuerzas universales de la vida" y "el camino de la unidad con las fuerzas fundamentales del universo" o "El Camino a la Armonía Espiritual". Y es que el Aikido se focaliza en el manejo de la agresión por medio de un entrenamiento corporal y espiritual, enérgico y positivo. Se aplican técnicas marciales basadas en el uso del movimiento dinámico del cuerpo neutralizando los ataques, redirigiendo las fuerzas de un ataque sin peligro para él y en forma efectiva para llegar así a un estado de equilibrio y armonía (Estanislao, 2014) .

La vida es crecimiento. Si paramos de crecer técnica y espiritualmente es como si estuviéramos muertos, El Arte de la Paz es una celebración de la unión del cielo, la tierra y la humanidad. Es todo lo que es verdad, bondad y belleza. ”. (Ueshiba, 2011, p.33)

#### **3.4. Definiciones de Aikido**

El Aikido es un arte marcial de origen japonés desarrollado por el Maestro Morihei Ueshiba en Japón, que combina movimientos prácticos de defensa personal basados en el arte de combate con espada o palo, el jujutsu, aikijutsu y que permite defenderse sin armas contra uno o varios contrincantes armados o no. La gran diferencia con otras artes marciales radica



en que es identificado como una de las más refinadas en donde se incluyen tanto los aspectos físicos como emocionales (Nobuyoshi, T. 2002).

A diferencia de mayoría de las artes marciales, el Aikido descarta la competición y puede ser practicado por cualquier persona de acuerdo a su edad, sexo y condición física. Incorpora elementos de aprendizaje y desarrollo de los valores morales y bienestar físico de sus practicantes.

El Aikido proviene de la tradición de las artes de combate como profunda espiritualidad y filosofía. Etimológicamente la palabra procede de la unión de Ai, que significa unión, armonía y amor, Ki, espíritu, energía vital y Do que significa camino o modo de hacer algo. Para Ueshiba (2009):

El Aikido es un vehículo para conservar y alentar la vida humana, un medio para prevenir el asesinato y la violencia...lo que necesitamos son técnicas de armonía, no de enfrentamiento. Lo que se necesita es el arte de la paz, y no el arte de la guerra. Basándose en su visión universal, el Aikido debería percibirse como nada más que el arte marcial del amor. Nunca puede ser violento. El propósito del Aikido es enseñar a la gente a no ser violenta y a conducirla hacia un sendero mas elevado. Es un medio para establecer la paz universal. En el Aikido practicamos no para aprender a ganar; practicamos para aprender a salir victoriosos en cualquier situación. (pp.47-48)

### **3.5. Aikido y vivencias disruptivas o de agresión**

Ante vivencias disruptivas, como las de agresión, la práctica de las artes marciales en general y del Aikido, en particular, tiene notables efectos como el de minimizar en gran medida las consecuencias de enfrentarse a este tipo de conductas.

El término ´artes marciales´ no solo hace referencia a un conjunto de prácticas orientales que servían de preparación para el combate o la guerra, sino que “arte” hace referencia a que precisan de ciertos valores espirituales, más para preservar la vida del estudiante ante una

agresión, que para tener el mayor rendimiento deportivo posible. Y es que,

el conjunto de prácticas y artes de combate desarrollados en distintos países asiáticos no sólo por los integrantes del estamento militar o guerrero sino también por diferentes miembros de otras clases sociales, subyaciendo en dichas prácticas un nexo común y peculiarizador, cual es la existencia de un fin o propósito tendente hacia un logro más espiritual que puramente práctico. (Espartero, Gutiérrez y Villamón, 2003, p.5) .

De acuerdo a García, Tobal, Gutierrez y Escudero (2014):

Las artes marciales asiáticas son diferentes de las del resto del mundo. Hay mucho más que aprender de ellas que la pura utilización de las técnicas de combate; el espíritu del que las practica también debe entrar en acción. Se basan en un concepto holístico del individuo y suelen enfatizar la importancia de que uno sea un todo con el mundo que le rodea. Este tipo de filosofía se suele integrar con las técnicas de combate mediante ejercicios de respiración que deben estar coordinados con el movimiento. (p.3)

Y es que la bases de estas artes radican en que los maestros tradicionales se concentran en la enseñanza del desarrollo espiritual, la disciplina y el acondicionamiento físico por este orden, favoreciendo la autorrealización del estudiante (Bu, Yong, Xiaoyuan & Singh, 2010). Por lo que su práctica constante evitaría en gran medida consecuencias de tipo emocional no buscadas.

Quienes practican este tipo de disciplinas defienden el hecho de que son realmente útiles a la hora de aumentar la confianza en uno mismo y el bienestar psicológico. Además, una mayor implicación en las artes marciales tradicionales está relacionada con un considerable decrecimiento en la agresividad que es persistente y que aumenta con los años de experiencia. Este fenómeno podría explicarse al conocer que los métodos tradicionales dan más importancia a la práctica de las katas (sin contacto), sancionan el contacto con fuerza excesiva en el combate y deben el respeto acordado al maestro, al uniforme, al lugar de entrenamiento y a los compañeros (Daniels & Thornton, 1992).

En este sentido, se ha visto que tanto el Judo como el Karate y el Wushu promueven la autoestima, la relajación, la coordinación cuerpo-mente, el buen control de la ira, el bienestar, y disminuyen la depresión e insomnio. Estos deportes además promueven la concentración y la atención, ya que se les pide a los alumnos que se concentren activamente en un ejercicio físico intenso, que sigan órdenes visuales y auditivas así como la práctica en un ambiente controlado y disciplinado (Woodward, 2009).

Dentro de las artes marciales nos encontramos entonces y desde Japón, con el Aikido, el cual ya sabemos ha enfatizado un componente espiritual (Ueshiba, 1984; Saotome, 1993), Este énfasis ha diferenciado el aikido de otras artes marciales más combativas.

Y es que, históricamente,

Las Artes Marciales del Japón feudal constituyeron un cuerpo de doctrinas orientadas hacia la preparación física, mental y espiritual de los guerreros de la antigüedad. Pero el mundo de hoy en día ofrece otros desafíos, también difíciles, pero que distan de ser entrenamientos y prácticas para mantener combates cuerpo a cuerpo. La guerra, sea cual fuere la forma en que se la enmascare, es ineficaz para resolver los problemas de la Humanidad, y, asimismo, tal pretensión resulta anacrónica. (Torres, 1997, p.2)

En palabras de Garzon-Castrillon & Fisher (2008):

El Aikido fomenta movimientos deliberados, lentos, atentos; con el tiempo y la experiencia se desarrolla una actitud relajada, balanceada, dentro del propio organismo, que ni se excita para chocar con una resistencia, ni tampoco cede. Las personas desarrollan una gentil manera de comportarse, que les permite comprometer la confianza de los demás en tiempos de crisis. Sea mediante Aikido u otra disciplina orientada a la atención cuidadosa, se puede aprender a servirse del cambio que nos rodea, como fuente de poder, así como los marinos aprovechan las corrientes marítimas y los vientos. (p. 207)

Por otra parte, el practicante de Aikido aprende la actitud de no-resistencia y sus beneficios.

En Aikido, normalmente se trata de resolver el conflicto, y, en tal caso, la eficacia del proceder se basa en la capacidad de armonizar o concordar con el supuesto oponente. El objetivo no consiste en vencer a un adversario reaccionando contra su acción de ataque o contraatacando, sino en absorber circularmente sus movimientos para reconducirlos y realizar una proyección, o una retención que torne ineficaz y sin sentido la situación provocada por dicho adversario. En tal caso, es importante procurar lograr el desequilibrio del oponente para que resulte irresistiblemente absorbido por sí mismo, pero realizando esto sin violencia o ánimo de venganza, tratando de protegerse uno mismo, y, a la vez, al otro, que es aún más difícil. (Torres, 1997, pp. 1-2) .

Un aspecto fundamental dentro de la práctica de Aikido, y que nos fortalece frente a eventos de tipo agresivo y/o disruptivo se refiere a la no resistencia, es decir,

La no-resistencia permite una amplia variedad de opciones para actuar de acuerdo a cada situación dada, y en función de la experiencia personal. Significa también mantener plenamente las posibilidades de actuar cuando llegue a ser necesario, y por decisión propia, en vez de proceder por haberse identificado con una agresión, “siguiendo el juego” del agresor, perdiendo así nuestra independencia, esclavos de una intención ajena, o, siendo cómplices de una situación de agresividad, en la que, en definitiva, no tenemos interés en participar. (Torres, 1997, p.2)

Una de las grandes y constantes consecuencias al verse afectado por una situación que involucre agresividad es la aparición del estrés, estado emocional que invade la mayor parte de los aspectos de la vida, es decir, del bienestar general de una persona. En este sentido,

El ejercicio regular posee múltiples beneficios para la salud, especialmente aquellas actividades que integran sólidamente tanto el entrenamiento psicológico como el fisiológico. Este es el caso de las artes marciales que podrían ser caracterizadas como ejercicios con atención plena. Dado que las artes marciales requieren de un gasto energético, al mismo tiempo que altos niveles de concentración, podríamos considerar la adhesión a esta modalidad de ejercicio como una estrategia novedosa e interesante para el incremento de los beneficios físicos y mentales asociados. La práctica regular de artes

marciales puede elevar los niveles de atención plena e influir así positivamente en el tratamiento del estrés y, por lo tanto, en el bienestar y la calidad de vida de sus practicantes. (Naves-Bittencour et al., 2015, p. 47).

Dentro de los múltiples beneficios asociados a las artes marciales y a la minimización de emociones derivadas de experiencias asociadas a la agresión es que precisamente:

La práctica de la MA (Artes Marciales) parece proporcionar varios beneficios para la gestión del estrés crónico. Estos efectos positivos podrían basarse en la naturaleza dual de la MA (...) Los estudios futuros deben comparar diferentes modalidades de MA mientras se analizan diferentes adaptaciones fisiológicas y psicológicas para una mejor comprensión del impacto de la práctica de MA en el control del estrés crónico y otros beneficios relacionados con la salud. (Naves-Bittencourt et al., 2015) .

El Aikido procede del conjunto de técnicas de combate que utilizaban los samurais cuando se veían obligados a actuar sin blandir su arma fundamental, la katana o espada japonesa. Ello podía ocurrir cuando su código de conducta no los autorizaba a usarla - como, por ejemplo, cuando en el ejercicio de funciones más bien policiales debían enfrentarse a un no samurái - o bien en situación de batalla, cuando tenían que combatir a pie no disponiendo de armas largas (Serra, 2017).

En palabras de Garzon-Castrillon & Fisher (2008):

El Aikido fomenta movimientos deliberados, lentos, atentos; con el tiempo y la experiencia se desarrolla una actitud relajada, balanceada, dentro del propio organismo, que ni se excita para chocar con una resistencia, ni tampoco cede. Las personas desarrollan una gentil manera de comportarse, que les permite comprometer la confianza de los demás en tiempos de crisis. Sea mediante Aikido u otra disciplina orientada a la atención cuidadosa, se puede aprender a servirse del cambio que nos rodea, como fuente de poder, así como los marinos aprovechan las corrientes marítimas y los vientos. (p. 207).

Cuellar (2013) menciona que el entrenamiento de Aikido exige un manejo cuidadoso de la

atención, la cual se debe mantener sobre una serie de componentes del sistema dinámico que en Aikido se conoce como “Waza” (técnica utilizada para neutralizar la agresión física). Las constantes demandas atencionales que exige la realización eficiente de un waza, parecen requerir que el aikidoka sea un experto en centrar su atención en el momento presente, tal como sucede durante la práctica de meditación zen.

El Aikido es considerado la más filosófica de las Artes Marciales, su Fundador, Morihei Ueshiba decía a sus discípulos: “Sin filosofía no hay Aikido”. Él fue un extraordinario artista marcial, pero en su vida la prioridad era el aspecto espiritual. Su filosofía acerca del Budo lo compartió no solo con sus discípulos sino también con visitantes entre los que se contaban estadistas, líderes religiosos, educadores, militares, gente de negocios, atletas, parejas, actores, músicos y científicos (Gonzales, s/f).

El mensaje de Ueshiba era revolucionario pero a su vez, estaba enraizado en la tradición clásica:

Existen motivaciones de las más diversas cuando alguien se inicia en el aprendizaje del Aikido: el deseo de volverse más fuerte; la necesidad de defenderse; las ganas de practicar un deporte; etc. Ese no ha sido mi caso. El Aikido forma parte de mis investigaciones sobre el Ki (...) En Europa, la gente se interesa por el aikido por su eficacia, por el poder que se quiere adquirir. Se interesa por la técnica, por la adquisición del reflejo, del diploma, de la posición en la organización y las prerrogativas que de ello se desprenden. Son los aspectos cartesianos del problema. (...) En Europa, donde la noción de Ki no existe, es muy difícil disuadir a los jóvenes de hacer [aikido con ausencia de] musculación. Un deporte [arte marcial] que no va acompañado de desgaste físico no es un deporte, etc. Precisamente, el aikido no es un deporte para mí. (Citado en Tsuda & Itsuo, 1992, p.133)

Por otra parte, se señala que:

El Aikido fue desarrollado originalmente por O Sensei Ueshiba (s/f) y muchos estudiantes que estudiaron bajo la tutela de O Sensei decidieron extender su conocimiento de Aikido abriendo sus propios dojos. Debido, entre otras cosas, a la naturaleza dinámica del Aikido,

los diferentes estudiantes de O Sensei interpretaron su Aikido de formas diferentes. Así nacieron los diferentes estilos de Aikido. Cada estilo tiene sus propias características, pero todos se basan firmemente en los conceptos básicos que el fundador del Aikido dio para éste. (autor, año, p.8).

De acuerdo a Nobuyoshi Tamura, Shihan 8º dan de aikidō: “la práctica del Aikido no debe reducirse a querer hacerse fuerte en el sentido de lastimar al compañero o de negarse a perder” (2002, p. 38), en donde será de suma importancia el superarse a uno mismo.

John Stevens (1987), profesor de estudios budistas e instructor de Aikido nos da cuenta de cómo el Aikido es finalmente un camino de armonía y amor que auna el cuerpo, la mente, el grupo, el hombre y el Universo.

Ueshiba decía que: “estudiar el Aikido es aprender a vencerse a sí mismo en cada aquí y ahora”. En donde sus objetivos más elevados proponen al aikidoka en el orden personal, hacerse capaz de impedir herir sin herir, y esto en cualquier ámbito de la vida, y en el orden social convertirse en una persona formada integralmente para ser más útil, generoso y comprensivo con todo el mundo” (citado en Stevens, 1987, p.6).

Como ya se ha visto al momento de practicar Aikido será de suma importancia el manejo de la atención y se debe mantener una serie de elementos del sistema dinámico de la técnica o método de entrenamiento denominado “waza” (Samudra, 2010). Teóricamente, entonces, por medio de la práctica del Aikido puede haber un mejoramiento en la conciencia y resolución de conflictos, en donde se aprende a lidiar simultáneamente con variados factores.

Los aspectos psicológicos del arte del Aikido son importantes para aplicarlos en terapias psicológicas así como en la recuperación y el entrenamiento de la resiliencia ante la adversidad. La metodología de Aikido para hacer frente a los demás es un paralelo casi exacto con la utilización de la hipnosis Ericksoniana (...) Los efectos psicológicos y el tratamiento de psicoterapia con artes marciales parecen cada vez más prometedores por los resultados que se van constatando, tanto si se emplean con la riqueza de contenido de

la filosofía oriental como si se adapta su contenido a la misma filosofía occidental. (Saz-Peiró, 2016, p.86)

### **3.6. Aikido y su intervención ante la agresión.**

Lejos de las reacciones agresivas, el Aikido “mejora las posibilidades psicomotrices (ubicación espacial, perspectiva, ambidextrismo, lateralidad, lanzar, tirar, empujar, arrastrarse, saltar, rodar, caer, coordinación conjunta e independiente de ambas manos y pies, etc.) y de relación con las demás personas” (Scholzová & Hlúšek, citado en Saz-Peiró, 2016, p.81).

Por otra parte, el Aikido además de buscar un buen acondicionamiento físico general, promueve valores como la amistad, la participación, el respeto así como el desarrollo de la autoestima tanto a nivel personal, social, escolar y familiar; además de las capacidades de autocontrol y seguridad en sí mismo (Foster, 1997). En el terreno de la psicología, se le compara con la terapia breve (Saposnek, 1980). El Aikido puede ser aplicado, por ejemplo, en la recuperación y el entrenamiento de la resiliencia ante la adversidad. (Siapno, 2012), un paralelo casi exacto con la utilización de la hipnosis Ericksoniana. (Windle & Samko, 1992).

De esta manera:

El punto de vista de Aikido sobre la resistencia ofrece una mayor comprensión de los planteamientos estratégicos de la hipnosis ericksoniana basados en los diferentes estados de relajación más o menos profundos y en la participación activa del paciente. Por medio de una conversación o un lenguaje simbólico, el terapeuta guía el inconsciente del paciente para permitirle encontrar soluciones a sus problemas. La integridad y las libres opciones del paciente son completamente respetadas en esta terapia. Todo el mundo puede ser hipnotizado, pero los medios para acceder a ese estado van a ser diferentes para cada individuo. La persona queda consciente durante la sesión y aprende autosugestión (...) La actitud centrada, la actitud con la mirada a la vez utilizando la visión periférica y la visión central, la sensación de no control del tiempo y de confianza en la respuesta inconsciente del cuerpo. (Saz-Peiró, 2016, p. 23)



#### **4. Sintomatologías asociadas a las vivencias de agresión de las educadoras que trabajan con niños con espectro autista.**

Dentro de las consecuencias negativas encontramos la aparición de sintomatologías asociadas a las vivencias de agresión al momento de estar al cuidado de niños o adultos que presentan TEA. Por ejemplo, para autores como Meadan, Halle & Ebata (2010), el estar a cargo de personas que presentan este tipo de trastorno se considera un motivo de estrés que puede desembocar graves consecuencias para la salud del cuidador.

Por lo tanto, los problemas de conducta de tipo disruptivo asociados al espectro autista, tales como conductas autolesivas, irritabilidad y comportamientos agresivos, tendrían un papel primordial al momento de pronosticar el nivel de estrés del cuidador. (Lecavalier, Leone & Wiltz, 2006, p. 431). Y es que de acuerdo a autores como Meadan et al., (2010), el estar al cuidado de un individuo afectado por un TEA supone una importante fuente de estrés sobre todo para el cuidador principal, lo que puede ocasionar importantes consecuencias para su salud.

A su vez para Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980), un aspecto relevante es la percepción de estrés que tiene el cuidador y esto se refleja a través del término “sobrecarga”, el cual hace referencia al grado en el que el cuidador percibe que las diferentes esferas de su vida se han visto afectadas por el hecho de prestar cuidados. Se puede observar que, en general, existen escasas investigaciones que han evaluado específicamente la salud de quien tiene a su cuidado personas con TEA (Allik, Larsson & Smedje, 2006; Jhonson, Frenn, Feetham & Simpson, 2011; Khanna et al., 2010; Lee et al., 2009; Rizk, Pizur-Barnekow & Darragh, 2011).

Algunos de estos estudios llevados a cabo con cuidadores de personas afectadas por TEA demuestran que al analizar la salud mental del cuidador a un nivel más específico, se ha otorgado un papel relevante tanto a la ansiedad como a la depresión (Barker et al., 2011; Dale, Jahoda & Knott, 2006; Phetrasuwan & Shandor, 2009; Taylor & Warren, 2012). En

donde se destaca el factor de somatización, cuyos síntomas surgen a consecuencia de disfunciones corporales producidas por problemas psicológicos subyacentes, como el estrés o la ansiedad (Gempp y Avendaño, 2008).

El tiempo dedicado al cuidado es fundamental al momento de predecir la salud mental del cuidador. No obstante, no es tan relevante la cantidad de horas dedicadas al cuidado como la presión temporal percibida, relacionándose esta última con la aparición de una mayor psicopatología (Sawyer et al., 2010).

De acuerdo a las *XXVII Jornadas de Salud Mental y Estrés en Profesionales Docentes y no Docentes de Escuelas Especiales*, “La práctica docente conlleva a una situación de desgaste emocional y físico que según diversos estudios tendrían una multiplicidad de causas” (Muñoz, Lucero y Boris, 2015, p.1). Los resultados obtenidos por el estudio, cuyo objetivo era conocer la salud mental y presencia de estrés en profesionales docentes y no docentes de educación especial de la ciudad de Talca, y cuya finalidad era recoger información que permitiese generar acciones que fortalezcan la salud ocupacional de dichos profesionales y apoyar su labor educativa, se concluyó que tales resultados “coinciden con otros estudios que demuestran la vulnerabilidad de los docentes en su salud mental, pero además el estudio aporta datos de que estas características también se observan en los profesionales no docentes” (Muñoz et al., 2015, p.1).

Este estudio se realizó considerando que:

Para entender la labor educativa es importante conocer los procesos vivenciados por los profesionales de la educación con respecto a su estado de salud y su bienestar personal y social en el contexto escolar. Considerando que no se conocen muchos antecedentes sobre la salud mental de profesionales que trabajan en escuelas. (Muñoz et al., 2015, p.2).

Otra investigación interesante la observamos en un estudio investigación sobre el “*Programa Mindfulness y el equilibrio emocional con educadores*”, en donde los participantes, padres y profesores de niños con necesidades especiales, mostraron una importante disminución de

los niveles de estrés, depresión y ansiedad y un mayor grado de conciencia plena, autocompasión y crecimiento personal, luego de dos meses de seguimiento (Benn, Akiva, Arel y Roeser, 2012). Por lo tanto, todo docente debe procurar evitar las inseguridades y considerar la presencia de estos menores en el aula como un reto que, aunque al principio pueda presentar ciertas complicaciones, favorecerá tanto la labor educativa del maestro como el aprendizaje del resto de los compañeros (OAR, 2004).

#### **4.1. Manifestaciones agresivas o disruptivas.**

“La agresividad es una respuesta humana muy común, experimentada con frecuencia por personas de todas las edades, niveles culturales y ocupaciones” (Kassinove & Chip, 2005, p. 19).

Parte del guión de la agresividad es innato y se ha venido desarrollando a lo largo de nuestro pasado evolutivo como elemento integrante de la reacción motriz adaptativa de “ataque o fuga”. En ese sentido,

el guión de la agresividad humana está programado de forma innata y es aprendido. Las expresiones faciales y las respuestas a ciertos desencadenantes pueden ser universales, pero también aprendemos a identificar qué es lo que supuestamente es inaceptable y aversivo, cuándo es apropiado reaccionar con agresividad. (Kassinove & Chip, 2005, p.41).

Kassinove & Sukhodolsky (1995) definen la agresividad como un estado emocional subjetivo:

Este estado subjetivo varía en intensidad y duración, así como frecuencia, y está asociado con ciertas distorsiones cognitivas, conductas verbales y motrices, y determinadas pautas de activación física. Si bien puede aparecer espontáneamente, lo característico es que se señale a otra persona como la causa de la agresividad. (Citado en Kassinove & Chip, 2005, p.33).

Por otra parte, el psiquiatra Pedro Gómez Bosque (1976) propone las siguientes definiciones:

Agresión, es un comportamiento manifiesto contra la vida y los bienes de una persona o de un colectivo humano. Agresividad, es un concepto que se refiere a una variable interviniente e indica la actitud o inclinación que siente una persona o un colectivo humano a realizar actos violentos, en cuanto tal puede también hablarse de potencial agresivo de esa persona o de esa colectividad. (Citado en del Campo, 1994, pp. 206-207)

Algunos episodios de agresividad son moderados, mientras otros son bastantes intensos.

Otra alternativa es que la agresividad se inicie repentinamente en un nivel relativamente elevado para después ir disminuyendo. Las explosiones de cólera, que comienzan con una intensidad muy elevada, son frecuentes en algunas personas y pueden venir provocadas por desencadenantes menores o de escasa importancia. (Kassinove & Chip, 2005, p. 34)

En términos generales agresividad, agresión o conductas disruptivas son conceptos usados frecuentemente dentro de la vida cotidiana. Habitualmente, se entiende el término en una conversación o en un texto en base al contexto en el que se coloca. De esta misma forma en la que lo utilizamos en la vida cotidiana es como se utiliza en términos científicos, pues no existe un concepto aceptado por toda la comunidad. Las causas de la agresividad pueden ser variadas, una conducta agresiva puede tener muchas causas, ya sean internas o externas al individuo. De esta forma, para etiquetar una conducta como agresiva, se toma en cuenta la situación, el individuo que la lleva a cabo, la cultura, la sociedad, el nivel económico, el lugar donde vive, el individuo que juzga la conducta, etc. (Vázquez, Lara, Ríos y Medina, 2017).

Y es que existen muchos trastornos que pueden estar relacionados con la agresividad, como el retraso mental, TDAH, autismo infantil, trastorno negativista desafiante, trastorno narcisista de la personalidad, etc. Asimismo, la conducta agresiva puede ser causada por drogas, medicamentos o condiciones médicas (Bonilla, Blanco, Fernandez y Freund, 2011). Según Kassinove & Chip (2005), “La agresividad también genera problema cuando es duradera y se mantiene sin resolver. En tales condiciones, nos sentimos abrumados e incapaces de abordar las dificultades intelectuales y conductuales que de otro modo serían fácilmente manejables” (p. 28). Asimismo, “Aferrarse a la agresividad es como agarrar un

carbón candente con la intención de arrojárselo a otra persona; el único que se quema eres tú mismo” (Buda citado en Kassinove & Chip, 2005, p.5).

Existen escasas investigaciones acerca de la agresión que sufren los educadores dentro de los establecimientos educacionales y, en menor medida, estudios específicos de mujeres que ejercen esta profesión.

La revisión de la producción científica en el tema muestra que se ha concentrado en estudios donde los docentes son el eje en torno al que se deriva la violencia sobre los alumnos. También han proliferado las investigaciones cuya preocupación es la violencia que se da entre alumnos, con énfasis en un tipo de violencia como es el bullying. (Gómez, 2013, p. 3).

Finalmente, investigaciones relacionadas a la sintomatología que presentan docentes mujeres que están a cargo de niños(as) con TEA y que han recibido agresiones son nulas. Por lo tanto, los objetivos de este estudio abren una puerta hacia nuevos descubrimientos asociados a estas temáticas.

#### **4.2. Sintomatología asociada a las vivencias de las manifestaciones agresivas.**

Ante las vivencias de agresión se producen respuestas de tipo emocional, tales como: miedo, frustración, angustia, sensaciones de vulnerabilidad, impotencia, ira, entre otras. Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, desde un punto de vista psicológico, emociones tales como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son emociones básicas que se dan en todos los individuos de las más diversas culturas, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman

parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como poderosos motivos de la conducta (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

Aunque la agresividad es bastante frecuente, y a veces útil, puede llegar a convertirse en un problema personal con multitud de consecuencias negativas y requerir un tratamiento en el contexto de una terapia individual, de pareja o de familia, ya sea en la práctica privada o en un encuadre institucional (Kassinove & Chip, 2005).

Los consejeros matrimoniales, trabajadores sociales, médicos, personas que trabajan en las cárceles y los colegios, y los psicólogos, todos ellos han tenido experiencia de primera mano con la agresividad. Y los terapeutas en ejercicio suelen ser el blanco de la agresividad de otra persona, incluidos sus propios pacientes. (Kassinove & Chip, 2005, p. 19) .

Para Kassinove & Chip (2005):

Desgraciadamente, en algunas personas la agresividad se vuelve altamente problemática. Considerada objetivamente, su agresividad es excesiva en cuanto a su frecuencia y duración y guarda una relación desproporcionada con el acontecimiento o la persona que la desencadenó. En el caso de estas personas la agresividad desemboca en unas consecuencias sumamente negativas. (Kassinove & Chip, 2005, pp. 19-20)

### **4.3. Espectro Autista y manifestaciones agresivas o disruptivas**

El autismo es un trastorno caracterizado por una perturbación grave y generalizada de varias áreas de desarrollo, que se materializa en dificultades para interactuar socialmente y para comunicarse, y en la presencia de comportamientos e intereses y actividades estereotipadas (Loovas, 1981). En el espectro autista destacan las alteraciones emocionales que dificultan el reconocimiento de emociones propias y ajenas, junto con la expresión de las mismas. Ansiedad, angustia y estrés son algunos elementos que pueden generar una reacción violenta en quienes presentan autismo, que se manifiestan, en algunos casos, agresivamente

(MINEDUC, 2010).

Es, por lo tanto, necesario señalar que dentro de los patrones de comportamiento del trastorno autista se encuentra la conducta autolesiva, es decir, comportamientos en donde el niño inflige daño físico a su propio cuerpo llegando a ser bastante grave (Simeon & Hollander, 2001).

Así mismo, Tamarit (1995) considera que las personas con autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo son más vulnerables a manifestar entre sus comportamientos, conductas autolesivas y conductas estereotipadas. Esto sucede por un lado, debido a la falta de capacidad para procesar la información, lo cual hace del mundo autista un entorno imprevisible, desorganizado e incluso amenazador (Wing, 1998).

Es importante tomar en cuenta también, la hipersensibilidad que tienen las personas con autismo a los estímulos ambientales, sobre todo los visuales, auditivos y táctiles (Wing, 1998). Por su parte, Loovas (1981) sostiene que las rabietas que presentan los niños autistas suelen ser una respuesta a la frustración que experimentan frente a un cambio en la rutina o frente a la incomprensión del ambiente y asegura que esta manera de actuar es su forma de comunicar qué es lo que quieren.

Las causas de las conductas difíciles e inadecuadas son descritas por Wing (1998), quien sostiene que estas particularidades conductuales se manifiestan por la interferencia con las rutinas repetitivas, la hipersensibilidad a los estímulos sensoriales, la confusión y miedo a situaciones no conocidas, además de la incapacidad que presentan las personas autistas en comprender las convenciones sociales o sobre todo, por la incapacidad en comunicar sus necesidades y sentimientos, ya sea con palabras o con signos.

Dentro de los problemas de conductas graves, se incluyen formas intensas de agresión como: dar puñetazos, arañar, morder, dar patadas a otros; y las autoagresiones como: golpearse la cabeza, morder; y romper objetos o presentar rabietas, incluyendo gritos prolongados y llanto

(Carr et al., 1996).

En base a este tipo de conductas disruptivas o agresivas se hace necesario por un lado implica proteger al niño y por otro a quienes le rodean (Kerbeshian, Burd & Avery, 2001). Por lo tanto, se sugiere que todo docente debe procurar evitar las inseguridades y considerar la presencia de estos menores en el aula como un reto que, aunque al principio pueda presentar ciertas complicaciones, favorecerá tanto la labor educativa del maestro como el aprendizaje del resto de los compañeros (Organization for Autism Research [OAR], 2004). Razón por la cual hace importante la implementación de este taller en aquellos docentes que trabajan día a día con estos niños.

#### **5. Mindfulness y Aikido en la reducción de la sintomatología asociada a vivencias de agresión.**

En primer lugar, cabe mencionar que -de acuerdo a autores como Shapiro (2006)- el entrenamiento en Aikido tiene efectos significativos sobre las puntuaciones de atención plena. Y es que ambas técnicas, Aikido y Mindfulness desarrollan la conciencia plena lo cual contribuirá sobre la reducción de la sintomatología asociada al enfrentamiento de situaciones disruptivas o de agresión.

Al momento de buscar literatura sobre estudios relacionados a Aikido y Mindfulness podemos observar que la investigación en la combinación de ambas técnicas es escasa y limitada. Hemos encontrado una sola investigación realizado el año 2013 “La práctica del Aikido y su efecto sobre Mindfulness e indicadores de ansiedad y atención en estudiantes universitarios de Costa Rica”, de Rodrigo Cuellar (2013), cuyo taller ideado generó un incremento en el nivel de Mindfulness, resultados que de acuerdo a su autor ofrecieron suficiente validez como para justificar un estudio posterior más riguroso. Esta carencia motiva la creación e implementación del taller de esta tesis.

El entrenamiento del Aikido implica movimientos básicos del cuerpo (Aiki taiso) que son practicados al principio de cada clase. Estos movimientos ayudan a sus practicantes a



aprender a ser conscientes del cuerpo a través de ejercicios en equilibrio y de respiración (Lothes, 2013). Además, el practicante de Aikido debe coordinarse con un compañero tanto en movimiento como en tiempo. Esta misma modalidad será la que se practique en los ejercicios del taller que se incluyeron en esta investigación.

En una formación regular, los practicantes de Aikido también reciben instrucción en técnicas básicas (kihon waza). Los fundamentos de estas técnicas incluyen aprender a lanzar, pinear y mezclar o adaptarse efectivamente con otras personas. A través de estas prácticas, la conciencia global aumenta: conciencia de la posición del cuerpo, conciencia de los demás, así como la conciencia de los estados emocionales tanto personales como las emociones de otras personas (Westbrook & Ratti, 1970; Shifett, 1999).

Al mismo tiempo, tenemos que autores como Baer, Smith, Hopkins, Kreitemeyer & Toney (2006) quienes argumentan que la atención plena es un constructo multifacético, que incorpora observación no reactiva y la descripción, así como actuar con conciencia y sin juicio.

Se puede concluir, entonces, que la atención plena es absolutamente importante durante la práctica del Aikido: por lo tanto si un aikidoka (estudiantes de Aikido) está en un estado emocional que no le permite lograr esta atención, como por ejemplo sentir frustración, entonces las técnicas del Aikido no se realizarán correctamente.

Ahora bien, el desarrollo del Mindfulness viene de la práctica de la meditación (en especial la budista y la Zen) y se asocia a prácticas de conciencia corporal como, por ejemplo, el yoga (Salmon et. al., 2009) y el Aikido (Edinburgh, 2011), entre otras. Es así que tales prácticas parecen favorecer la facultad y disposición de enfocarse en el momento presente, en la interacción del individuo en situaciones y momento específicos. Diferentes estudios que se han centrado en la atención plena demuestran que, personas con ansiedad y ataques de pánico presentaron una disminución de sus puntuaciones de ansiedad, depresión y gravedad de los ataques (Kabat-Zinn et al., 1992).

Este estudio, en particular, tiene el propósito de describir los efectos de estas dos habilidades entrenadas, el Mindfulness y el Aikido, en su conjunto, como una intervención potenciadora y no pretende hacer comparaciones de ningún tipo entre ambas.

En este sentido, vemos que Mindfulness nos invita a una conexión interna desde el contacto con uno mismo para buscar el equilibrio, mientras el Aikido corporal nos invita a una conexión interna desde el contacto con el otro para buscar el equilibrio, siendo ambas complementarias y en completa sintonía con la psicología humanista que es el marco referencial de este estudio.

Un entrenamiento mantenido en atención plena ayuda a afrontar las emociones desde la aceptación y la no valoración. Por tanto, incrementará nuestra capacidad para ganar cierta perspectiva y hacer frente a las dificultades .

Por el contrario, al no contar con estas habilidades emocionales de percepción, expresión, comprensión, facilitación y regulación emocional, existirá una mayor dificultad de modular las emociones propias como la de los demás en momentos en donde se viva una situación de agresión y/o disruptiva lo que facilitaría generar en la persona diversas sintomatologías intensas e inadecuadas.

## **6. Manifestaciones de agresión o disruptivas como vivencias potencialmente traumáticas**

Las manifestaciones de agresión o de tipo disruptivas pueden ser eventualmente vivenciadas por el ser humano de forma traumática. Esto es relevante de conocer a la hora de implementar intervenciones de tipo preventivas para que se adecúen a las necesidades y síntomas presentados en cada individuo.

Cuando ocurre el quiebre de la función articuladora experiencia, lo que sucede es que una vivencia traumática, que es vivencia de vacío, queda ligada al evento fáctico que da lugar

a esa experiencia. Esta asociación del evento fáctico con una vivencia traumática o de vacío lleva a percibir la experiencia como si ésta fuera traumática. Pero es importante no confundirse: la esencia de lo traumático es la irrupción en el psiquismo de lo heterogéneo, lo no propio, cuando el psiquismo no tiene posibilidades de transformarlo en propio. Entonces, el afecto desligado buscará incesantemente la representación de lo experimentado, produciendo la sintomatología perteneciente al orden de lo traumático, sueños, hiperalerta, flashes, pensamientos repetitivos, entre otros. (Crocq, 2000, p.5).

Para autores como Benyakar (1989), quien sufre algún tipo de agresión se encuentra atrapado en la situación, confundido, desorientado, a merced de la “angustia automática” o de lo que se podría denominar vivencia de colapso, es decir, el colapso de las referencias espacio-temporales así como de las relaciones entre lo psíquico y lo social.

Asimismo, encontramos lo planteado por autores como Fariña (1998) y Critchlet (1995), quienes denominan “entorno disruptivo” al medio humano y físico masivamente distorsionado por la ocurrencia de hechos disruptivos, que instalan una deformación ambiental, que puede devenir crónica. Es entonces que los contextos de tipo disruptivos son aquellos en donde se desarticulan las relaciones entre las personas y entre éstas y el medio físico y social. Se sabe de la devastación normativa, de valores, de reglas de juego que producen, a través de los cambios de conducta y de los hábitos cotidianos que, de un minuto para otro, las personas se ven obligadas a hacer para adecuarse a ese nuevo entorno que se ha tornado incomprensible, impredecible y, por lo mismo, amenazante.

Esta distorsión puede iniciarse drásticamente frente a algún acontecimiento material e identificable vivido como amenaza. O puede ser también la consecuencia de un proceso gradual y, por tanto, sus causas permanecer desconocidas o en unas condiciones demasiado complejas como para lograr ser comprendidas (Viñar, 1993).

Es entonces que:

Trauma no es solo lo descrito por la psicopatología. Un o unos acontecimientos de orden

violento que ponen en peligro nuestra vida o integridad física y mental o la de otros y al que respondemos con horror, miedo y demás. Proponemos para este tipo de situación el nombre de Trauma violento. Trauma es la alteración del vínculo de apego. Trauma es la falta de validación empática de nuestros afectos: la falta de contención, de comprensión, de la posibilidad de compartir. Y para ello es que se propone el nombre de Trauma relacional. (Talar, 2007, párr. 86- 87).

Es así, como el taller implementado toma importancia ya que ha proporcionado un espacio grupal en donde las participantes han podido compartir sus vivencias generando, entre otras cosas, la posibilidad de ser comprendidas y aceptadas.

### **6.1. Sintomatologías asociadas a manifestaciones agresivas o disruptivas que podrían anteceder el estrés postraumático, trastornos del ánimo, entre otros**

De acuerdo a Stolorow & Atwood (1992), las malas experiencias quedan en el individuo como principios organizadores de la experiencia relacional, principios más o menos fuera de la conciencia que se presentaran en todas o gran parte de sus relaciones. Dentro de estos principios organizadores quedarán, a nuestro juicio, algunas ideas que modularán la visión que el sujeto tiene de sí mismo (defectuoso), la visión de los demás (no confiables) y la del mundo (un lugar inhóspito, al menos para mí) (citado por Talar, 2007).

Una de las sintomatologías asociadas a las vivencias de agresión o disrupción es el llamado Síndrome de Ansiedad por Disrupción (SAD). Este síndrome designa el cuadro que provoca en algunas personas el mero hecho de vivir en esa clase de entornos disruptivos que, al sostenerse en el tiempo, sufren un deterioro paulatino, desigual y progresivo, causando padecimientos que obedecen a la irrupción de esos entornos en el psiquismo de las personas (Benyakar, 2002).

Otras consecuencias que puede generar una vivencia de agresión son trastornos del estado del ánimo, por ejemplo la ansiedad, que emerge porque el psiquismo percibe,

adecuadamente, que los referentes y los significados instituidos del entorno, que proporcionan contención y facilitan enfrentar las situaciones, ya no están ahí. Al hablar de una vivencia traumática nos referimos básicamente al encuentro singular entre una experiencia caótica y una amenaza catastrófica. El sujeto pasa a ser objeto del mundo externo. En su lucha por conservar sus cualidades de sujeto pretenderá significar esta situación incisiva. Podría calificarla como una herida a su condición humana (Ramos et al., 2016.).

De esta forma este taller toma relevancia en su modalidad preventiva teniendo presente las diversas consecuencias que generan las vivencias de agresión que abordadas en tiempos tempranos pueden evitar que las sintomatologías surgidas deriven a estrés postraumático y otros trastornos del ánimo.

## **6.2. Trauma y sus modelos de intervención.**

Respecto a modelos de intervención ante vivencias traumáticas, Fernández Márquez (2010), afirma que:

Ciertos abordajes terapéuticos, (tales como p. ej. la hipnosis, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de exposición directa, por inundación, los abordajes psicofarmacológicos, EMDR etc.) cuentan con un bagaje de investigación fuera de toda discusión. Uno de los factores fundamentales de estos tratamientos es el de la exposición directa o en imaginación al evento traumático. (p. 20).

Judith Herman (citada en Fernández ,M. 2010), nos entrega uno de estos modelos, desarrollado en tres fases y llamado Trifásico:

- La primera fase del tratamiento consiste en el restablecimiento de la seguridad. (...)
- En la segunda fase, de Rememoración y Duelo, el tratamiento se orienta a que el paciente pueda reconstruir la historia traumática. (...)
- Finalmente la tercera fase, o de Reconexión, apunta a reconectar al paciente con la vida, con el presente y el futuro, redefiniéndose a sí mismo en el contexto de relaciones y actividades significativas. (...) (p.20).

En tanto Frank Gerbode y Gerald French, citado en Fernández, M. 2010) desarrolla un modelo llamado Reducción del Incidente Traumático:

French CTS, es un tratamiento breve, simple, centrado en la persona, y altamente estructurado, que reconoce la influencia del trabajo de Carl Rogers (sin la falta de dirección) y de S. Freud (sin la interpretación y el análisis). Está orientado a eliminar la carga emocional negativa de traumas pasados, así como también es efectivo para tratar Sentimientos, Emociones, Dolores, Actitudes y Sensaciones negativos.

El procedimiento se basa principalmente en recorrer mentalmente el episodio traumático repetidamente bajo ciertas condiciones terapéuticas. (p.21).

Otro ejemplo de modelo es la Terapia Narrativa, desarrollada fundamentalmente por White y Epston (1993), el cual se basa en la trascendencia de la asignación de significado a las experiencias de tipo traumáticas, de la importancia de la manifestación emocional y del apoyo social. (citado en Fernández,M., 2010).

Otra opción terapéutica es el grupo, que permite al paciente compartir sus recuerdos traumáticos dentro de un contexto seguro, donde prevalece la empatía tanto desde el propio grupo como por parte del terapeuta.

Compartir la propia experiencia y afrontar directamente la ira, ansiedad y culpa, a menudo asociadas a los recuerdos traumáticos, permite a muchos pacientes afrontar de forma eficaz sus recuerdos, sus emociones e integrarlos de forma adaptativa en su vida cotidiana. (Puchol, 2001, párr. 123) .

En tanto para Puchol (2001) se resume en:

- Estabilizar las reacciones, tanto a nivel físico como psíquico, frente a la experiencia traumática.
- Explorar, compartir y afrontar emociones y percepciones.
- Aprender estrategias efectivas de afrontamiento ante el estrés.

Otras técnicas, entre ellas:

- Técnicas de relajación/control de la activación emocional, tales como, la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno, la meditación, técnicas de respiración.
- Desensibilización sistemática, Técnicas de exposición e inundación y Técnicas operantes (Gil, Barreto y Montoya, s/f)

Existen todos estos modelos que contribuyen a mirar este fenómeno -la vivencia ante la agresión y la generación de sintomatología – y el diseño e implementación del taller de esta investigación pretende tener una mirada integral desde una visión humanista y contribuir a nuevos hallazgos en el ámbito nacional.

### **III. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar y describir los efectos de un taller de Mindfulness y Aikido en los niveles de mindfulness y los niveles de sintomatología asociada a las vivencias de agresión en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas y/o disruptivas. En mujeres adultas, alumnas de la carrera educación diferencial de la Región Metropolitana en ejercicio de su práctica profesional

Específicamente se buscó:

- Evaluar y describir el efecto de un taller basado en mindfulness y Aikido, en los niveles de mindfulness, en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas y/o disruptivas.
- Evaluar y describir el efecto de un taller basado en mindfulness y Aikido, en los niveles de sintomatología asociada a vivencias de agresión en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas y/o disruptivas.
- Evaluar y describir la mantención de los efectos producidos al concluir el taller, luego de cuatro meses de realizada la intervención.

Las hipótesis establecidas para estos tres objetivos fueron:

Ha1. El taller de Mindfulness y Aikido incrementa los niveles de Mindfulness en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas.

Ha2. El taller de Mindfulness y Aikido disminuye los niveles de sintomatología asociada a las manifestaciones agresivas o disruptivas derivadas el trabajo con niños con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas.

Ha3. El taller de Mindfulness y Aikido disminuye y mantiene los niveles de sintomatología asociada a las manifestaciones agresivas o disruptivas derivadas del trabajo con niños con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas tras 4 meses posterior a la participación del taller

## **1. Metodología**

Dada la información requerida según los objetivos establecidos, en la presente investigación se utilizó una metodología cuantitativa basada en un diseño cuasi-experimental, no paramétrica en virtud que los grupos son homogéneos, con grupo experimental, control y seguimiento después de 4 meses.

El taller de mindfulness y Aikido se constituyó en la variable independiente, la cual se esperaba que modificara los niveles de las variables dependientes, tales como los indicadores de mindfulness y las sintomatología asociada a la vivencia de agresión y/o manifestaciones disruptivas. Este taller estuvo compuesto de 7 sesiones semanales de una duración de dos horas y media cada una. Cada sesión tenía temas teóricos relativos a las temáticas de investigación, y además una sección vivencial donde mindfulness y algunos ejercicios pertinentes de Aikido se les enseñaban y se les permitían ensayar a cada una de las participantes. ( La descripción detallada, se encuentra en la pagina 120 de Anexo N° 6)

## **2. Población y muestra**



El estudio se realizó con mujeres adultas (entre 20 y 26 años) que reportaban la presencia de sintomatología de acuerdo a la escala de indicadores de intensidad de la prueba EGEP y la sintomatología referida por cada mujer en el formulario de seguimiento diario Target Complaints, y que realizan su práctica profesional en colegios con niños con espectro autista en colegios de la región Metropolitana. Participaron 75 mujeres en el estudio, 41 participantes en el grupo de intervención y 34 participantes en el grupo control, el promedio de edad fue de 21,5 años.

Para ver el detalle de edad por grupos ver tabla N°1. Todas las participantes del grupo de intervención y control pertenecían a la Universidad Mayor, sede Providencia. El taller se desarrolló dentro del contexto del ramo conductas disruptivas.

Tabla N° 1 Edad de las participantes según grupo de intervención y grupo de control

Edad	Grupo Control		Grupo experimental		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>20-22</b>	18	53%	19	46%	37	49%
<b>23-26</b>	16	47%	22	54%	38	51%
<b>Total</b>	34	100%	41	100%	75	100%

El 100% de las participantes del estudio son solteras y estudiantes universitarias.

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia. Se contactó a la Universidad Mayor, específicamente con la Escuela de Educación quien manifestó interés en ser parte del estudio, donde se hizo una presentación a la Directora de la Carrera de Educación diferencial con mención en discapacidades intelectual y multiple y a las docentes a cargo de los 2 cursos, uno que se designaría como grupo experimental y otro curso como grupo de control. El taller se realizó dentro del contexto de la asignatura “Interacción ante la conducta desadaptativa”, dando las horas de clases durante el semestre para la realización de este.

En el grupo de intervención, que correspondía a mujeres quienes participaron en el taller y que cumplían con los criterios de inclusión, se contó en total con 26 de las 41 participantes. Se considerará también un grupo de control que estaba constituido por mujeres quienes no participaron en el taller y que cumplían con los criterios de inclusión, se contó con un total de 22 de las 34 participantes.

#### Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión y exclusión para los grupos de intervención y control que se tomaron en cuenta para definir a la población objeto de estudio fueron:

#### Criterios de inclusión:

- Haber recibido agresión física y/o verbal , haber recibido agresión sexual disruptiva, haber presenciado agresión física y/o verbal, haber presenciado agresión sexual disruptiva, haber presenciado autoagresiones. Todo dentro del contexto de su práctica profesional en el trabajo con niños con espectro autista.
- Que estas vivencias descritas se hayan definido como problema focal en las escalas tanto en la escala de EGEP y Formulario de registro diario como origen y causa de la sintomatología.
- Asistencia completa a las 7 sesiones de taller en el caso del grupo de intervención

#### Criterios de exclusión:

- No haber recibido o presenciado agresión física y/o verbal, no haber recibido o presenciado agresión sexual disruptiva, no haber presenciado autoagresiones dentro del contexto de su práctica profesional en el trabajo con niños con espectro autista.
- Haber definido otras vivencias de agresión ocurridas fuera del contexto de aula en el ejercicio de su práctica profesional (asalto, muerte de ser querido, violencia intrafamiliar, abuso sexual, etc) como problema focal en las escalas de EGEP y Formulario de registro diario como origen y causa de la sintomatología.

- Faltar a una o más sesiones del taller en le caso del grupo de intervención.

Tabla N° 2 Criterios de inclusión para grupo de intervención

<b>Criterio de inclusión</b>	<b>Asistencia completa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Presencia de agresión sexual disruptiva en aula</b>	si	2	8%
<b>Recibe agresión sexual disruptiva en aula</b>	si	1	4%
<b>Recibe agresión física y/o verbal en aula</b>	si	13	50%
<b>Presencia agresión y/o autoagresión en aula</b>	si	10	38%
<b>Total</b>		26	100%

Tabla N°3 Criterios de exclusión para grupo de intervención

<b>Criterio de exclusión</b>	<b>Asistencia completa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Evento de agresión fuera de aula</b>	si	4	27%
<b>No Recibe agresión física y/o verbal en aula; sin vivencia de agresión sexual disruptiva en aula</b>	si	7	47%
<b>No Presencia agresión y/o autoagresión en aula</b>	si	4	27%
<b>Total</b>		15	100%

Se observa en la tabla que de 41 participantes del grupo de intervención, 26 han cumplido con los criterios de inclusión.

Tabla N° 4 Criterios de inclusión para grupo de control

<b>Criterio Inclusión</b>	<b>asistencia completa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Presencia agresión y/o autoagresión en aula</b>	si	11	50%

<b>Recibe agresión física y/o verbal en aula</b>	si	10	45%
<b>Recibe agresión sexual disruptiva en aula</b>	si	1	5%
<b>Total</b>		22	100%

Tabla N° 5 Criterios de exclusión para grupo de control

<b>Criterio Exclusión</b>	<b>asistencia completa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Evento de agresión fuera de Aula</b>	si	7	58%
<b>sin vivencia de agresión</b>	si	5	42%
<b>Total</b>		12	100%

Se observa en la tabla que de 34 participantes del grupo de control, 22 han cumplido con los criterios de inclusión.

### **3. Procedimiento**

En primer lugar se realizó una adaptación del programa de reducción del estrés basado en la atención plena (MBSR: Kabat-Zinn, 1990, 2003), En segundo lugar, se contactó a la Universidad Mayor, específicamente con la Escuela de Educación quien manifestó interés en ser parte del estudio, donde se hizo una presentación a la Directora de la Carrera de Educación diferencial con mención en discapacidades intelectual y multiple y a las docentes a cargo de los 2 cursos, uno que se designaría como grupo experimental y otro el otro curso como grupo de control. El taller se realizó dentro del contexto de la asignatura “Interacción ante la conducta desadaptativa”, dando las horas de clases durante el semestre para la realización de este.

Se implementó 1 taller de 7 sesiones, con una duración de 2.30 horas cada sesión. Se realizaron mediciones previas y posteriores al taller en el grupo de intervención y en el grupo de control. Luego se volvió a realizar una evaluación de seguimiento a los 4 meses luego de haber concluido el taller.

**Instrumentos:** Los constructos e instrumentos utilizados para las mediciones previas y posteriores a las 7 semanas fueron:

1. Para evaluar mindfulness, se utilizó el Cuestionario Cinco Facetas de Mindfulness, de Baer et al., (2008) validado originalmente en Estados Unidos, traducido al español por M. Cárcamo y M. Cruz-Coke, y existiendo un trabajo de traducción y validación en una población chilena (Schmidt & Vinet, 2015). Es un cuestionario de 39 ítems que mide 5 facetas de mindfulness: la observación, la capacidad de describir, el actuar con conciencia, el no juicio ante las experiencias y la no reactividad. Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach que va de 0,62 y 0,86. Esta prueba no presenta puntos de corte.

2.- Para la evaluación de la sintomatología asociada a las vivencias de agresión sufridas por las participantes en el contexto de aula, se utilizó la escala EGEP, de Crespo & Gomez (2012) el cual es un instrumento de evaluación mediante autoinforme en español que permite, por una parte, valorar la intensidad de los distintos tipos de sintomatología postraumática y por otra parte, el diagnóstico del TEPT en adultos víctimas de distintos acontecimientos traumáticos.

La escala EGEP, por tanto, no solo proporciona el diagnóstico del TEPT, sino que además, información normativa acerca de la intensidad de los distintos tipos de síntomas; síntomas intrusivos, Evitación, Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y Alteraciones en la activación y reactividad los cuales han sido utilizados por la presente investigación para medir la intensidad de síntomas de las participantes.

Es una herramienta de fácil aplicación y corrección muy útil al momento de diagnosticar TEPT y además, de manera complementaria información sobre la sintomatología clínica subjetiva del evaluado. Se compone de 62 ítems divididos en 3 secciones que hacen referencia a la evaluación de los acontecimientos traumáticos, la sintomatología y el funcionamiento del individuo. Tales aspectos evaluados van en paralelo según los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Los puntos de corte para el EGEP según los tipos de síntomas:

- Re – experimentación: (Bajo: < 4); (Medio bajo: < 11); (Medio Alto: < 16); (Alto:< 20).
- Evitación: (Bajo: < 3); (Medio bajo: < 10); (Medio Alto: < 17); (Alto:< 28).
- Hiperactivación: (Bajo: < 3); (Medio bajo: < 9); (Medio Alto: < 17); (Alto:< 20).
- Síntomas clínicos subjetivos: (Bajo: < 2); (Medio bajo: < 9); (Medio Alto: < 17); (Alto:< 35).

-

3.- Para poder evaluar sintomatología de las situaciones consideradas como problemas o vivencias de agresión en contexto de aula, por parte de las participantes del estudio y que fueron capaces de observar y experimentar durante su trabajo diario, se utilizó un Formulario de seguimiento diario, Target Complaints como instrumento de recolección de información mediante una escala de medición.

Para autores como a Sanchez y Reyes (2009), una escala de medición será la manera en que una variable va a ser medida o cuantificada; por otra parte Tafur (1995), estima que efectivamente la escala es un instrumento de medición.

En este caso se hace entrega a la persona un registro semanal, sesión tras sesión de taller, en donde se exponen los principales problemas o síntomas a los que se han sentido expuestas, pudiendo cada una elegir entre 4 ítemes individualizados, aquellas situaciones de mayor intensidad del momento actual. Es necesario aclarar que estos ítemes fueron extraídos de las categorías que el EGEP entrega; de modo que cada una de las mujeres que conforman la muestra debía rellenar las alternativas pertinentes durante cada día de trabajo; evaluando de esta manera, día a día, el nivel de intensidad de estos problemas o síntomas, mediante una escala del 1 al 10 ( Este formulario se puede encontrar en la página 119 del Anexo N° 5 ). Esta prueba no presenta puntos de corte.

Se le recuerda al lector, que tal como los resultados lo mostrarán más adelante, el instrumento EGEP pretendía ser complementado con el Formulario de Seguimiento Diario.

#### **4. Consideraciones éticas.**

A lo largo del presente estudio se tomaron diferentes resguardos éticos, tanto a nivel institucional, en el resguardo de la información, como en la implementación de la intervención misma.

Respecto a los resguardos a nivel institucional, se le envió una carta a la directora de la carrera de educación diferencial con mención en discapacidades intelectuales y múltiples de la Universidad Mayor de Providencia solicitándole autorización para realizar el estudio. Se tomaron los resguardos con la confidencialidad de los datos, el acceso a la base de datos estuvo con clave y estuvo restringido exclusivamente al investigador, profesor guía y metodólogo.

A nivel de las mujeres participantes del estudio, se realizó una sesión de orientación a la previa participación en el estudio, en las cuales se les informó sobre las características y los objetivos de la investigación, además de explicitar la voluntariedad de su participación. En esta sesión se les solicitó firmar un consentimiento por escrito. En este consentimiento se estableció el compromiso de resguardar la confidencialidad de la identidad e información particular de los participantes a lo largo de todo el estudio, además de que los resultados siempre fueran presentados de manera agrupada. Se abrió la posibilidad de que, si alguna de las participantes solicitara sus resultados, pudiera ponerse en contacto con el responsable del estudio. Se les ofreció además retroalimentación cualitativa verbal a todas las participantes y en caso de que alguna lo solicitara o que el investigador estimara necesario se recomendaría derivar a algún especialista de acuerdo a la temática encontrada para hacer un acompañamiento o proceso psicoterapéutico.

El taller se realizó dentro del contexto de la asignatura “Interacción ante la conducta desadaptativa”, dando las horas de clases durante el semestre para la realización de este. En este sentido para asegurar la voluntariedad de la participación se les ofreció la posibilidad de incorporarse a otro curso para poder realizar la asignatura en caso de no querer participar del taller. La participación fue completamente voluntaria, no existiendo ningún tipo de perjuicio o presión en caso de no seguir participando en el estudio.

Se ofreció a la Directora de carrera y a las participantes del grupo impartir el taller de mindfulness y Aikido, luego de concluido el estudio en caso de solicitarlo.

## **5. Análisis de datos:**

Descriptivos:

Para describir a la muestra variables de interés se utilizaron pruebas estadísticas como desviación estandar, promedio, porcentajes, frecuencias y gráficos. Para evaluar la homogeneidad entre los grupos comparados se utilizó la prueba Chi cuadrado en variables categóricas t student para variables numéricas categóricas en el caso de las numéricas.

Para evaluar los efectos de la intervención, el pequeño tamaño muestral y la no normalidad de las variables se utilizó estadística no paramétrica comparando al grupo de control e intervención en las distintas variables del estudio en los 3 tiempos medidos con la prueba de Mann – Whitney. Y evaluando las tendencias separadas por grupo utilizando la prueba de Kendall.

Para todos los análisis se utilizó un alfa criterio de 0.05 para el rechazo de la hipótesis nula realizando los análisis estadísticos en excel y spss versión 19.

## **6. Resultados**



A continuación se detallan los principales resultados obtenidos. En primer lugar se presenta el análisis de homogeneidad entre los grupos en las variables demográficas, posteriormente se presentan los resultados por variable, incluyendo un análisis comparativo.

En todas las mediciones entre los grupos experimental y control y un análisis de tendencia para las variables. En todos los casos se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas, pues el n de la muestra es pequeño y no se cumplieron supuestos para el uso de pruebas paramétricas.

Análisis de homogeneidad:

Los grupos son iguales en su composición respecto de las variables demográficas. El 100% de los participantes correspondió a mujeres chilenas solteras, con estudios universitarios con edades entre los 20 y los 26 años

## 7. Análisis para las variables del FFMQ

En primera instancia se muestran las comparaciones por grupo para todas las mediciones según el grupo de pertenencia utilizando la prueba de Mann – Whitney.

Tabla N° 6 Comparaciones FFMQ por grupo para 1° medición

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Observación</b>	Experimental	26	25,19	5,01	U=266,5
	Control	22	24,91	5,08	P=0,670
<b>Describir</b>	Experimental	26	24,15	5,44	U=240,5
	Control	22	22,59	3,92	P=0,344
<b>Actuar</b>	Experimental	26	21,15	5,60	U=243,0
	Control	22	22,32	4,24	P=0,372
<b>juicio</b>	Experimental	26	16,27	4,06	U=262,0
	Control	22	16,73	3,17	P=0,618

<b>Reactividad</b>	Experimental	26	14,54	2,04	U=215,0
	Control	22	15,23	1,97	P=0,137
<b>Total</b>	Experimental	26	101,31	10,78	U=283,0
	Control	22	101,77	10,37	P=0,950

Se observa en la tabla N° 6, que los grupos experimental y control no presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones evaluadas por el FMQ.

Tabla N° 7 Comparaciones FfMQ por grupo para 2° medición

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Observación</b>	Experimental	26	27,62	6,01	U=139,0
	Control	22	22,5	4,11	P=0,002
<b>Describir</b>	Experimental	26	27,382	4,79	U=90,0
	Control	22	21,592	3,28	P<0,001
<b>Actuar</b>	Experimental	26	24,54	5,13	U=181,0
	Control	22	21,364	3,79	P=0,03
<b>juicio</b>	Experimental	26	27,654	5,58	U=63,5
	Control	22	18,774	3,50	P<0,001
<b>Reactividad</b>	Experimental	26	25,81	4,39	U=27,0
	Control	22	16,64	2,19	P<0,001
<b>Total</b>	Experimental	26	133	13,09	U=15,5
	Control	22	100,544	10,6	P<0,001

Se observa en la tabla N° 7 que para la 2° medición y para todas las dimensiones evaluadas con el FFMQ, el grupo experimental presenta puntajes significativamente más altos que el grupo de control.

Estos resultados implican a nivel clínico un aumento, en las participantes del grupo experimental, en su estado de conciencia, que emerge de prestar atención en el momento presente, acompañado de una serie de capacidades y características como la observación, la aceptación, la tendencia a actuar en conciencia o la no – reacción y prestar atención en el momento presente sin juicio.

Tabla N° 8 Comparaciones FFMQ por grupo para 3° medición

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Observación</b>	Experimental	26	26,65	5,31	U=94,5
	Control	22	20,54	3,26	P<0,001
<b>Describir</b>	Experimental	26	27,08	4,66	U=74,5
	Control	22	20,86	3,17	P<0,001
<b>Actuar</b>	Experimental	26	25,35	4,42	U=116,5
	Control	22	21,45	2,42	P<0,001
<b>juicio</b>	Experimental	26	26,23	4,55	U=70,0
	Control	22	19,45	2,48	P<0,001
<b>Reactividad</b>	Experimental	26	23,15	3,47	U=34,5
	Control	22	16,95	2,01	P<0,001
<b>Total</b>	Experimental	26	128,46	13,12	U=22,5
	Control	22	99,32	8,88	P<0,001

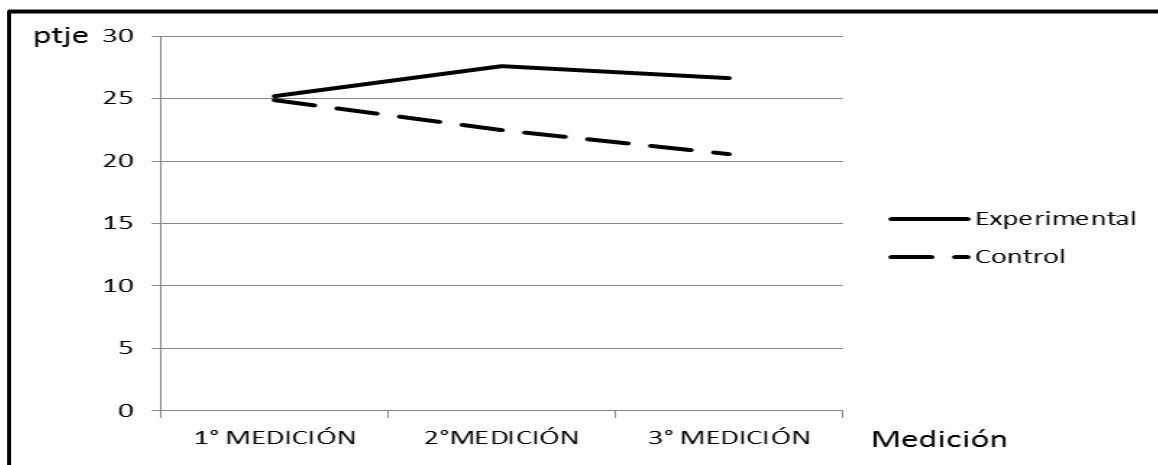
Se observa en la tabla N° 8, que se mantiene el mismo patrón encontrado en la segunda medición, presentando el grupo experimental puntajes significativamente más altos que el grupo de control.

Estos resultados dan cuenta que la práctica habitual de mindfulness en las participantes tienden a desarrollar una serie de capacidades -antes mencionadas- relativamente estables en el tiempo por lo que implicaría mantener este estado y todas las características asociadas.

## 8. Análisis de tendencia para FFMQ

Se presentan los análisis de tendencias para cada factor medido por el FFMQ. Para evaluar si las tendencias fueron significativas se utilizó la prueba de Kendall separada para cada grupo

*Figura N° 1 Gráfico de tendencia para “observación”*



Se observa en el gráfico N° 1 que el grupo experimental tiende a subir sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, sin embargo en la 3° el puntaje vuelve a bajar. Respecto del grupo de control, se observa una baja sistemática de la variable a medida que transcurren las mediciones

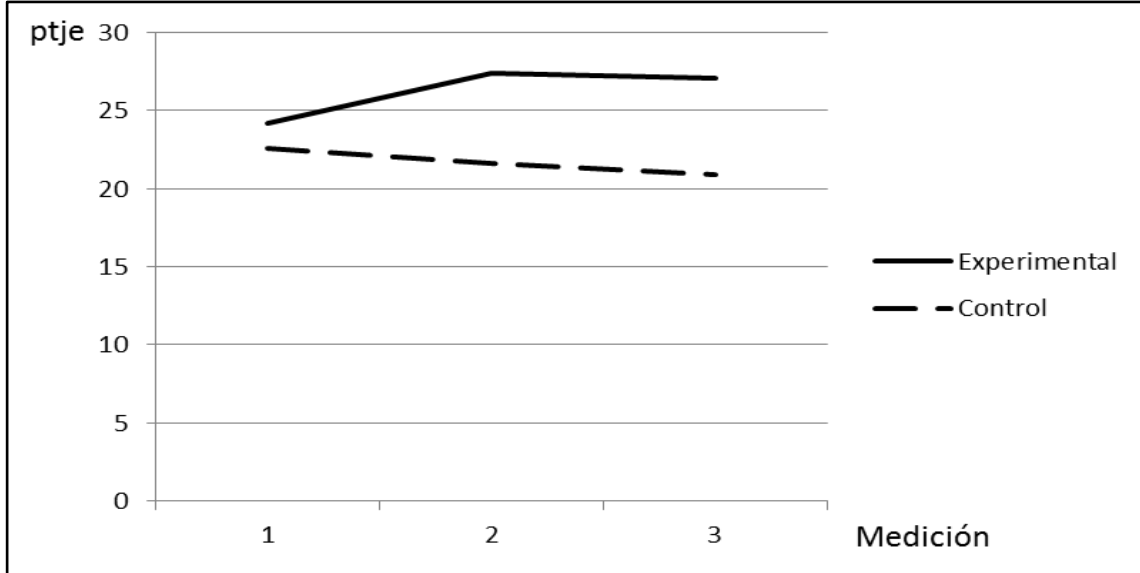
Tabla N° 9 Análisis de tendencia para observación separada según grupo

FMQ	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA KENDALL DE
<b>Observación</b>	Experimental	25,19	27,62	26,653	W = 0,033; p=0,428
	Control	24,91	22,5	20,54	W = 0,385; p<0,001

Se observa en la tabla N° 9 que para el grupo experimental, l variable se mantiene estable, desde el punto de vista estadístico en el tiempo ( $W=0,033$ ;  $p = 0,428$ ), en tanto que el grupo de control experimenta una tendencia a la baja estadísticamente significativa conforme se avanza en el tiempo ( $W=0,385$ ;  $p<0,001$ ).

Durante el taller las participantes del grupo experimental logran mantener su capacidad de observar los pensamientos como contenidos y flujos de la consciencia, a observar y aceptar las emociones tanto negativas como positivas, pudiéndose evocar emociones negativas para el desarrollo de la capacidad de aceptación y tolerancia sobre ellas. Diferente es el caso de las participantes del grupo de control, que a medida que pasa el tiempo, disminuyen su capacidad para observar su realidad interna lo que es una de las posibles causas de estar aferrado a pensamientos y emociones que les ocurren.

Figura N° 2 Gráfico de tendencia para “Describir”



Se observa en el gráfico N° 2 que el grupo experimental tiende a subir sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, mostrando que luego se estabilizan en la 3°. Respecto del grupo de control, se observa una baja sistemática de la variable a medida que transcurren las mediciones.

*Tabla N° 10 Análisis de tendencia para “Describir” separada según grupo*

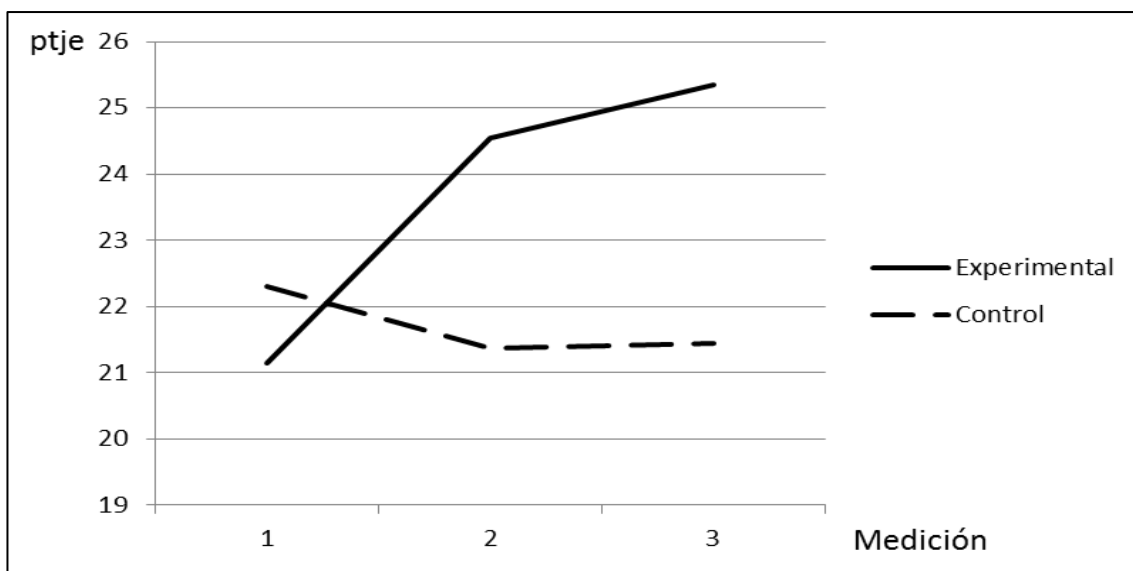
FMQ	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
<b>Describir</b>	Experimental	24,15	27,382	27,08	W = 0,291; p=0,001
	Control	22,59	21,592	20,86	W = 0,139; p=0,047

Se observa en la tabla N° 10 que para el grupo experimental, la variable aumenta significativamente desde la medición 1° a la 2° para se mantiene estable en al 3°. (W=0,291;

$p = 0,001$ ), en tanto que el grupo de control experimenta una tendencia a la baja estadísticamente significativa conforme se avanza en el tiempo ( $W=0,139$ ;  $p<0,047$ ).

El grupo experimental aumenta su capacidad para tomar una posición de observador ante las sensaciones y estímulos que van surgiendo, es decir, describir el qué es, en vez de analizar y juzgar si se experimente como agradable o no. A diferencia del grupo de control que a medida que el tiempo transcurre disminuye progresivamente esta capacidad.

Figura N° 3 *Gráfico de tendencia para “Actuar”*



Se observa en el gráfico N° 3 que el grupo experimental tiende a subir sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, mostrando un aumento menos intenso al llegar a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa una baja desde la 1° a la 2° medición para luego estabilizarse en la 3°.

Tabla N° 11 Análisis de tendencia para “Actuar” separada según grupo

FMQ	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
<b>Actuar</b>	Experimental	21,15	24,54	25,35	W = 0,380; P<0,001
	Control	22,31	21,364	21,45	W = 0,043; P=0,387

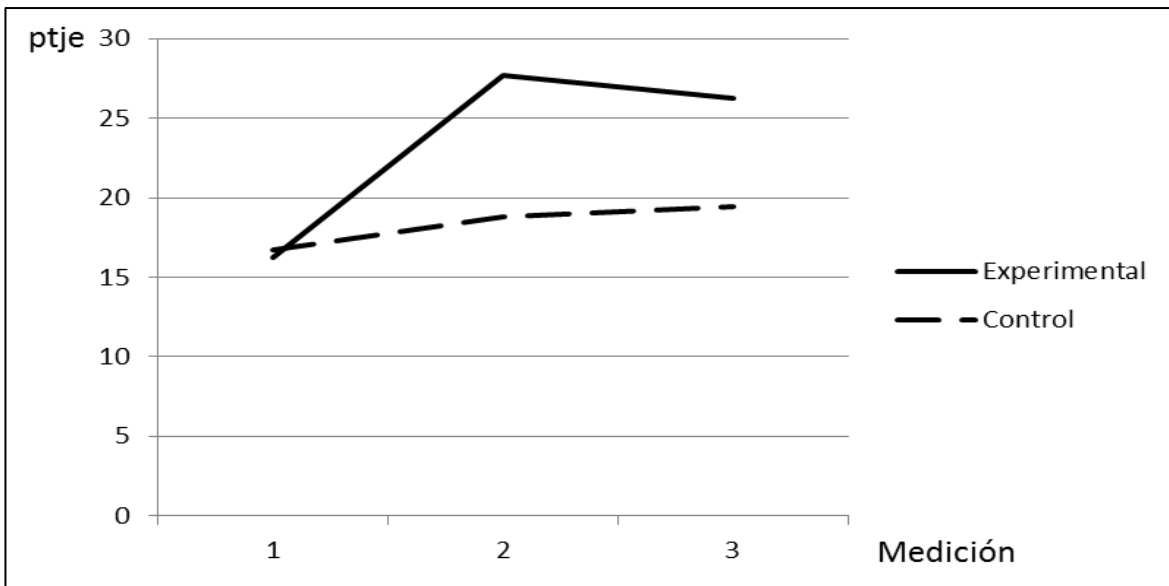


Se observa en la tabla N° 11 que para el grupo experimental, la tendencia al alza es significativa ( $W=0,380$ ;  $p < 0,001$ ), en tanto que el grupo de control se mantiene constante, desde el punto de vista estadístico, a medida que transcurre el tiempo ( $W=0,043$ ;  $p=0,387$ ).

En el grupo experimental, la capacidad de actuar con conciencia aumenta a medida que transcurre el taller de forma progresiva lo que implica que las participantes pueden lidiar más con sus obstáculos internos y de elegir con conciencia acciones concretas para mejorar el bienestar.

De esta forma, cuando las participantes comienzan a actuar en conciencia se evitan reacciones que luego se lamentan, moderando así su conducta, comienzan a darle importancia adecuada a las diversas situaciones, y evitan acciones basadas en los juicios y prejuicios personales, de esta forma las participantes comienzan experimentar la existencia una mayor armonía, tranquilidad y satisfacción. Respecto a las participantes del grupo de control logran mantener su capacidad actual de actuar lo que genera que sigan reaccionando o vivenciando su propia experiencia de una manera similar a la que tenían al comienzo de la investigación.

Figura N° 4 Gráfico *de tendencia para “Juicio”*



Se observa en el gráfico N° 4 que el grupo experimental tiende a subir sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, mostrando una pequeña baja llegar a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa un alza leve pero constante a medida que transcurre el tiempo.

Tabla N° 12 *Análisis de tendencia para “Juicio” separada según grupo*

FMQ	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
<b>Juicio</b>	Experimental	16,27	27,654	26,23	W = 0,767; P<0,001
	Control	16,72	18,774	19,45	W = 0,295; P=0,002

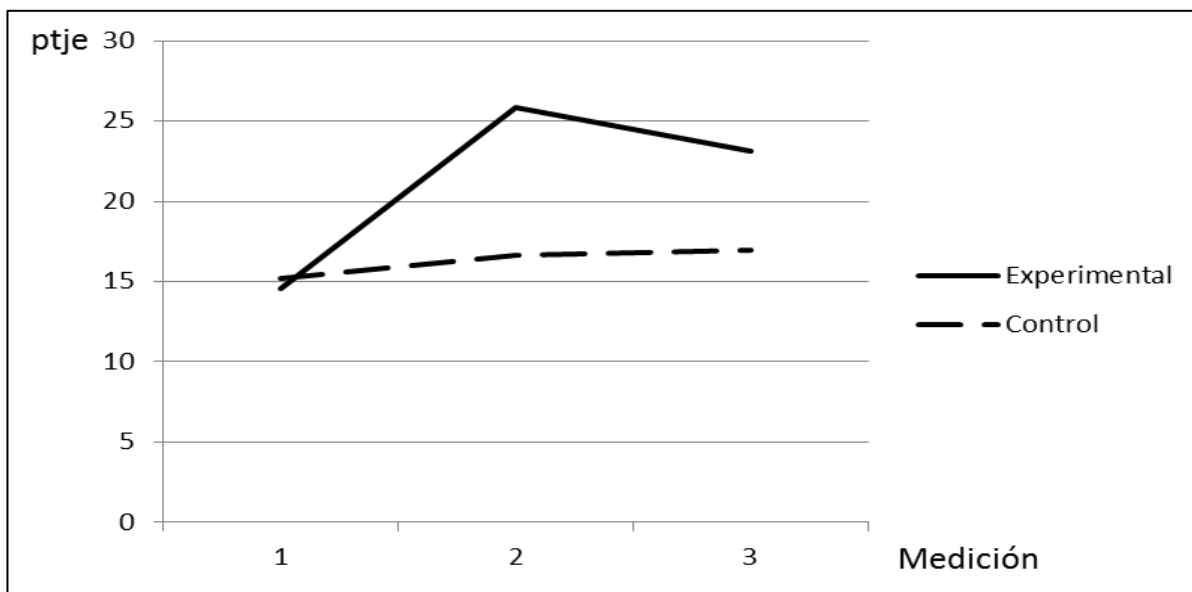
Se observa en la tabla N° 12 que para el grupo experimental, el alza entre la 1° y la 2° medición es significativa (W=0,767; p < 0,001), en tanto que la tendencia al alza leve del grupo de control es significativa desde el punto de vista estadístico, (W=0,295; p=0,002).

Respecto a la actitud de no juicio, es decir, la actitud que consiste en aceptar los sucesos tanto internos como externos sin darles algún juicio de valor, sin evaluar si se le catalogan

como buenos o malos y ,por tanto, que no se intenta modificarlos se logra mantener en las participantes del grupo experimental logrando con la práctica mantener el contacto directo con la experiencia sin juicio y en este sentido logran acercarse a esta realidad y reconocerla sin restricciones.

Muy distinto ocurre en el grupo de control que a medida que transcurre el tiempo se distancia de experimentar las sensaciones tal y cual están ocurriendo alejándose de la posibilidad de observar sin juzgar.

*Figura N° 5 Gráfico de tendencia para “Reactividad”*



Se observa en el gráfico N° 5 que el grupo experimental tiende a subir sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, mostrando una pequeña baja llegar a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa un alza leve pero contante a medida que transcurre el tiempo.

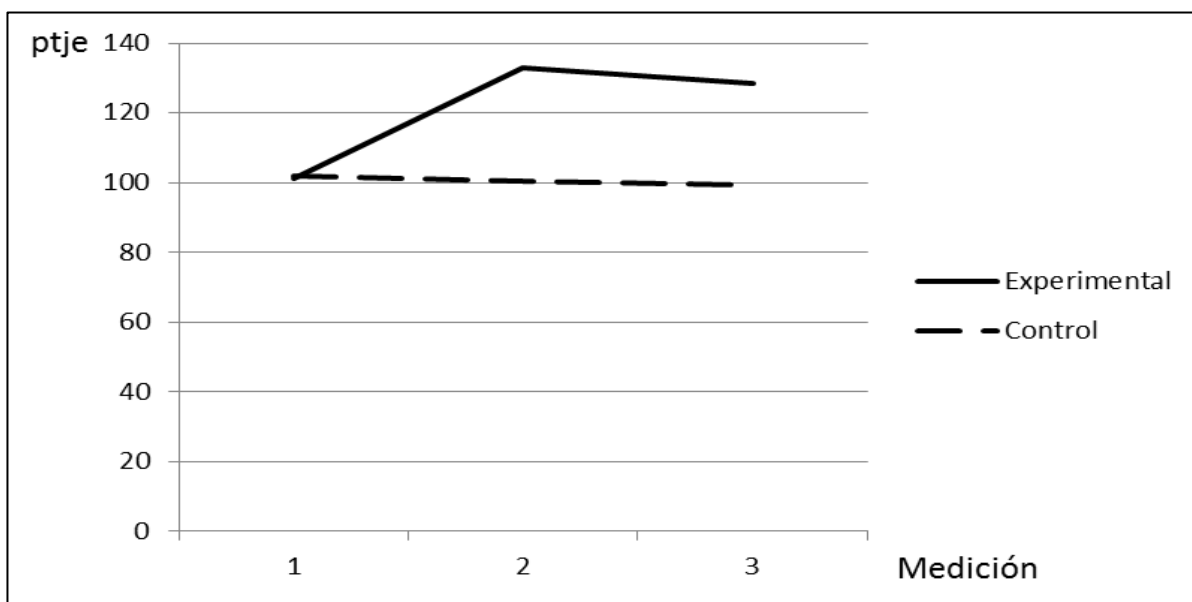
*Tabla N° 13 Análisis de tendencia para Reactividad separada según grupo*

FMQ	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
<b>Reactividad</b>	Experimental	14,54	25,81	23,15	W = 0,808; P<0,001
	Control	15,23	16,64	16,95	W = 0,205; P=0,011

Se observa en la tabla N° 13 que para el grupo experimental, el alza entre la 1° y la 2° medición es significativa (W=0,808; p < 0,001), en tanto que la tendencia al alza leve del grupo de control es significativa desde el punto de vista estadístico, (W=0,205; p=0,011).

En términos generales, la respuesta a todo lo que afecta al ser humano en la vida, reacciona de forma inmediata, impulsiva y emocional, lo cual provoca muchas veces tensiones, reduciendo entonces la calidad de vida global. Para ambos grupos aumenta la capacidad de observar lo que nos ocurre, sin reaccionar impulsivamente ante ello, esto se presenta como una herramienta de mucha utilidad para hacer frente a situaciones de ansiedad o generadoras de estrés de una manera diferente a lo cotidiano. El grupo experimental tiene un mayor aumento que el grupo de control lo que implica además que desarrolla una actitud diferente de posicionarse en la experiencia, de observarla, para poder responder en lugar de reaccionar; las participantes logran conectar más que corregir, y esto sería posible de generalizar a todas las áreas de la vida.

Figura N° 6 Gráfico de tendencia para Total



Se observa en el gráfico N° 6 que el grupo experimental tiende a subir sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, mostrando una leve baja llegar a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa que la variable se mantiene relativamente igual a medida que pasa el tiempo.

Tabla N° 14 Análisis de tendencia para Total separada según grupo

FMQ	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
<b>Total</b>	Experimental	101,31	133	128,46	W = 0,782; P<0,001
	Control	101,77	100,544	99,32	W = 0,033; P=0,485

Se observa en la tabla N° 14 que para el grupo experimental, el alza entre la 1° y la 2° medición es significativa (W=0,782; p < 0,001), en tanto que el grupo de control se mantiene estable, (W=0,033; p=0,485).

## 9. Análisis para las variables del EGEP

En primera instancia se muestran las comparaciones por grupo para todas las mediciones según el grupo de pertenencia utilizando la prueba de Mann – Whitney.

Tabla N° 15 Comparaciones EGEP por grupo para 1° medición

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Reexperimentación</b>	Experimental	26	8,81	2,33	U=233,0
	Control	22	8,12	1,91	P=0,265
<b>Evitación</b>	Experimental	26	8,42	3,70	U=249,0
	Control	22	9,18	2,32	P=0,439
<b>Hiperactivación</b>	Experimental	26	5,42	2,77	U=257,0
	Control	22	5,91	2,27	P=0,544
<b>Síntomas clínicos</b>	Experimental	26	8,23	3,02	U=283,0
	Control	22	8,27	3,21	P=0,950
<b>Total</b>	Experimental	26	30,88	9,70	U=274,0
	Control	22	31,5	7,62	P=0,804

Se observa en la tabla N° 15, que los grupos experimental y control no presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones evaluadas por el EGEP.

Todas las participantes han vivido un acontecimiento de agresión que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que sería marcadamente angustiante. Connota la existencia de un evento capaz de provocar síntomas significativos de malestar general en las distintas esferas de la persona como es la reexperimentación del evento, la evitación, hiperactivación y síntomas clínicos subjetivos.

Tabla N° 16 Comparaciones EGEP por grupo para 2° medición

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Reexperimentación</b>	Experimental	26	2,38	1,58	U=11,0
	Control	22	7,36	1,68	P<0,001
<b>Evitación</b>	Experimental	26	2,88	2,05	U=37,5
	Control	22	8,45	3,29	P<0,001
<b>Hiperactivación</b>	Experimental	26	2,12	1,58	U=67,0
	Control	22	6,18	2,84	P<0,001
<b>Síntomas clínicos</b>	Experimental	26	2,54	1,30	U=35,5
	Control	22	8,09	3,49	P<0,001
<b>Total</b>	Experimental	26	9,92	5,70	U=12,0
	Control	22	30,18	7,76	P<0,001

Se observa en la tabla N° 16 que para la 2° medición y para todas las dimensiones evaluadas con el EGEP, el grupo experimental presenta puntajes significativamente más bajos que el grupo de control.

Tabla N° 17 Comparaciones EGEP por grupo para 3° medición

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Re experimentación</b>	Experimental	26	1,5	1,53	U=15,5
	Control	22	6,54	2,18	P<0,001
<b>Evitación</b>	Experimental	26	2,38	2,06	U=42,5
	Control	22	8,05	3,34	P<0,001
<b>Hiperactivación</b>	Experimental	26	2	1,5	U=86,5
	Control	22	5,59	2,94	P<0,001

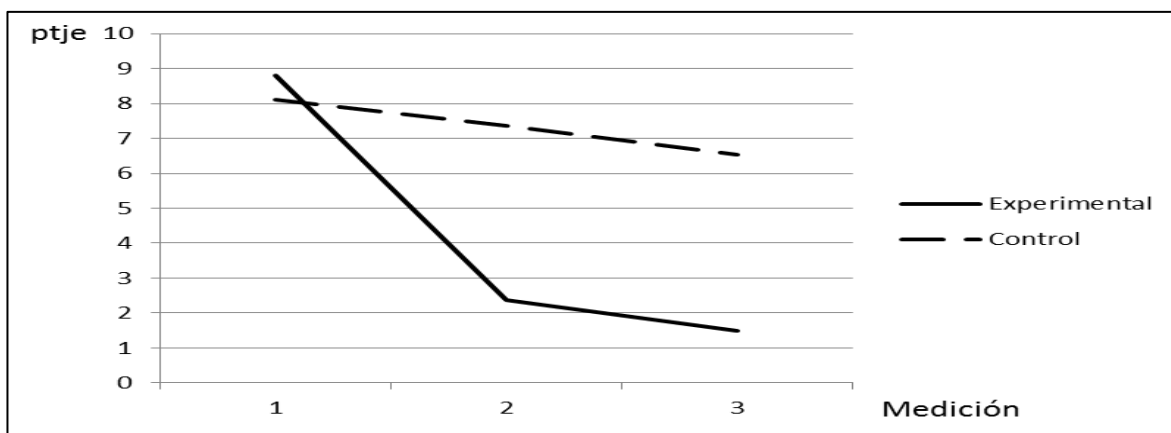
<b>Síntomas clínicos</b>	Experimental	26	2,19	1,10	U=42,0
	Control	22	7,41	3,49	P<0,001
<b>Total</b>	Experimental	26	8,15	5,07	U=13,5
	Control	22	27,59	8,63	P<0,001

Se observa en la tabla N° 17, que se mantiene el mismo patrón encontrado en la segunda medición, presentando el grupo experimental puntajes significativamente más bajos que el grupo de control

### 10. Análisis de tendencia para EGEP

Se presentan los análisis de tendencias para cada factor medido por el EGEP. Para evaluar si las tendencias fueron significativas se utilizó la prueba de Kendall separada para cada grupo.

Figura N° 7 Gráfico de tendencia para Re – experimentación



Se observa en el gráfico N° 7 que el grupo experimental tiende a bajar sustantivamente sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, tendencia que se atenúa en el paso a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa una leve disminución a lo largo del tiempo.



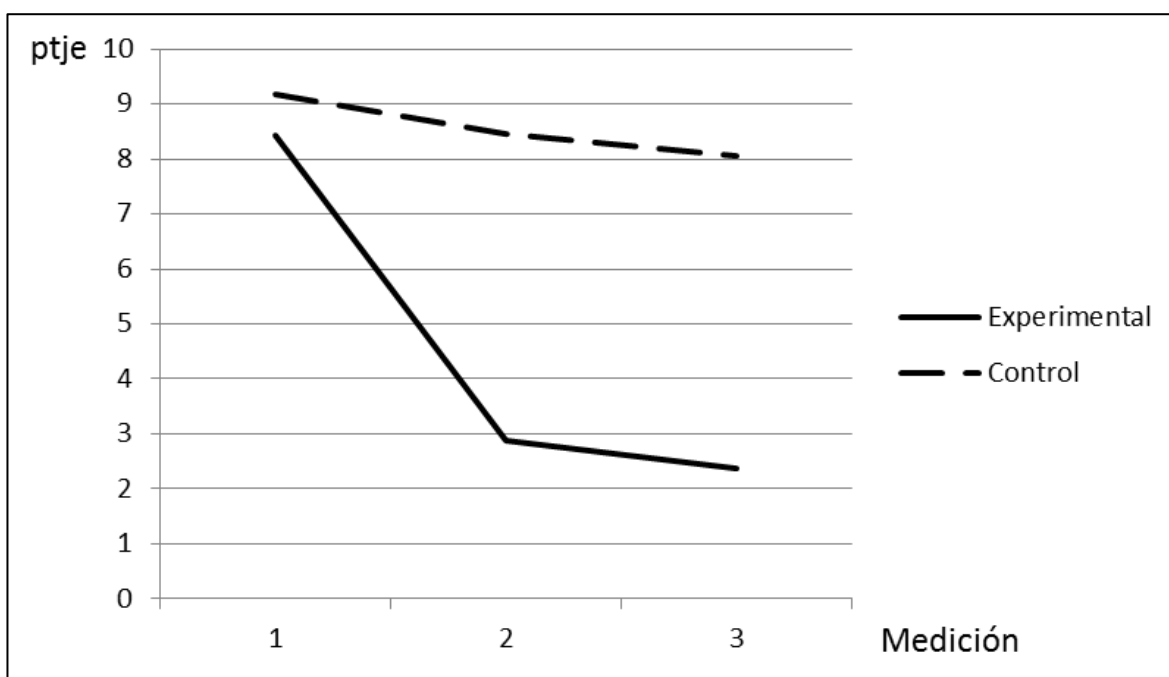
Tabla N° 18 Análisis de tendencia para Re – experimentación separada según grupo

EGEP	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
Re experimentación	Experimental	8,81	2,38	1,5	W = 0,912; P<0,001
	Control	8,12	7,36	6,54	W = 0,209; P=0,010

Se observa en la tabla N° 18 que para el grupo experimental, la tendencia a la baja encontrada en el gráfico es significativa ( $W=0,912$ ;  $p < 0,001$ ), en tanto que en el grupo de control dicha baja es significativa, aunque mucho más leve, ( $W=0,209$ ;  $p=0,010$ ).

Esto implica que las participantes, en relación a el malestar psicológico que surge al exponerse a acontecimientos similares o que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático han disminuido para ambos grupos, siendo mayor en el grupo experimental.

Figura N° 8 Gráfico de tendencia para “Evitación”



Se observa en el gráfico N° 8 que el grupo experimental tiende a bajar sustantivamente sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, tendencia que se atenúa en el paso a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa una leve disminución a lo largo del tiempo.

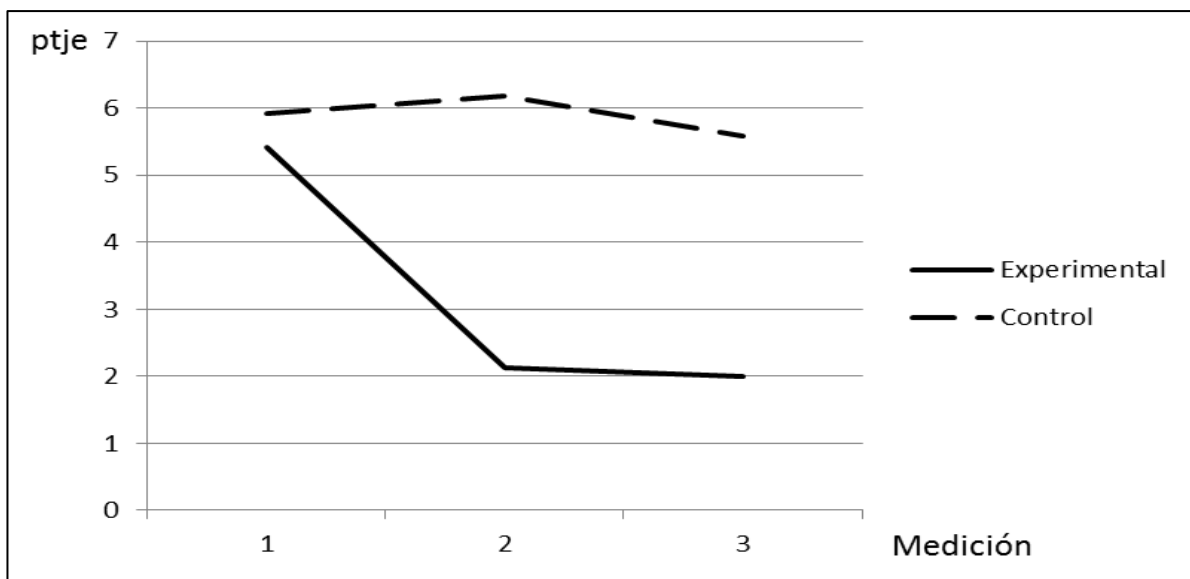
Tabla N° 19 Análisis de tendencia para “Evitación” separada según grupo

EGEP	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
Evitación	Experimental	8,42	2,88	2,38	W = 0,872; P<0,001
	Control	9,18	8,45	8,05	W = 0,159; P=0,031

Se observa en la tabla N° 19 que para el grupo experimental, la tendencia a la baja encontrada en el gráfico es significativa (W=0,872; p < 0,001), en tanto que en el grupo de control dicha baja es significativa, aunque mucho más leve, (W=0,159; p=0,031).

Las participantes han disminuido la actitud de soslayar o eludir el estímulo asociado a la vivencia de agresión que origina los síntomas lo que implica una nueva forma de relacionarse con la experiencia. Esta nueva forma de relacionarse con la experiencia es mayor en el grupo experimental que en el de control.

Figura N° 9 Gráfico de tendencia para “Hiperactivación”



Se observa en el gráfico N° 9 que el grupo experimental tiende a bajar sustantivamente sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, estabilizándose en el paso a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa una leve alza hacia la medición 2, para disminuir levemente en la medición 3.

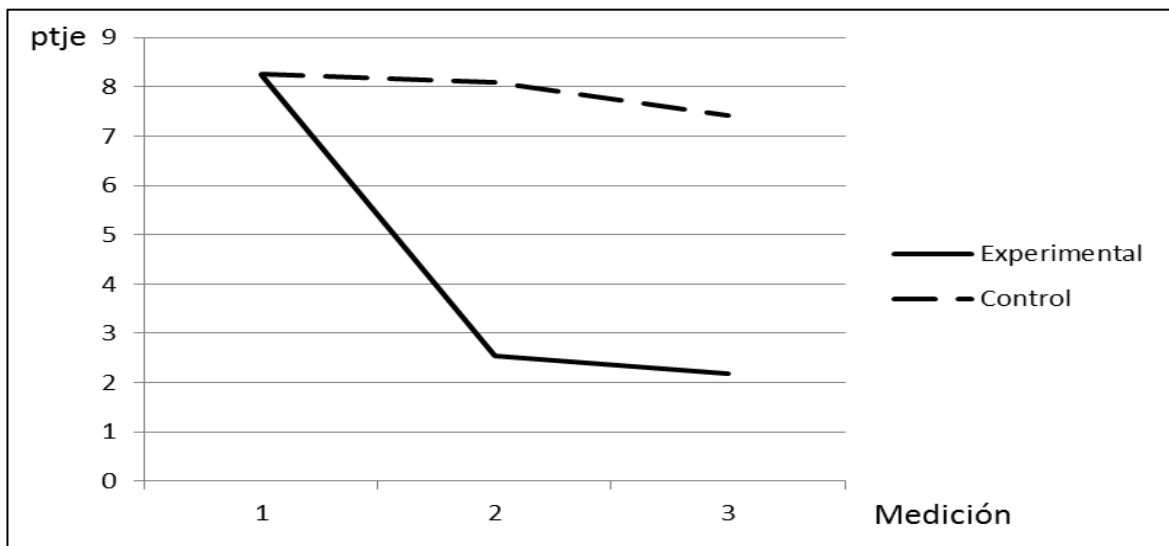
Tabla N° 20 Análisis de tendencia para “Hiperactivación” separada según grupo

EGEP	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
Hiperactivación	Experimental	5,42	2,12	2	W = 0,808; P<0,001
	Control	5,91	6,18	5,59	W = 0,082; P=0,166

Se observa en la tabla N° 20 que para el grupo experimental, la tendencia a la baja encontrada en el gráfico es significativa ( $W=0,808$ ;  $p < 0,001$ ), en tanto que en el grupo de control la variable se mantiene estable ( $W=0,082$ ;  $p=0,166$ ).

Las participantes disminuyen las respuestas de sobresalto, hipervigilancia, respuestas de alarma exageradas, o reacciones fisiológicas asociadas a la hiperactivación como insomnio, irritación, dificultades de concentración, etc. Logrando un estado de bienestar generalizado

Figura N° 10 Gráfico de tendencia para “Síntomas clínicos”



Se observa en el gráfico que el grupo experimental tiende a bajar sustantivamente sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, tendencia que se atenúa en el paso a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa una leve disminución a lo largo del tiempo.

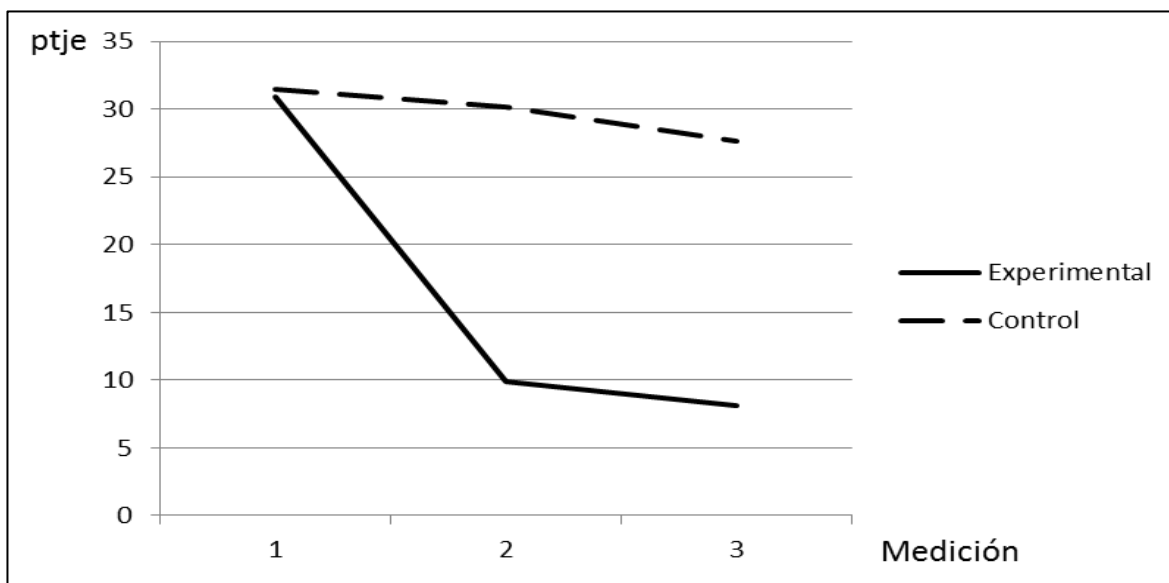
Tabla N° 21 Análisis de tendencia para “Síntomas clínicos” separada según grupo

<b>EGEP</b>	<b>GRUPO</b>	<b>1° MEDICIÓN</b>	<b>2° MEDICIÓN</b>	<b>3° MEDICIÓN</b>	<b>PRUEBA DE KENDALL</b>
<b>Síntomas clínicos</b>	Experimental	8,23	2,54	2,19	W = 0,882; P<0,001
	Control	8,27	8,09	7,41	W = 0,144; P=0,042

Se observa en la tabla N° 21 que para el grupo experimental, la tendencia a la baja encontrada en el gráfico es significativa (W=0,882;  $p < 0,001$ ), en tanto que en el grupo de control dicha baja es significativa, aunque mucho más leve, (W=0,144;  $p=0,042$ ).

Las participantes presentaban síntomas clínicos subjetivos, como sentirse culpable por algo que hizo o dejó de hacer en relación al evento, sensación de desconfianza, sentir que el mundo es peligroso, que la valoración de sí misma ha empeorado, entre otras. Estas sensaciones o sentimientos han ido disminuyendo en ambos grupos aunque de forma mucho mayor en el grupo experimental, quienes después de participar del taller han logrado una sensación de mayor confianza en sí mismas y en los demás, la culpa ha disminuido, aumentando la sensación de seguridad, protección y valoración en sí mismas.

Figura N° 11 Gráfico de tendencia para “ Total”



Se observa en el gráfico N° 11 que el grupo experimental tiende a bajar sustantivamente sus puntajes entre la 1° y la 2° medición, tendencia que se atenúa en el paso a la 3°. Respecto del grupo de control, se observa una leve disminución a lo largo del tiempo.

Tabla N° 22 Análisis de tendencia total separada según grupo

EGEP	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
Total	Experimental	30,88	9,92	8,15	W = 0,852; P<0,001
	Control	31,5	30,18	27,59	W = 0,270; P=0,003

Se observa en la tabla N° 22 que para el grupo experimental, la tendencia a la baja encontrada en el gráfico es significativa ( $W=0,852$ ;  $p < 0,001$ ), en tanto que en el grupo de control dicha baja es significativa, aunque mucho más leve, ( $W=0,270$ ;  $p=0,003$ ).

A pesar de que todas las participantes han vivido un acontecimiento de agresión que ha sido capaz de provocar síntomas significativos de malestar general en las distintas esferas de la persona, como la reexperimentación del evento, la evitación, hiperactivación y síntomas

clínicos subjetivos, podemos dar cuenta que ambos grupos han tenido una disminución significativa, pero que sin embargo, el grupo experimental ha presentado una disminución general de las sintomatologías mucho mayor, lo que da cuenta que el haber participado del taller ha aportado de forma fundamental en un estado actual de bienestar.

## 11. Análisis para la variable Registro diario

En primera instancia se muestran las comparaciones por grupo para todas las mediciones según el grupo de pertenencia utilizando la prueba de Mann – Whitney.

Tabla N° 23 Comparaciones Registro diario por grupo para 1° medición

	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Registro diario</b>	Experimental	26	50,42	12,78	U=138,5
	Control	22	38,86	12,37	P=0,002

Se observa en la tabla N° 23, que el grupo experimental presenta un puntaje más alto que el grupo de control (U=138,5; p=0,002).

Las participantes presentaban una serie de síntomas intensos que estaban asociados a manifestaciones agresivas en contexto de aula, estas las describieron en forma de autoreporte.

Las sintomatologías presentadas en porcentaje de acuerdo a su coincidencia con las otras participantes son: en primer lugar la angustia, en donde el 85% de las participantes coincidían en este síntoma, luego el sigue la sensación de no control o incapacidad de manejo en donde al 69% de las participantes compartían este síntoma, en tercer lugar la sensación de carencia de herramientas con un 58% de coincidencia, en cuarto lugar la sensación de vulnerabilidad con un 58%, le sigue la evitación asociativa del evento con un 54%, en sexto lugar nerviosismo como un 46%, en séptimo lugar sensación de culpabilidad con un 42%, en octavo lugar autovaloración personal disminuida con un 38%, en noveno lugar la de que a

raíz del evento de agresión les trajera una sensación de afectar negativamente sus relaciones sociales con un 38%, en décimo lugar síntomas fisiológicos como temblores, sudoración, otros con un 31%, le sigue la sensación de responsabilizarse del evento con un 27% de coincidencia, en doceavo lugar estar en estado de alerta, sobresaltada con un 23%, le siguen disminución del placer o disfrute con 23%, miedo o pánico con 19%, sensación de no cumplir metas futuras con 19%, recuerdos desagradables y irritabilidad con 15%, dificultades de concentración y ansiedad con un 12%, alexitimia focalizada, trastorno de sueño y ingesta medicamento para disminuir el malestar con un 8%.

Tabla N° 24 Porcentaje de las participantes que presentaban sintomatología asociada a vivencia de agresión en aula para grupo de intervención y control.

Frecuencia de la Sintomatología registrada en el Formulario de seguimiento diario

<b>Sintomatología asociada a vivencia de agresión</b>	<b>%</b>
<b>Angustia</b>	85%
<b>Sensación de no control o incapacidad de manejo</b>	69%
<b>sensación de carencia de herramientas y estrategias de afrontamiento</b>	58%
<b>Sensación de vulnerabilidad</b>	58%
<b>Evitación asociativa al evento</b>	54%
<b>Nerviosismo</b>	46%
<b>Sensación de culpabilidad</b>	42%
<b>Autovaloración personal disminuida</b>	38%
<b>Sensación de afectar negativamente relaciones sociales</b>	38%
<b>Temblores, sudoración, otros</b>	31%
<b>Sensación de responsabilizarse del evento</b>	27%
<b>Estar en estado de alerta, sobresaltada</b>	23%
<b>Disminución del placer o disfrute</b>	23%



<b>Miedo o pánico</b>	19%
<b>Sensación de no cumplir metas futuras</b>	19%
<b>Recuerdos desagradables</b>	15%
<b>Irritabilidad</b>	15%
<b>Dificultades de concentración</b>	12%
<b>Ansiedad</b>	12%
<b>Alexitimia focalizada</b>	8%
<b>Trastorno de sueño</b>	8%
<b>Ingesta medicamento para disminuir el malestar</b>	8%

Se observa en la tabla N° 24 que las 5 sintomatologías principales que las participantes manifiestan producto de la vivencia de agresión son: Angustia, que aparece en el 85% del total de participantes, sensación de no control o incapacidad de manejo con un 69%, sensación de carencia de herramientas y/o estrategias de afrontamiento, junto con la sensación de vulnerabilidad, ambas con un 58% y la evitación asociada al evento con un 54%.

Tabla N° 25 Comparaciones Registro diario por grupo para 2° medición

	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
<b>Registro diario</b>	Experimental	26	10,5	4,51	U=8,0
	Control	22	31,86	10,46	P<0,001

Se observa en la tabla N° 25, que el grupo experimental presenta un puntaje significativamente más bajo que el grupo de control (U=8,0; p<0,001).

Tabla N° 26 Comparaciones Registro diario por grupo para 3° medición

	<b>GRUPO</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>D S</b>	<b>MANN WHITNEY</b>
--	--------------	----------	--------------	------------	---------------------

<b>Registro diario</b>	Experimental	26	8,38	3,70	U=6,5
	Control	22	28,91	9,99	P<0,001

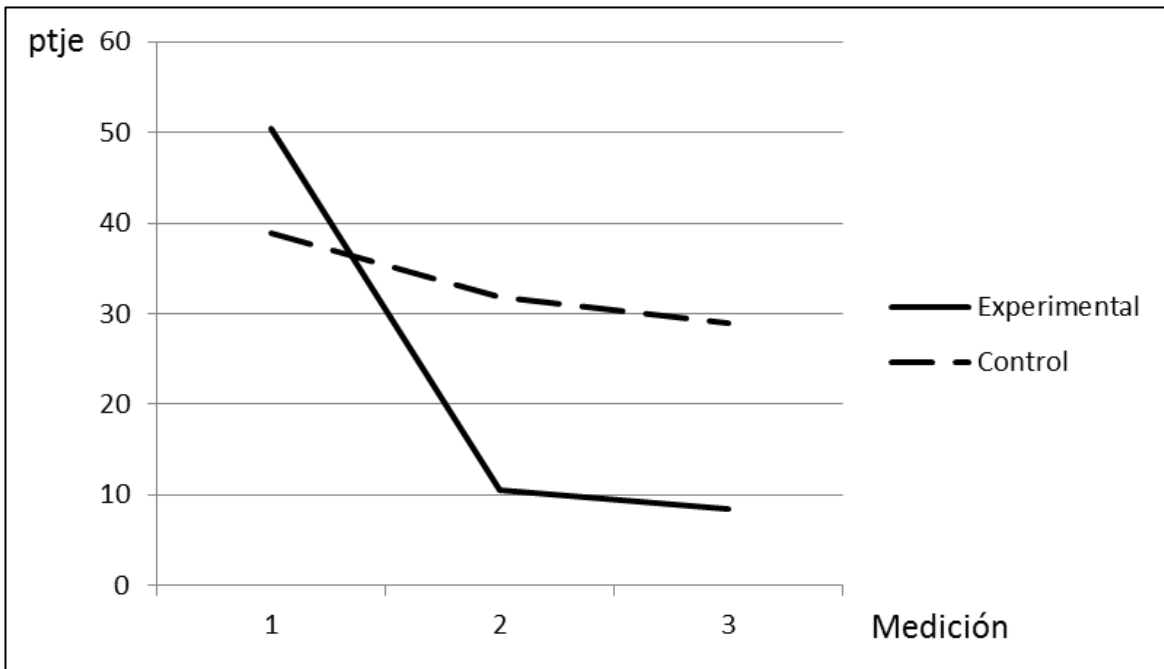
Se observa en la tabla N° 26, que el grupo experimental presenta un puntaje significativamente más bajo que el grupo de control (U=6,5; p<0,001).

El grupo experimental, a diferencia del grupo de control, ha disminuido todos los síntomas presentados y descritos en su auto - reporte. Lo que implica una disminución de la angustia, una mayor sensación de control o que tienen las capacidades para manejar como se relacionan con el evento vivenciado y manejar con mejores herramientas situaciones similares en caso de volver a vivirlas, ha aumentado una sensación interna de seguridad, muy al contrario de la sensación de vulnerabilidad que sentían al comienzo, se relacionan de forma distinta con el evento, en el sentido que ya pueden conectarse con él sin evitarlo, ya no es parte de su experiencia el nerviosismo, la culpa, la ansiedad, el miedo y a irritabilidad inicial lo que implica una nueva forma de relacionarse con la experiencia y consigo mismas, y su autovaloración personal ha aumentado positivamente, entre otras.

## **12. Análisis de tendencia para Registro diario**

Se presentan los análisis de tendencias para cada factor medido por el EGEP. Para evaluar si las tendencias fueron significativas se utilizó la prueba de Kendall separada para cada grupo.

Figura N° 12 Gráfico de tendencia para Registro diario



Se observa en el gráfico N° 12 que la variable presenta una tendencia disminuir en ambos grupos. En el caso del grupo experimental esta baja es abrupta entre la 1° y la 2° medición, en tanto que en el grupo de control la baja es más estable, aunque leve.

Tabla N° 27: Análisis de tendencia para Síntomas clínicos separada según grupo

	GRUPO	1° MEDICIÓN	2° MEDICIÓN	3° MEDICIÓN	PRUEBA DE KENDALL
<b>Registro diario</b>	Experimental	50,42	10,5	8,38	W = 0,938; P<0,001
	Control	38,86	31,86	28,91	W = 0,355; P<0,001

Se observa en la tabla N° 27 que ambas tendencias encontradas en el gráfico son significativas (W=0,938; p <0,001 para el grupo experimental; W=0,355; p <0,001 para el grupo de control).

Algunas de las expectativas, al diseñar e implementar este taller en la muestra que fue aplicado, fue integrar herramientas que pudieran ayudar a las educadoras a disminuir la sintomatología asociada a vivencias de agresión y manejar algunas situaciones estresantes con los alumnos autistas. Si bien no se implementó una metodología cualitativa que diera cuenta de la valoración subjetiva de los contenidos de las sesiones, se pudo observar la adherencia y la mejor expresividad de las técnicas corporales durante las sesiones a medida que el taller avanzaba como así mismo la actitud de recogimiento durante los ejercicios de meditación.

Pareciera ser que las participantes necesitaban entrar por otra vía del conocimiento, tal como la corporalidad y la respiración para abordar una temática que al menos era angustiosa para ellas.

#### **IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES**

##### **1. Conclusiones**

Se evidencian los efectos beneficiosos reportados por la investigación sobre Mindfulness en conjunto con los aportes del Aikido en cuando a su filosofía y práctica; en este sentido, desde ambas prácticas se incorporó el trabajo de conciencia plena, el trabajo de la praxis corporal y el trabajo relacional, transformándose en una intervención preventiva efectiva en la población de profesionales que vivencian situaciones de agresión o manifestaciones disruptivas caracterizadas por ser recibidas de forma constante y permanente y que han generado diversas sintomatologías y consecuencias en la salud previniendo con ello la generación potencial de diversos cuadros diagnósticos.

Respondiendo al objetivo que buscaba evaluar el efecto de un taller de mindfulness y Aikido en mujeres que trabajan con niños(as) con espectro autista y manifestaciones agresivas y/o disruptivas, en base a los resultados obtenidos, es posible identificar evidencia a favor de ciertos efectos positivos de este taller en sus participantes. En este sentido expondremos cuatro conclusiones siendo las tres primeras relacionada con las hipótesis plateadas.

**1. En cuanto a la primera hipótesis planteada “el taller de Mindfulness y Aikido incrementa los niveles de Mindfulness en las mujeres participantes del taller”:**

En base a los resultados expuestos se puede observar que la interacción entre el factor tiempo y grupo sería estadísticamente significativa. La tendencia indica la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención. Se identificó además que el grupo en el cual se producen estas diferencias fue en el grupo de intervención.

Este conjunto de evidencia indica que pertenecer al grupo de intervención, que recibió el taller, se relacionaría con el aumento en los puntajes de mindfulness, al comparar las mediciones pre y post taller, a diferencia de quienes pertenecían al grupo de control.

En base a los resultados obtenidos habría evidencia a favor de dicha hipótesis, lo cual es concordante con lo señalado en la literatura sobre el taller en otras poblaciones. En este sentido, Salcido (2014) en su estudio acerca de Mindfulness para regular emociones, realizado en Málaga, España, aporta evidencia en favor del incremento en estas variables en el mejoramiento en el afecto positivo y una disminución en el afecto negativo; además de percibirse con un menor malestar personal.

**2. En relación a la segunda hipótesis, “el programa de mindfulness y Aikido reduce los niveles de sintomatología en las mujeres participantes del grupo de intervención”.**

Tras la comparación de los puntajes obtenidos previos y posteriores al taller, las participantes del mismo evidencian una reducción estadísticamente significativa en los niveles de sintomatología asociada a las vivencias de agresión y/o manifestaciones disruptivas, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, mostrando el primero una disminución alta y en el segundo una disminución leve.

Este estudio reveló que el mayor efecto de la intervención se dio en la reducción de los síntomas de estados emocionales negativos, lo que concuerda con lo señalado en un estudio realizado por A. Langer, C. Schmidt, J. Aguilar-Parra, C. Cid y A. Magni (2017) en Santiago de Chile basado en el Taller *Mindfulness y promoción de la salud mental: efectos de una intervención en el contexto educativo* se pudo determinar que la consecuencia observada fue

efectivamente una disminución de estados emocionales negativos de la población que participó de tal intervención.

Además, Medeiros, S (2012) sugiere que la práctica de Mindfulness propone una forma diferente de relacionarse con la experiencia dolorosa. Esta otra forma de relación con el dolor se basa en la visión clara de lo que está sucediendo, desde un estado de ecuanimidad y autocompasión (o trato amable hacia uno mismo). Para que esto ocurra, lo que es fundamental el reconocimiento del sentir íntimo sobre lo que está ocurriendo en el momento presente, buscando la identificación de la emoción lo más nítidamente posible (sea miedo, dolor, incertidumbre, rabia, u otra). En el caso de las participantes del taller de esta investigación el sentir íntimo tenía relación por ejemplo con sensaciones angustiosas, carencia de herramientas, sensación de vulnerabilidad, evitación asociativa al evento, nerviosismo e irritabilidad.

Relativo a estas vivencias internas, en la literatura Segal, Williams y Teasdale (2006) indican que el cambio en los niveles de depresión y en la emocionalidad negativa proviene del desarrollo de la habilidad de "descentramiento" o "distanciamiento", que corresponde a la capacidad de observar pensamientos, emociones y sensaciones corporales, tanto negativas como positivas, sin dejarse llevar por las reacciones automáticas que éstas gatillan y tomándolos en su real dimensión, sólo como pensamientos, lo que a su vez contribuye en la disminución de la tendencia a la "rumiación mental". Postulamos que esto es lo que ocurrió en gran medida con la muestra de esta investigación.

Por otra parte, y para ampliar lo recién afirmado, Neff (2012) señala que una de las consecuencias de la práctica de mindfulness es la capacidad de ir y venir, estar en el presente, pero también ser capaz de tomar perspectiva y no sobre-identificarse en los momentos de dificultad; serían por lo tanto habilidades complementarias claves que aportarían al bienestar psicológico y a la reducción de síntomas, incorporando con la dimensión "amplificadora", una actitud bondadosa hacia uno mismo.

Por tanto, las participantes post taller, tienen una mayor capacidad para estar presentes, detenerse y además, en un segundo tiempo, "observar con mayor perspectiva". Esto iría de

la mano con el aumento de la capacidad de utilizar nuevas estrategias recursos y herramientas (cuyo uso de los ejercicios de Aikido influye) para relacionarse con las vivencias de agresión. Existe entonces, un aumento de la capacidad para mirar lo desagradable y relacionarse más sanamente con las emociones negativas. La actitud ante lo que les ocurría fue cambiando, empezó a ser diferente, a nivel íntimo era algo nuevo, sin necesidad de que hubiera una diferencia de escenario.

### **3. Sobre la tercera hipótesis que sostenía que “los efectos producidos por el taller de Mindfulness y Aikido se mantendrán en las mujeres participantes, luego de 4 meses de haber concluido el taller”**

Los resultados indican datos estadísticamente significativos a favor de dicha hipótesis, tanto para la mantención del aumento de los niveles de mindfulness en el grupo de intervención, junto con la disminución de la sintomatología para ambas pruebas (EGEP y formulario de seguimiento diario Target Complaints), lo cual va en la misma línea de lo señalado en la literatura sobre la mantención de los efectos de los talleres mindfulness en otras poblaciones (Neff, 2012; Neff & Germer, 2013).

En general, el practicar Mindfulness ha demostrado que efectivamente reduce notablemente los síntomas de ansiedad, estrés y depresión, los cuales se ha comprobado, que se mantienen en el tiempo de acuerdo a estudios de seguimiento. Algunos estudios elocuentes en este sentido (Kabat-Zinn, 1992; Millar, 1995; Baer, 2006; Brown & Ryan, 2003) . son los que señala la mantención de los resultados debido a la práctica de Mindfulness como preventor de la reincidencia de episodios depresivos en pacientes que habían recibido tratamiento para la depresión.

Sumado a lo anterior, en relación al mantenimiento de los efectos que provoca el participar de una intervención basada en Mindfulness, se tiene por ejemplo los resultados de la investigación; “Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness)” de Clemente (2009), en donde sus resultados demuestran que las técnicas de

meditación para el desarrollo de la conciencia plena son efectivas como apoyo para la disminución de los niveles de estrés y ansiedad, ya que las reducciones significativas se mantuvieron en el grupo experimental 6 meses después de finalizada tal intervención.

Investigaciones como las señaladas entonces indican, que intervenciones, realizadas en las personas que participan del programa de entrenamiento y práctica de la conciencia plena, impulsan a las personas a aprender una serie de habilidades y estrategias, que luego incorporarían a su vida cotidiana. Por lo tanto, se desprende que las técnicas de Mindfulness constituyen efectivamente una opción tanto terapéutica como preventiva.

**4.** Por otro lado, si nos detenemos a mirar lo que ocurrió con el grupo control, un punto no menos importante de destacar en los resultados de la investigación, es la disminución significativa respecto al nivel de sintomatología, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, mostrando el primero una disminución alta y en el segundo una disminución leve.

Además, otro resultado tiene que ver con el análisis de tendencia para los niveles de Mindfulness en las participantes, en donde el grupo experimental muestra un alza significativa entre la 1° y la 2° medición. Para el grupo de control, por el contrario, el análisis de tendencia total se mantiene estable, y en su desglose para cada factor medido por el FFMQ mostraron una alza leve en los factores “reactividad” y “juicio”, manteniéndose constantes en el factor “actuar” y una tendencia a la baja en los factores “describir” y “observación”.

Por tanto, los puntajes del grupo de control que tienen que ver con una tendencia a una disminución significativa leve de sintomatología, aun cuando no han participado del taller y la tendencia de los niveles de mindfulness fue mantenerse.

Estos resultados podemos entenderlos, desde una comprensión humanista como la expresión de algunos principios psicológicos inherente al ser humano. Ante las vivencias de agresión de las participantes -de las cuales se han manifestado diversas sintomatologías asociadas- ha ocurrido, como se ha visto en los resultados de esta investigación y recién hemos comentado, hay una tendencia a disminuir los síntomas; en otras palabras una tendencia a la posibilidad de dirigirse naturalmente a un bienestar.



Esto se concuerda totalmente con un principio filosófico humanista que postula que la naturaleza humana es positiva, como algo primario, en donde las personas se inclinan hacia el crecimiento, la salud y al bienestar y no a lo opuesto, tal como afirma Cerda (2007). En concordancia, Pezzano (2008) afirma que el ser humano se mueve en ciertas direcciones: hacia lo positivo, lo constructivo, hacia la autorrealización.

En otras palabras, se está apuntando al principio humanista de *auto-regulación orgánica*, el que Ruiz et al. (2015) destaca como una energía, fuerza, un impulso interno que nos surge, que nos guía y en el que podemos confiar.

Siegel (2012) nos aporta la idea que el ser humano puede aprender a desarrollar la plena conciencia, y con ello podemos acabar sintiéndonos más capacitados, sin perder de vista que “las fuerzas positivas hacia la salud son naturales e innatas en el organismo” (Rage, citado en Gimeno, 1986. p.4). De esta forma, se logra una comprensión de cómo las participantes, con el paso del tiempo logran ir disminuyendo progresivamente los síntomas aun sin participar del taller o integrando a su vida cotidiana algún proceso especial, como psicoterapia, focalizado a disminuir la sintomatología. Así, Picó (2014), recalca que el organismo tiene una capacidad de autorregulación, es decir, tiende a regular sus necesidades por sí solo, tiende a corregir sus desequilibrios e ir hacia la estabilidad.

Es decir, los ejercicios y el desarrollo de la capacidad de mindfulness son un aporte a nuestra capacidad natural de auto-regulación que podemos desarrollar y potenciar,

de modo que podemos comprender que las participantes que no han asistido al taller tienen un impulso propio que las ha conducido al bienestar y ha contribuido a disminuir progresiva y paulatinamente los síntomas derivados de las vivencias de agresión. Tal como señaláramos en marco conceptual Cerda (2006), afirma que los seres humanos no necesitamos tanto de educación, instrucciones o consejos como de espacio y tiempo para que nuestras fuerzas interiores emerjan o se manifiesten. Si se permite a éstas seguir su curso natural reportarán efectos beneficiosos. Las personas se ven impulsadas “desde dentro” a preservar su bienestar básico, la naturaleza tiende a la auto-preservación óptima, la naturaleza es sabia.

Según Cullen & Brito, (2015) cuando se refieren a un programa de mindfulness, mencionan que los ejercicios están diseñados como una guía y complemento en el proceso de aprendizaje experiencial hacia el equilibrio, un proceso en el que se irá aprovechando gradualmente los propios recursos interiores para sanar y fortalecer.

Por otra parte, según Siegel (2012), el aprender la plena conciencia nos ayudará a que nuestros buenos momentos sean aún mejores y a afrontar más eficazmente los malos. Es así como desde el desarrollo de las capacidades de mindfulness como complemento a esta fuerza natural del organismo – además sumado a los ejercicios de Aikido de este taller- puede entenderse como las participantes del grupo experimental, que si aumentaron significativamente sus niveles de mindfulness, disminuyeron significativamente su nivel de sintomatología. En definitiva, como dice Jon Kabat-Zinn (2015), son muchos los caminos que pueden conducir a la comprensión y a la sabiduría. Cada uno debe trazar su propio recorrido.

## **2. Discusiones:**

A partir de los principales resultados y conclusiones del estudio, se discutirán 2 temas centrales. 1. La relevancia terapéutica que tiene la dimensión de la relación con el cuerpo, el trabajo corporal y conciencia plena, 2. El valor terapéutico de una intervención de mindfulness y Aikido.

### **1. La relevancia terapéutica que tiene la dimensión de la relación con el cuerpo, el trabajo corporal y conciencia plena.**

De acuerdo a los resultados que indican que el taller de mindfulness y Aikido incrementarían los niveles de Mindfulness, se muestra un alza significativa en las facetas de Mindfulness que tienen que ver con: actuar en conciencia, no juicio ante las experiencias y la no reactividad.

Esto demostraría que, surge una característica fundamental del taller de mindfulness y Aikido que apunta en gran medida a un trabajo corporal en conciencia plena, que implica una relación nueva con el propio cuerpo. Esto queda de manifiesto con el incremento significativo

de mindfulness, en específico la faceta de “actuar en conciencia”, cuestión que se despliega en lo cotidiano, por medio de la experimentación de nuevas formas de relacionarse con los otros, desarrollando la focalización de la conciencia en el presente.

En este sentido Damasio (1999), al definir la emoción como la combinación del proceso mental simple o complejo con las respuestas del cuerpo, asegura que las emociones, tales como la alegría, tristeza, temor o disgusto, corresponden a estados corporales, que no solo se experimentan sino que también se expresan en los comportamientos, y así los estados del sentir (felicidad o angustia), existen ligados a las señales o marcadores somáticos.

El cuerpo es una entrada importante para la conexión con nuestro ser y su desarrollo. De esta manera Varela (2016) menciona que:

El enlace entre el ser y la existencia es nuestro cuerpo. Este enlace, lo más íntimo de nosotros, es un legado primordial, un orden implícito que informa toda experiencia y todas aquellas actividades más familiares y mundanas que calificamos como humanas. (p.108)

Entonces, la experiencia no debe ser estudiada como si los pensamientos, las emociones y existieran escindidas de la la vivencia corporal, porque están ligadas constitutivamente. Por lo tanto, se sostiene que la cognición depende de las formas de experiencia generadas del hecho de tener un cuerpo con diversas habilidades sensorio-motrices; y que tales habilidades, que son individuales, se instalan al mismo tiempo en un contexto biológico y cultural más amplio. Enfatizando que los procesos sensorio-motrices, la percepción y la acción, son fundamentalmente inseparables en la cognición vivida. Varela (citado por C. Ojeda, 2001)

El modo de relación con el cuerpo posee una significativa influencia terapéutica, ya que es la relación más cercana que podemos establecer. Desde otros contextos terapéuticos esta relación puede quedar en segundo plano, o simplemente desatendida. Hemos sostenido que este estudio tiene como marco teórico referencial, la psicología humanista o tercera fuerza, cuyo fundamental aporte es incluir el cuerpo y trabajar con él en contextos de cambio, más allá del tradicional recurso de la palabra. Este taller, enmarcado en este marco global enfatizó poner el foco en la relación con la propia experiencia desde el cuerpo.

Solo centrar el trabajo en la cognición no es suficiente, en este sentido el cuerpo se transforma en una herramienta muy importante ya que la mente y las emociones deben estar encarnada en el cuerpo. De esta manera, la mente no es un ente abstracto. Varela (citado en Careaga y Parada. s/f) lo señala de diversas formas y aporta así una comprensión social más digna: “La mente y las emociones pueden ser educadas y entrenadas. El cuerpo no solo nos hace humanos sino que también nos limita y da en parte forma al pensar”.

El trabajar con el cuerpo invita a una nueva relación con este, nos adentra en la posibilidad de contactarnos con nosotros mismos y relacionarnos también de otra forma con las experiencias que nos ocurren o sentimos. La conciencia en las sensaciones del cuerpo, permitiría a los individuos identificar con anterioridad los síntomas de malestar físico, ayudaría a establecer las causas e iniciar con mayor rapidez estrategias de afrontamiento para prevenir sus consecuencias. Este efecto de auto-regulación también se produce a medida que una persona es consciente de sus emociones básicas: miedo, enfado y tristeza, permitiéndole expresarlas con un comportamiento más adecuado a las circunstancias.

En conjunto con el desarrollo de una nueva forma de relacionar con el cuerpo surge además la posibilidad de poder actuar, movernos de forma distinta, movilizarlos y esto conduciría a una sensación de bienestar. Esta idea tiene relación con el incremento significativo de la faceta “actuar en conciencia”.

Otro aporte de la literatura que ilumina este punto, es el que nos entrega Maturana mencionando que lo que distinguimos cuando hablamos de emociones es el dominio de acciones en que el organismo observado se mueve. De aquí que yo diga que las emociones corresponden a disposiciones corporales que especifican el dominio de acciones en que se mueve un organismo, también digo que las distintas acciones humanas quedan definidas por la emoción que las sustenta y que todo lo que hacemos lo hacemos desde una emoción. (s/f, p.3)

De acuerdo a Maturana y Varela (2015), “los organismos humanos se hallan siempre en una dinámica emocional, en un fluir de un dominio de acciones a otro en la historia de sus interacciones recurrentes” (p. 7). De esta manera el actuar en la vida con conciencia acarrea

Respecto al incremento significativo de la faceta “no reactividad”, en conjunto con el desarrollo de una nueva forma de relacionar con el cuerpo implica además la posibilidad también de actuar de una forma diferente, saliendo de una reacción espontánea cargada de emocionalidad como angustia, rabia, miedo, etc. y en este sentido poder decidir actuar en conciencia utilizando los recursos internos.

Para poder aprovechar esta capacidad auto-reguladora del organismo la técnica MBSR enfatiza la necesidad de “parar y ver antes de actuar”, permitiendo así una pausa entre el estímulo y la respuesta. Esta pausa permitiría activar los recursos internos disponibles que facilitan afrontar adecuadamente la situación, en vez de dejar-se llevar por reacciones instantáneas y automáticas. (Kabat-Zinn, 2003).

Estas habilidades que tienen relación con el relacionarse con el propio cuerpo, con la posibilidad de actuar y reaccionar de forma distinta pueden ser entrenadas para distintos contextos, desde ámbitos clínicos, laborales o la vida cotidiana para lograr una mayor sensación de bienestar. y los hallazgos de este estudio nos confirman las afirmaciones de estudiosos del tema ya mencionados.

## **2. El valor terapéutico de una intervención de mindfulness y Aikido**

De acuerdo a los principales resultados cuantitativos, las participantes han modificado su experiencia disminuyendo significativamente sus sintomatologías contribuyendo esto de forma importante en sus vidas. En este sentido con el entrenamiento realizado en el taller se experimentó un proceso terapéutico de cambio.

El trabajo realizado en el taller buscó re-definir el modo en el cual las participantes se relacionaban con su cuerpo y su propia experiencia, y en este sentido, las prácticas de mindfulness y aikido vividas en el espacio del taller dieron la posibilidad de trabajar modos de afrontamiento ante diversas sintomatologías provocadas por vivencias de agresión. La sintomatología cambia cuando me relaciono con el cuerpo de forma distinta. El trabajo corporal en conciencia contribuye a una mayor conexión interna, lo que conlleva a un estado de calma, y a su vez a una actitud de mayor empoderamiento, potenciándose la auto-

confianza, contribuyendo a la auto-regulación emocional y por ende abriendo nuevos caminos ante las experiencias.

Esto se condice con lo expuesto por Jordi (2016):

Las técnicas de Aikido están diseñadas para ir generando en el aikidoka un estado de ecuanimidad, calma y valor. Esas son las cualidades y los resultados terapéuticos que surgen cuando nos desembarazamos del miedo, la rabia y el desaliento. Los elementos que a ello cooperan son, además de las técnicas en sí, determinados sistemas de respiración, visualización y determinadas configuraciones corporales.

De esta forma entrenar una nueva relación con el propio cuerpo desde la conciencia plena también aportan a entrenar las vivencias emocionales, es así que:

Varela apunta varias veces que tenemos emociones que pueden ser aflictivas y problemáticas, neutras o benéficas socialmente. El adjetivo descalificatorio de que es una "persona emocional" apunta a que culturalmente las emociones no se entrenan ni se educan habitualmente. Varela no comparte esto. Lo importante es que las emociones se pueden educar socialmente con un enorme sentido social. (Careaga y Parada, s/f, p. 14)

Es así como desde un trabajo corporal en conciencia plena, en la literatura se afirma que influye en como cada persona se relaciona con sus propias emociones.

Solo con la postura y la respiración, la emoción cambia y el carácter se asienta. Si a esto le añadimos la potencia enorme que confiere el estado de "relajación viva", que es cuando aprendemos a no tener zonas vacías de mente en nuestro cuerpo, el resultado es el aumento y consolidación de una confianza básica que es lo que nos permite guiar las situaciones y resolver los conflictos pacíficamente. (Serra, 2016)

De la mano con la idea anterior que apuntaba a como la sintomatología cambia en base a como me relaciono con mi cuerpo de forma distinta, también es importante la idea de que la sintomatología cambia cuando yo me relaciono con mi experiencia de forma distinta. Esto queda de manifiesto con el aumento significativo de la faceta del no juicio ante las experiencias.

La primera característica de la atención plena reside en la capacidad de la mente de observar sin juzgar, sin criticar y sin reaccionar a la experiencia tal y como es en el momento presente. En la práctica, el desarrollo de la capacidad de observar sin juzgar, ni criticar requiere, el desarrollo de una actitud de compasión, amabilidad y cariño hacia la propia experiencia, como si fuéramos nuestro mejor amigo/a. (Miró, 2006, p. 40)

Por otro lado, y con la intención de dialogar con la literatura revisada, en relación a las habilidades entrenadas y desarrolladas, las participantes tienen una mayor capacidad para relacionarse más sanamente con las vivencias de agresión o situaciones disruptivas. La posibilidad de relacionarse con el cuerpo de forma distinta, relacionarse con su propia experiencia con la capacidad de actuar en mayor conciencia, de no juzgar y la no reactividad tiene relación con estar en el momento presente, detenerse y observar lo desagradable o perturbante y relacionarme sanamente con las emociones o pensamientos que surjan de esas vivencias independiente que estas situaciones no cambien, la disposición y su actitud si es diferente.

Los contenidos psicoterapéuticos tratados y las prácticas de mindfulness y aikido entrega habilidades y estrategias para el desarrollo de una vida mas consciente y plena, en este sentido los resultados del taller no solo favorecen la sintomatología provocada a un contexto, sino que favorece la toma de conciencia y el asumir la responsabilidad del modo como me relaciono con mi experiencia.

En este sentido, postulamos que las prácticas de Mindfulness y Aikido podrían ser un aporte como una propuesta de modelo terapéutico para ser utilizado como estrategias de intervención frente a vivencias o situaciones derivadas de la agresión.

Por último, el desarrollo de las habilidades de mindfulness y aikido, trascienden el bienestar individual y se amplian también en cierta forma al bienestar relacional. En este sentido queremos subrayar también la modalidad grupal del taller, que sabemos que es una intervención bastante eficaz. De acuerdo a varios autores como Avard Kolk (1987), Erikson (1950, 1983), Jiménez y Pérez (2002), las terapias grupales tienen como objetivo:

Compartir experiencias, éxitos, fracasos, información y recursos son algunas de las posibilidades que ofrecen estos grupos. Considerando que el evento traumático genera un estado de desequilibrio en el sujeto, la labor más urgente de los terapeutas es ayudarle a los sujetos a recuperar el sentimiento de control y estabilidad que se perdió o se vio afectada tras éste. El correcto desarrollo de la "confianza básica" se constituye en un pilar fundamental del desarrollo de la personalidad. Este concepto hace referencia a la sensación de seguridad, de ser cuidado y de relacionarse con otras personas. Cuando un sujeto asiste a psicoterapia de grupo tras una situación traumática, la "confianza básica" se ha visto amenazada y por ende mediante este proceso es necesario que se recobre. (Citados por Vallejo y Terranova, 2009, párr.44). Esto es lo que se observó en las participantes del taller de esta investigación.

### **3. Limitaciones y aspectos a desarrollar del presente estudio**

*Principales limitaciones* El presente estudio tiene una serie de limitaciones, que resultan relevantes de ser mencionadas, con el fin de reconocer el alcance de los resultados y conclusiones, y con el fin de ser consideradas en futuros estudios.

**En primer lugar**, no se pudieron cumplir las condiciones metodológicas ideales, propias de un diseño clínico experimental. Se realizó un estudio cuasi-experimental, donde el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, en este sentido las participantes fueron asignadas por el investigador en conjunto con la Directora académica de la carrera de Educación Diferencial, esto debido a razones prácticas, ya que tanto el grupo experimental y grupo de control correspondían cada uno a un curso (cuarto año realizando su práctica profesional) de la carrera Educación diferencial en el contexto del ramo "conductas disruptivas" por lo que se destinó las horas de clases a la realización del taller. De esta forma se invitó a las mujeres a participar en el taller y al grupo de control.

La elección de los participantes, quienes dada las dificultades contextuales encontradas y a la característica de la población no fue posible aleatorizar su asignación al grupo de intervención y control. Si se hacía aleatoria la asignación a los grupos, existía un alto riesgo que algunas participantes no asistieran o no se mantuvieran como parte del estudio en virtud de que se debía fijar un horario alternativo. Por lo tanto, se hace necesario considerar en



futuras investigaciones sería interesante poder tener una metodología clásica de diseño experimental, que incluya la aleatorización de las participantes al comienzo del estudio. No obstante, el diseño utilizado y los recursos implementados como estudio cuasi-experimental, contaron con la rigurosidad del caso.

**En segundo lugar**, resulta relevante señalar otra dificultad práctica relativa al criterio de inclusión de que la agresión de las participantes en el taller hubiese sido en aula. El taller tuvo que realizarse considerando a todas las mujeres que constituyeron el curso académico tanto para grupo experimental como grupo control, y ocurrió al llegar al contexto investigativo real, que no todas las mujeres cumplían con las condiciones de la agresión ocurrida en aula, sino algunas de ellas recibieron estas en otros contextos situacionales. Es decir, toda la muestra había sufrido agresión en algún contexto. De esta manera de un total de 41 mujeres en el grupo experimental 26 cumplieron con los criterios de inclusión de la agresión en aula y de las 34 del grupo de control 22 han cumplido con este criterio.

**Una tercera limitación** del presente estudio fue que no se consideró la evaluación directa de los efectos del taller sobre los familiares, amigos y grupo de pares en sus lugares de trabajo de las participantes. En términos metodológicos, los resultados cuantitativos se realizaron únicamente a partir de auto-reportes de las participantes. En futuros estudios se recomienda establecer algunas medidas directas para indagar los efectos del taller complementándose con otras evaluaciones de terceros, como psicoterapeutas, familiares y personas pertenecientes al lugar en donde se trabajan con niños con espectro autista ya sea por su grupo de pares o evaluar el impacto de la relación con los mismos niños producto del cambio, lo cual podría realizarse mediante entrevistas en profundidad y cuestionarios, incorporando una dimensión relacional a la evaluación.

**Una cuarta limitación** del presente estudio tiene relación con ocupar solo una metodología cuantitativa para evaluar los efectos del taller. En futuros estudios se recomienda integrar una metodología cualitativa, que permita contrastar y complementar resultados.

#### **4. Aspectos a desarrollar y posibles futuras líneas de investigación**

En base a los resultados y conclusiones alcanzados en el presente estudio, se generan **nuevas interrogantes** que podrían ser abordadas en futuros estudios, como por ejemplo: ¿Se mantienen o amplían los efectos del taller tras 1 año de la intervención? ¿Qué efecto tendría el taller indirectamente como complemento a la psicoterapia? ¿Qué efectos tendría un estudio con similares características en una población con sintomatología similar asociada a vivencias de agresión como familias, mujeres u hombres que sufren de violencia intrafamiliar u otros profesionales que por su ejercicio conviven con vivencias de agresión y vivencias disruptivas? ¿Qué efectos tendría una intervención como la realizada en una población de hombres con sintomatología asociada a vivencias de agresión? ¿Qué efectos tendría una intervención como la realizada en una población de niños y niñas con sintomatología asociada a vivencias de agresión? Dando un paso más allá del contexto clínico, surge la pregunta de si ¿Los efectos del taller serán similares o diferentes en la población adulta general?

Por último, debido a los resultados obtenidos sobre la reducción de sintomatología asociada a vivencias de agresión y/o manifestaciones disruptivas resulta relevante explorar los efectos del taller en otras poblaciones, como por ejemplo en personas como profesionales del área de la salud y personal del ámbito de salud, educación y que trabaje en los servicios públicos, tales como médicos, enfermeras, asistentes sociales, docentes, psicólogos, etc. Así mismo resultaría relevante integrar estas prácticas al contexto académico en las

Universidades como aporte a la malla curricular integral y formativa del futuro profesional del Psicólogo

## V. REFERENCIAS

### Referencias Bibliográficas.

- Allik, H., Larsson J. & Smedje, H. (2006). *Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. Health and quality of life outcomes*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- Araya, C. (2016). *Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en Mindfulness y autocompasión, en mujeres con síntomas de ansiedad que viven en*

*sectores de vulnerabilidad psicosocial*. (Tesis Doctoral), Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Badino, C. (2012). *Vivir y morir plenamente Mindfulness: simplificando mente cerebro cuerpo*, Buenos Aires, Argentina: Edición del Autor.
- Bados, A. (2015) *Trastorno por estrés postraumático*, España: Universidad de Barcelona. Recuperado de: <file:///C:/Users/casa/Documents/TEPT.pdf>.
- [Bados, A. y García, E. \(2011a\), \*Técnicas operantes Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos\*, España: Universidad de Barcelona.](#)
- [Bados, A. y García, E. \(2011b\). \*Habilidades terapéuticas, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos\*. España: Universidad de Barcelona.](#)
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J. Kreitemeyer, J., & Toney, L. (2006). *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness*, *Assessment*, 13(1). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16443717>.
- Barker, E., Hartley, S., Seltzer, M., Floyd, F., Greenberg, J. & Orsmond, G. (2011). *Trajectories of emotional well-being in mothers of adolescents and adults with Autism*, *Developmental Psychology*, 47 (2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21171753>.
- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. (2012). *Mindfulness training effects for parents and educators of children with special need*, *Dev Psychol*, 48(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22409766>.
- Benyakar M., Collazo, C. y De Rosa, E. (2002). *Anxiety by disruption*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com>
- Benyakar, M., Kutz, I., Dasberg, H. & Stern, M. (1989). *The Collapse of a Structure: A Structural Approach to Trauma*, *Journal of Traumatic Stress*, 2(4). Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.2490020407/abstract>.
- Berckham B. (2004). *Cómo defenderse de los ataques verbales*. Recuperado de: [https://www.beetle-clicks.biz/LP\\_TA/index.cfm?T=437420](https://www.beetle-clicks.biz/LP_TA/index.cfm?T=437420)
- Bleichmar, H. (2000). *Biología del trastorno de estrés postraumático, Aperturas Psicoanalíticas*, 6. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000141>.
- Bonilla, C., Blanco, M., Fernández, C., Freund, N. (2011). *Hacia el entendimiento de la violencia. Neurobiología de la agresividad*, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, 74(1). Recuperado de: [http://www.academia.edu/10660291/Neurobiolog%C3%ADa\\_b%C3%A1sica\\_de\\_la\\_Agresividad\\_Neurobiolog%C3%ADa\\_b%C3%A1sica\\_de\\_la\\_Agresividad\\_Basic\\_Neurobiology\\_of\\_Aggression](http://www.academia.edu/10660291/Neurobiolog%C3%ADa_b%C3%A1sica_de_la_Agresividad_Neurobiolog%C3%ADa_b%C3%A1sica_de_la_Agresividad_Basic_Neurobiology_of_Aggression)

- Brown, K. & Ryan, R. (2003). *The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being*, J Pers Soc Psychol, 84(4). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12703651>.
- Brown, K., Ryan, R. & Creswell, D. (2007). *Psychological Inquiry An International Journal for the Advancement of Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary*, Psychological Inquiry, 18(4). Recuperado de: <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t775648164>.
- Bu, B., Haijun, H., Yong, L., Chaohui, Z., Xiaoyuan, Y., Singh, M. (2010). *Effects of martial arts on health status: a systematic review*, J Evid Based Med., 3(4). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21349072>.
- Burch, V. & Penman, D. (2016). *Tú no eres tu dolor: Mindfulness para aliviar el dolor, reducir el estrés y recuperar el bienestar*. España: Kairós.
- Burque J. (2014). *21 beneficios (muy científicos) de Mindfulness*. Recuperado de: <http://jaimeburque.com/blog/21-beneficios-muy-cientificos-del-mindfulness/27/05/2014>.
- Cabazat, E. (2001a). *Abordajes innovadores en el tratamiento del trauma psicológico*, II Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/tratamientos/abordajes-innovadores-en-el-tratamiento-del-trauma-psicologico/>.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. (2001). *Emociones y salud. Ansiedad y Estrés* Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>.
- Capone, G. (2007). *Conductas disruptivas en el síndrome de Down*. Recuperado de: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/94/100-105.pdf>.
- Cardaña, E., Maldonado, J., Galdón, J. M. y Spiegel, D. (1999). *La hipnosis y los trastornos postraumáticos*. España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Recuperado de: [http://rtr.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417308/Cardena-Hipnosis\\_trastornos\\_posttraumaticos.pdf](http://rtr.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4417308/Cardena-Hipnosis_trastornos_posttraumaticos.pdf).
- Careaga, M. y Parada E. (s/f) *Aproximaciones al pensamiento social*. Concepción, Chile: Editorial Papirbit.
- Carlson, L. y Garland, S. (2005). *Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients*, International Journal of Behavioral Medicine, 12 (4), 278-285.
- Carr, E., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J., Kemp, D. & Smith, C. (1996). *Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*. Madrid, España. Editorial Alianza.
- Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia R&A de México. (s/f). *¿Qué es el psicoanálisis?* Recuperado de: <http://www.ryapsicologos.net/psicoanalisis-terapia-psicoanalitica.html>.

- Cholíz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. España: Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe Naciones [CEPAL]. (1993). *Desafíos de la descentralización. Educación y salud en Argentina y Chile*.
- Coquet, M. (2009). *Aikido, el arte de cortar el ego*. Barcelona, España: Ediciones Escuelas de Misterios.
- Critchelet, S. (1995), *A Theory of Ethical Experiencie. An Entailment of a Notion of the subject and Possible Implications for Politics*, en Raphael-Leff, J. (Ed.) *Ethics of Psychoanalysis*. Londres, Inglaterra: Psychoanalytic Publication Series.
- Crocq, L. (2000), *Le retour des enfers et son message*, en *Revue Francophone du Stress et du Trauma*. (s.n)
- Cuellar, R. (2013). *La práctica del Aikido y su efecto sobre el Mindfulness e indicadores de ansiedad y atención en estudiantes universitarios de Costa Rica*. (Tesis de Maestría). Costa Rica: Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
- Cullen, M. y Brito, G. (2016). *Mindfulness y equilibrio emocional*. España, Málaga: Editorial Sirio.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens*. New York: Harcourt Inc.
- Daniels, K.& Thornton, E. (1992). *Length of training, hostility and the martial arts: a comparison with other sporting group*”, *Br J Sports Med.*, 26(3). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1478950/>.
- Davidson, R., Jackson, D. & Kalin, N. (2000). *Emotion, plasticity, context, and regulation: perspectives from affective neuroscience*, *Psychol Bull*, 126(6). . Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11107881>.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., Sheridan, J. (2004). *Alterations in brain and immune function produceb by Mindfulness meditation: three caveats*. *Psychosom Med*, 65(4). Recuperado de. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12883106>.
- Edinburgh, C. (2011). *Developing decision-making skills for performance throught thepractice of Mindfulness in somatic training, Theatre, Dance and Performance Training*. USA. Editorial Board Biographies.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia racional- emotiva*. Bilbao, España: Editorial Desclee Brouwer.
- Fariña, J. (1998). *Ética: un horizonte en quiebra*, Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Foster, Y. (1997). *Brief aikido training versus karate and golf training and university students' scores on self-esteem, anxiety, and expression of anger*, *Percept Mot Skills*, 84(2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9106855>

- Franco, C., Mañas, I. y Justo, E. (2009). *Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness*, *Inclusive Education Journal*, 2(3). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3082166.pdf>.
- Franco-Justo, C., & Navas-Luque, M. (2009). *Efectos de un programa de meditación en los valores de una muestra de estudiantes universitarios*, *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(19). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121984011>.
- Freud, A. (1936) *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires Argentina Editorial Paidós.
- Fuller, J. (1988). *Martial arts and psychological health*. *The Brithish Phycological Society*, Br J Med Psychol 61(4). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3155357>.
- García, S., Tobal, F., Gutierrez, C., Escudero, P. y Castellanos, V. (2014). *Las artes marciales, su origen y actualidad: Una visión enfocada en el Judo, Karate y Wushu*. Recuperado de: [https://www.uv.mx/chinaveracruz/files/2015/04/06\\_Las-artes-marciales-su-origen-y-actualidad.pdf](https://www.uv.mx/chinaveracruz/files/2015/04/06_Las-artes-marciales-su-origen-y-actualidad.pdf).
- Garcia-Campayo, J., Magdalena, J., Magallón, R., Fernández-García, E., Salas, M., Andrés, E. (2008). *A meta-analysis of the efficacy of fibromyalgia treatment according to level of care*, *Arthritis Res Ther.*, 10(4). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18627602>.
- Garland, E. & Gaylord, S. (2009). *Envisioning a Future Contemplative Science of Mindfulness: Fruitful Methods and New Content for the Next Wave of Research*, *Complement Health Pract Rev.*, 14(1). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910917>.
- Garzon-Castrillon, M. y Fisher, A. (2008). *Modelo Teórico De Aprendizaje Organizacional*, *Revista Pensamiento y Gestión*. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3507/4926>.
- Gempp, R., y Avendaño, C. (2008). *Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos*, *Terapia Psicológica*, 26(1). Recuperado de: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100004&script=sci_arttext).
- Germer, C. (2005). *Mindfulness and Psychotherap*". En Germer, C. , Siegel, R. & Fulton, P. (eds). *Mindfulness: What is it: What does it matter?* New York, EE.UU: Guilford Press.
- Gil, J., Barret, P. y Montoya, I. (s/f). *Desensibilización sistemática, Técnicas de exposición e inundación y Técnicas operantes*. Recuperado de: [http://josegil-martinez.es/?page\\_id=849](http://josegil-martinez.es/?page_id=849).
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas. Cómo comprenderlas y dominarlas. Un diálogo científico con el Dalai Lama*. España: Plaza de Edición Barcelona.

- Gomez, A. (2013). *La violencia de alumnos hacia maestros escuelas secundarias de Colima*. México: Universidad de Colima.
- González J. (s/f). *La filosofía del Aikido*. Recuperado de: <https://aikido-venezuela.squarespace.com/s/La-Filosofia-del-Aikido.pdf>.
- Grenn, A. (1990), *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*, Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- Gross, J. (1998). *The emerging field of emotion regulation: An integrative review*”, *Review of General psychology*, 2(3). Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.585.6555&rep=rep1&type=pdf>
- Harvey, E., y Miller, D. (Eds.). (2000). *Loss and Trauma: General and Close Relationship Perspectives*. EE.UU: Edición de los Autores.
- Hölzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T. & Lazar, S. (2011). *Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density*, *Psychiatry Res.*, 191(1). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004979/>.
- Ishii, Y., Suzuki, M. & Haruki, Y. (Eds.). (2007). *Comparative and Psychological Study on Meditation* Netherlands: Eburon.
- Jiménez, A. (2011). *Programa deporte sin insultos. II Seminario Nacional Fomento de la Deportividad y Prevención de la Violencia en el Deporte en Edad Escolar*. E. Vitoria-Gasteiz, España.
- Jordi J. Serra, Dojo Cho, UBK - *Ki Aikido y emociones Catalunya* Recuperado de: <http://www.saludterapia.com/glosario/d/119-aikido.html>
- Justo, C. (2010). *Reducción de la ansiedad, la depresión geriátrica y la preocupación en una muestra de adultos mayores a través de un programa de entrenamiento en mindfulness*, *Revista de Atención Primaria*, 42(11). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-reduccion-los-niveles-estres-ansiedad-S0212656709006532>.
- Kabat-Zinn J. (1990) *Full Catastrophe Living*. New York: Delta (Edición en español en Kairos).
- Kabat-Zinn, J. (1992). *Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders*. Recuperado de: [http://www.columbia.edu/itc/hs/medical/cp4/client\\_edit/topic4/sg3b-1.pdf](http://www.columbia.edu/itc/hs/medical/cp4/client_edit/topic4/sg3b-1.pdf).
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*, *Clin Psychol Sci Pract.*, 10(2). Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/clipsy.bpg016/abstract>.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona, España: Editorial Kairos.

- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). *The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain*, Journal of Behavioral Medicine, 8(2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3897551>.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. & Sellers, W. (1986). *Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance*, The Clinical Journal of Pain. Recuperado de: [http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/1986/02030/Four Year Follow Up of a Meditation Based Program.4.aspx](http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/1986/02030/Four_Year_Follow_Up_of_a_Meditation_Based_Program.4.aspx).
- Kassinove, H. & Chip, R. (2005). *El manejo de la agresividad: manual de tratamiento completo para profesionales*. España: Desclee de Brouwer.
- Kereshian, J., Burd, L. & Avery, K. (2001). *Pharmacotherapy of autism A review and clinical approach*. J.Dev. Phy. Disabil, 13(3). Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016686802786>.
- Lang, P. (1995). *The emotion probe. Studies of motivation and attention*, Am Psychol., 50(5). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7762889>.
- Langer, E. & Moldoveanu, M. (2000). *The Construct of Mindfulness. Journal of Social Issues. The Construct of Mindfulness*, Journal of Social Issues, 56(1). Recuperado de: [http://www.communicationcache.com/uploads/1/0/8/8/10887248/the\\_construct\\_of\\_mindfulness.pdf](http://www.communicationcache.com/uploads/1/0/8/8/10887248/the_construct_of_mindfulness.pdf).
- Lavilla M., Molina, D. y López, B. (2008). *Beneficios del mindfulness para cualquier persona*. España:.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *El Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion*. Free Association Books.
- Lecavalier, L. & Wiltz, J. (2006). *The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders*, J Intellect Disabil Res., 50(3). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16430729>.
- Leira, P. (2011). *Manual de bases biológicas del comportamiento humano*. Uruguay Manuales didácticos de la Udelar.
- Loovas, I. (1981). *El niño autista*. Madrid, España: Editorial Debate.
- Lora, M., Acevedo, I. y Tima, F. (2013) *Técnicas de autocontrol*. Recuperado de: [https://prezi.com/iwiodwmemjw\\_/tecnicas-de-autocontrol/](https://prezi.com/iwiodwmemjw_/tecnicas-de-autocontrol/).
- Lothes, J., Hakan, R. & Kassab, K. (2013). *Aikido experience and its relation to mindfulness: A two-part study*. Recuperado de: <https://libres.uncg.edu/ir/uncw/f/lothesj2013-1a.pdf>.
- Mañas, I. & Franco, F. (1981). *Mindfulness y psicología: Fundamentos y términos de la psicología budista*. España: Universidad de Almería.



- Martinez, A. (s/f) *Programa Mindfulness para docentes*. Recuperado de: <http://www.anammartinez.com/wp-content/uploads/2017/02/5.04.-programa-mindfulness-para-docentes.pdf>
- Mason, O. & Heargreaves, I. (2001). *A qualitative study of Mindfulness-based cognitive therapy for depression* British Journal of Medical Psychology, 74(2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11453171>.
- Maturana, H. (s/f). *El origen de lo humano*. Recuperado de: <http://old.teoriadacomplexidade.com.br/textos/autopoiese/ElOrigenDeLoHumano.pdf>
- Maturana, H. y Varela, F. (s/f). *La autopoiesis de Maturana y Varela: ¿Seres sociales o seres individuales?* Recuperado de: [http://www.johndeweycollege.cl/cms/UPIMGS/archivos/CON\\_172/\\_VARELA.pdf](http://www.johndeweycollege.cl/cms/UPIMGS/archivos/CON_172/_VARELA.pdf)
- Medean, H., Halle, J. & Ebata, W. (2010). *Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support?* *Exceptional Children*, 77(1). Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/001440291007700101>.
- Meichenbaum, D. (2015), *A constructive narrative perspective on trauma and resilience, The role of cognitive and affective process*. Recuperado de: <https://www.melissainstitute.org/documents/Conf19-4-2015-role-of-cognitive.pdf>.
- Miró M. T. (2006). *Mindfulness y psicoterapia; La atención plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia*, *Revista de Psicoterapia*, (17(66)). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2389792>
- Muñoz, M. y Boris, L. (2008) *Salud mental y estrés en profesionales docentes y no docentes de escuelas especiales*. Recuperado de: [http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/156/prom\\_26.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://campusesp.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/156/prom_26.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Naves-Bittencour, W., Mendonça-de-Sousa, A., Stults-Kolehmainen, M., Fontes, E., Córdova, C., Demarzo, M., Boullosa, D. (2015). *Martial arts: mindful exercise to combat stress*, *European Journal of Human Movement*, 34. Recuperado de: <http://www.eurjhm.com/index.php/eurjhm/article/view/355/562>.
- Nobuyoshi, T. (2002). *Aikido, etiqueta y transmisión*. México: Editorial Paidotribo.
- Ojeda, C. (2001). *Varela y las ciencias cognitivas*. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 39(4). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272001000400004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000400004).
- Organization for Autism Research [OAR.]. (2004), *Un viaje por la vida del autismo, guía para los educadores*. Recuperado de: <http://oar.z2systems.com/np/viewDocument?orgId=oar&id=4028e4e5513302fd01517e431fc1027b>.

- Ortega, V. (2015). *Mindfulness y regulación emocional*. Andalucía, España: Universidad de Jaen.
- Ortony, A., Clore, G., & Collins, A. (1988). *The Cognitive Structure of Emotions*. Cambridge, UK: Cambridge/University Press.
- Parra, M., Montañés J. y Bartolomé R. (2012). *Conociendo Mindfulness*, Revista UCLM, 27. Recuperado de: <http://revistas.uclm.es/index.php/ensayos>.
- Puchol, D. (2001). *Trastorno por estrés postraumático, conceptualización, evaluación y tratamiento*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/16/>
- Ramirez, J. y Gonzalez, M. (2012), *Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional*. México: Universidad de Monterrey.
- Ramos, E., Taborda, A. y Madeira, C. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático*. Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Ramos, N., Recondo, O., Enriquez, H. (2012) *Practica la inteligencia emocional plena: Mindfulness para regular nuestras emociones*. España: Editorial Kairós.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid, España: Editorial Mc Graw Hill.
- Rico, N. (1996). *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf>
- Robledillo, N., Antón, P., González, E. y Moya, L. Albio. (2012). *Consecuencias del cuidado de personas con trastorno del espectro autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión..* Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 15(4). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi124u.pdf>.
- Roca, E. (s/f). *Terapia cognitiva para la depresión según Beck*. Recuperado de: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depression.pdf>
- Rosselló, J., Zayas, G. y Lora, V. (2016). *Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (Mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés*. USA: Universidad de Miami.
- Ruiz, L. (2013). *Sanar con Mindfulness*. Recuperado de: <https://escuelatranspersonal.com/wp-content/uploads/2014/04/Sanar-con-Mindfulness.-Leonor-Ruiz.pdf>.
- Sáenz, A., Gimeno, F., Gutiérrez, H. y Garay, B. (2012). *Prevención de la agresividad y la violencia en el deporte en edad escolar: Un estudio de revisión*, Cuadernos de Psicología del Deporte, 12(2). Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo06.pdf>.
- Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M. y Sephton, S. (2009). *Yoga and Minfulness: Clinical Aspects of an Ancient Mind/Body Practice, Cognitive and Behavioral Practice*,

- 16(1). Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722908001351>.
- Samudra, Y. (2010). *Terminología de Aikido*, Recuperado de: <http://mexicoasia.com.mx/pdf/Aikido/glosarioAikido.pdf>
- Saposnek, D. (1980). "Aikido: a model for brief strategic therapy", *Fam Process.*, 19(3). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7409100>.
- Sawyer, M., Bittman, M., La Greca, A., Crettenden, A., Harchak, T., & Martin, J. (2010). *Time demands of caring for children with Autism: what are the implications for maternal mental health?* Recuperado de <https://miami.pure.elsevier.com/.../time-demands-of-caring-for-ch>.
- Saz-Peiró, P. (2016). *Aplicaciones preventiva y terapéuticas de Aikido*. Medicina Naturista, 10(2). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5591359.pdf>.
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de Vida Relacionada con la salud (CVRS)*. Cienc. Enferm., 9(2). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002).
- Serra, J. (2016). Aikido. Recuperado de: <http://www.saludterapia.com/glosario/d/119-aikido.html>
- Siachoque, H., Ibañez, M., Barbosa, E., Salamanca, A. y Moreno, C. (2006). "Efecto del estrés ocasionado por las pruebas académicas sobre los niveles de cortisol y prolactina en un grupo de estudiantes de medicina", *Revista Ciencias de la Salud*, 4(1). Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/532/458>.
- Simón, V. (2006). *Mindfulness y Neurobiología*, *Revista de Psicoterapia*. 17(66). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2389787>
- Siapno, J. (2012). *Dance and Martial Arts in Timor Leste: The Performance of Resilience in a Post-Conflict Environment*. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07256868.2012.693819>.
- Siegel, D. (2007). *The mindfulness brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton.
- Simeon, D. y Hollander, E. (Eds), (2001). *Self injurius behaviors: Assessment and treatment*. Washington: American Psiquiatric Publishing Inc.
- Stevens J. (1987). *Paz abundante. La biografía de Morihei Ueshiba, el fundador del Aikido*. Recuperado de: <http://aikidomx.webs.com/John%20Stevens-%20Paz%20Abundante.pdf>.
- Talarn, A. (2007) *El Trauma: Lectura Psicopatológica y Psicoanalítica. Propuesta del Concepto de Trauma Relacional*. Recuperado de: <http://www.indepsi.cl/indepsi/Servicios%20Indepsi/arti-trauma.htm>.

- Tamarit, J. (1995). *Conductas desafiantes y contexto: el caso de Héctor, un joven con retraso mental vinculado a un síndrome de Cornelia de Lange*, Revista Catalana d'Educació Especial i Atenció a la Diversitat Suports. Cataluña: España.
- Tang, Y., Wang, J., Fan, Y., Lu, Q., Yu, Q., Sui, D., Rothbart, M., Fan, M. & Posner, M. (2007). *Short-term meditation training improves attention and self-regulation*. Proc Natl Acad Sci USA, 104(43). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17940025>.
- Tobal, Gutierrez y Escudero (2014) *Lesiones en artes marciales chinas frente a otros deportes de lucha e individuales*. (Tesis Doctoral). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Tolle, E. (2000) *El poder del ahora*. Rosario, Argentina: Biblioteca del Nuevo Tiempo.
- Torres, R. (1997). *AIKIDO: Un Arte Marcial de la Posmodernidad*. Ponencia presentada en el III Congreso Argentino de Educación Física y Ciencia, Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de La Plata.
- Tsuda, I. (1992). *La Vía del Desprendimiento*. Madrid, España: Editorial Eyrás.
- Ueshiba, K. (1984). *El Espíritu del Aikido*. Chile: Editorial Océano.
- Ueshiba, M. (1984); *Aikido, filosofía y práctica. Recopilación M. Ueshiba*. Recuperado de: [www.nouvellege.org/marcial001.pdf](http://www.nouvellege.org/marcial001.pdf).
- Ueshiba, M. (2011). *El Arte de la Paz*. Recuperado de: <https://www.afamadrid.com/wp/el-arte-de-la-paz/>.
- Vallejo, A. y Terranova, L. (2009). *Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares* Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000100010](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100010)
- Vallejo, M. (2004). *La Hipnosis psicológica en España*. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1340>.
- Vázquez, A., Lara y J., Ríos, M.(2017) *Neurobiología básica de la Agresividad*. Recuperado de: [http://www.academia.edu/10660291/Neurobiolog%C3%ADa\\_b%C3%A1sica\\_de\\_la\\_Agresividad\\_Neurobiolog%C3%ADa\\_b%C3%A1sica\\_de\\_la\\_Agresividad\\_Basic\\_Neurobiology\\_of\\_Aggression](http://www.academia.edu/10660291/Neurobiolog%C3%ADa_b%C3%A1sica_de_la_Agresividad_Neurobiolog%C3%ADa_b%C3%A1sica_de_la_Agresividad_Basic_Neurobiology_of_Aggression).
- Villamón-Herrera, M. (2003). *Historia del Judo y de las artes marciales*. En Rodríguez, L. (Ed.). Compendio histórico de la actividad física y el deporte. Barcelona, España: MASSON.
- Viñar, M. (1993), *Fracturas de memoria. Crónicas para una memoria por venir*. Montevideo: Trilce.
- Viñar, M. (2001), *Memoria social. Fragmentaciones y responsabilidades*. Montevideo: Trilce.

Westbrook, A., & Ratti, O. (2001). *Aikido Y La Esfera Dinámica*. Barcelona, España: Ediciones Obelisco.

Windle, R., Samko, M. (1992). *Hypnosis, Ericksonian hypnotherapy, and Aikido*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1580233>.

Wing, L. (1988). *El síndrome de Asperger según Lorna Wing*. Recuperado de: <http://espectroautista.info/wing.html>.

Woodwar, T. (2009). *Karate in children with neurodevelopmental disorders: an exploratory study*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/308723410\\_Karate\\_in\\_children\\_with\\_neurodevelopmental\\_disorders\\_an\\_exploratory\\_study](https://www.researchgate.net/publication/308723410_Karate_in_children_with_neurodevelopmental_disorders_an_exploratory_study).

Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). *Relatives of the impaired elderly. Correlates of feelings of burden*, *Gerontologist*, 20. Recuperado de: <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>.

## VI. ANEXOS

Anexo N° 1 Carta de Consentimiento informado.

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

***Mindfulness & Aikido: Diseño, implementación e impacto de un taller basado en Mindfulness y Aikido para promover el control emocional y corporal en la vivencia de agresión***

Claudio Acosta Esparza (Investigador responsable)

Magister en Psicología Clínica en Adultos

Universidad de Chile

Usted ha sido invitada a participar en el estudio Mindfulness & Aikido: Diseño, implementación e impacto de un taller basado en Mindfulness & Aikido del investigador Claudio Acosta Esparza,

alumno de Magister de la Universidad de Chile. El objeto de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

**¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El presente estudio tiene por finalidad investigar sobre los efectos del taller en las reacciones ante la agresión basado en mindfulness y Aikido.

**¿En qué consiste su participación?**

Se les invita a participar en el taller durante cada sesión, participar de las actividades entre cada sesión.

**¿Cuánto durará su participación?**

Respecto al taller, este tendrá sesiones semanales de 2 horas de duración durante 6 semanas.

Respecto a los cuestionarios y entrevista. Se le solicitará que pueda contestar un conjunto de cuestionarios (Al iniciar el taller, durante, tras terminado este y 3 meses posterior).

**¿Qué riesgos corre al participar?**

En términos generales, la participación en el taller no implica mayores riesgos.

**¿Qué beneficios puede tener su participación?**

De acuerdo a diversos estudios, las prácticas de mindfulness han ayudado a mejorar los índices subjetivos de afecto negativo, ansiedad, depresión, preocupación, sensación de estrés percibido, comprensión emocional y dolores musculares. La práctica de Aikido ayuda a mejorar el autocontrol emocional y corporal conectando a la persona con una armonía y equilibrio interno.

**¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?**

Los investigadores mantendrán CONFIDENCIALIDAD con respecto a cualquier información obtenida en este estudio.

Se resguardará la confidencialidad de los participantes en todo momento del estudio. Ningún antecedente personal (incluido el nombre de los participantes) será revelado a personas ajenas al estudio.

En los cuestionarios se identificará a los participantes con las iniciales y la fecha de nacimiento, y en las transcripciones de todos los documentos (incluidas las entrevistas) serán modificados los nombres de los participantes y serán reemplazados por nombres ficticios. Todos los documentos e informes que se emitan resguardarán la confidencialidad de los participantes.

**¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?**

Usted no está obligado de ninguna manera a participar en este estudio.

**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a Claudio Acosta Esparza. Su teléfono es el 8-9875436 y su email es [claudio@espaciobambu.cl](mailto:claudio@espaciobambu.cl).

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

_____	_____
Firma de la Participante	Fecha
_____	
Nombre de la Participante	
_____	_____
Firma del Investigador	Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigado)

## Anexo N° 2 Instrucciones y escalas utilizadas en el estudio

<b>INSTRUCCIONES</b>
<p>Muchas gracias por su tiempo y por participar en este estudio.</p> <p>A continuación, se presentan un conjunto de preguntas, en la cual usted debe contestar <b><u>todas las preguntas</u></b>, si tiene alguna duda durante la aplicación levante la mano y el examinador se acercará y responderá la duda para todo el grupo. Si tiene cualquier pregunta sobre este estudio, puede contactarse vía mail con Claudio Acosta Esparza (<a href="mailto:claudio@espaciobambu.cl">claudio@espaciobambu.cl</a>)</p> <p>Antes de contestar las escalas, le pediremos que responda algunos antecedentes personales. Al inicio de cada escala se indicará el modo de responder.</p> <p>No hay un límite pre-determinado de tiempo para responder, y se le solicita hacerlo honestamente, de acuerdo a su criterio. Sus respuestas serán <b><u>anónimas y confidenciales</u></b>.</p>



<b>Antecedentes:</b>
<b>Nombre:</b> _____
Género: M___ F___
Edad: _____
Nacionalidad: _____
Ocupación: _____
Estado Civil: _____
Número de hijos: _____
Teléfono de contacto: _____
Mail de contacto: _____
Nivel de estudios: _____

### Anexo N° 3 Escala FFMQ

#### **FFMQ**

Por favor, evalúe cada una de las siguientes afirmaciones usando la siguiente escala. Escriba en el espacio en blanco, el número que mejor describa SU PROPIA OPINION de lo que es VERDAD PARA USTED, en general.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

\_\_\_1. Cuando estoy caminando me doy cuenta, deliberadamente, de las sensaciones de mi cuerpo moviéndose.

- \_\_\_2. Encuentro, con facilidad, palabras que describan mis sentimientos.
- \_\_\_3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.
- \_\_\_4. Percibo mis sentimientos y emociones, sin tener que reaccionar ante ellas.
- \_\_\_5. Cuando hago cosas, mi mente divaga y fácilmente me distraigo.
- \_\_\_6. Cuando me ducho o me baño, estoy alerta a la sensación del agua en mi cuerpo.
- \_\_\_7. Fácilmente puedo expresar en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.
- \_\_\_8. No pongo atención a lo que estoy haciendo, porque estoy soñando despierto(a), preocupado(a) o bien distraído(a).
- \_\_\_9. Observo mis sentimientos, sin perderme en ellos.
- \_\_\_10. Me digo a mi mismo(a) que no debo sentirme de la manera que me estoy sintiendo.
- \_\_\_11. Me doy cuenta cómo la comida y la bebida afectan mis pensamientos, mis sensaciones del cuerpo y mis emociones.
- \_\_\_12. Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.
- \_\_\_13. Fácilmente me distraigo.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

- \_\_\_14. Creo que algunos de mis pensamientos son extraños o negativos y que no debería pensar de esa manera.
- \_\_\_15. Pongo atención a las sensaciones, tales como el viento en mi pelo o el sol en mi cara.
- \_\_\_16. Tengo problemas para pensar en las palabras correctas para expresar cómo me siento acerca de las cosas.
- \_\_\_17. Hago juicios acerca de si mis pensamientos sobre si son buenos o malos.
- \_\_\_18. Encuentro difícil quedarse focalizado(a) en lo que está ocurriendo en el presente.
- \_\_\_19. Cuando tengo imágenes o pensamientos perturbadores, “doy un paso hacia el lado” y me doy cuenta del pensamiento o imagen sin que éstos me sobrepasen.
- \_\_\_20. Pongo atención a los sonidos, tales como el tic tac del reloj, el piar de un pájaro o el ruido de un automóvil.
- \_\_\_21. En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa sin reaccionar inmediatamente.

\_\_\_22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, para mí es difícil describirla, porque no puedo encontrar las palabras correctas.

\_\_\_23. Parece que funciono con “piloto automático”, sin apenas darme cuenta de lo que estoy haciendo.

\_\_\_24. Cuando tengo imágenes o pensamientos perturbadores, me siento calmado(a) poco después.

\_\_\_25. Me digo a mi mismo(a) que no debería estar pensando de la manera que lo estoy haciendo.

\_\_\_26. Me doy cuenta del olor y del aroma de las cosas.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

\_\_\_27. Incluso cuando me siento terriblemente molesto(a), puedo encontrar la forma de ponerlo en palabras.

\_\_\_28. Realizo muy deprisa mis actividades, sin estar realmente atento(a) a ellas.

\_\_\_29. Cuando tengo imágenes o pensamientos perturbadores, soy capaz de darme cuenta de ellos, sin reaccionar.

\_\_\_30. Creo que algunas de mis emociones son negativas o inapropiadas y que no debería sentirlas.

\_\_\_31. Me doy cuenta de los elementos visuales en el arte o en la naturaleza, tales como colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra.

\_\_\_32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.

\_\_\_33. Cuando tengo imágenes o pensamientos perturbadores, me doy cuenta de ellas y las dejo irse.

\_\_\_34. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.

\_\_\_35. Cuando tengo imágenes o pensamientos perturbadores, me juzgo a mí mismo(a) como bueno o malo, dependiendo del contenido de la imagen o del pensamiento.

\_\_\_36. Pongo atención acerca de cómo mis emociones afectan mis pensamientos y conductas.

\_\_\_37. A menudo puedo describir, con todo detalle, cómo me siento en cada el momento.

\_\_\_38. Me encuentro a mí mismo(a) haciendo cosas sin poner atención.

\_\_\_39. Me desapruedo a mí mismo(a) cuando tengo ideas irracionales.

Anexo N° 4 Escala EGEP

Nombre y apellidos

Edad  Sexo  V  M Fecha  /  /

Centro

Este ejemplar contiene tres secciones. Por favor, lea las instrucciones que aparecen al comienzo de cada una de ellas. Si tiene alguna duda puede indicárselo al evaluador.

Por favor, conteste a todas las preguntas que se le formulan, procurando no dejar ninguna en blanco, marcando sus respuestas en el propio ejemplar.

No hay un límite de tiempo para responder, así que tómese el que considere necesario.

### SECCIÓN 1: ACONTECIMIENTOS

A continuación se incluye un listado de situaciones difíciles o estresantes que a veces ocurren a las personas, y que ayuda a conocer todos los acontecimientos traumáticos que usted ha presenciado directamente o ha experimentado a lo largo de su vida. En cada uno de los siguientes acontecimientos indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted, haciendo una marca (✓) en la casilla correspondiente. En caso de haber sufrido varios acontecimientos de una misma categoría, conteste teniendo en mente aquel que haya tenido una mayor relevancia o significación en su vida. En cada acontecimiento puede marcar una o varias de las tres columnas.

	Me sucedió	Lo presencié directamente pero no me sucedió	Le sucedió a alguien cercano
1 Desastres naturales (inundaciones, huracanes, tornados, terremotos...).			
2 Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...).			
3 Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio...).			
4 Combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil).			
5 Violación, abuso o ataque sexual.			
6 Acoso (sexual, en el trabajo, en antiguas relaciones...) o maltrato psicológico.			
7 Violencia física (ataques, asaltos, maltrato...).			
8 Actos terroristas o tortura.			
9 Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa.			
10 Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza a la vida o la integridad física (propia o de una persona cercana).			
11 Muerte de una persona cercana o de un ser querido.			
12 Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante. Describalo brevemente:			

Por favor, indique cuál de los acontecimientos de los que ha marcado es el que le ha causado o le causa en la actualidad más molestias o malestar. Señale solo uno rodeando con un círculo la marca correspondiente (○).

13 Describa brevemente el acontecimiento que acaba de indicar:

CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN RELACIÓN CON EL ACONTECIMIENTO QUE HA DESCRITO ANTERIORMENTE.

14. Valore la gravedad del acontecimiento en la siguiente escala:

- Leve                       Moderada                       Grave                       Extrema

15. ¿Cuándo sufrió ese acontecimiento por primera vez?

- En la infancia o en la adolescencia.                       Hace más de 3 meses.  
 Hace más de 1 mes pero menos de 3 meses.                       En el último mes.

16. Ese acontecimiento ocurrió...

- en una única ocasión.                       en varias ocasiones.                       de forma repetida o reiterada.

Durante ese acontecimiento, usted se sintió...

17. con miedo                       SÍ                       NO  
 18. indefenso                       SÍ                       NO  
 19. horrorizado                       SÍ                       NO

Ese acontecimiento supuso...

20. lesión grave.                       SÍ                       NO  
 21. lesión grave o muerte de otras personas.                       SÍ                       NO  
 22. amenaza para su integridad física.                       SÍ                       NO  
 23. amenaza para la integridad física de otras personas.                       SÍ                       NO  
 24. amenaza para su vida.                       SÍ                       NO  
 25. amenaza para la vida de otras personas.                       SÍ                       NO  
 26. escenas desagradables.                       SÍ                       NO  
 27. amenazas para la dignidad personal, el honor...                       SÍ                       NO

## SECCIÓN 2: SÍNTOMAS

A continuación se presenta un listado de síntomas o problemas que algunas personas experimentan después de sufrir este tipo de acontecimientos. Por favor, lea atentamente cada una de las frases e indique (marcando el Sí o el No) si ha experimentado cada uno de ellos durante el ÚLTIMO MES en relación con el acontecimiento que acaba de describir. En caso afirmativo, indique el grado de molestia que le han producido utilizando una escala de 0 a 4, en la que 0 es Ninguna y 4 es Extrema. Por favor, responda a todas las frases.

	SÍ	NO	GRADO DE MOLESTIA				
			Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema
28. Tiene recuerdos desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento (imágenes o pensamientos).			0	1	2	3	4
29. Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento.			0	1	2	3	4
30. Hay momentos en los que actúa o se siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento.			0	1	2	3	4
31. Siente malestar (nerviosismo, inquietud...) cuando algo le recuerda el acontecimiento.			0	1	2	3	4
32. Los recuerdos sobre el acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón...			0	1	2	3	4
33. Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento.			0	1	2	3	4
34. Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento.			0	1	2	3	4
35. Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento.			0	1	2	3	4
36. Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar.			0	1	2	3	4
37. Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase).			0	1	2	3	4
38. Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual...).			0	1	2	3	4
39. Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia...).			0	1	2	3	4

	SÍ	NO	GRADO DE MOLESTIA				
			Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema
40			0	1	2	3	4
41			0	1	2	3	4
42			0	1	2	3	4
43			0	1	2	3	4
44			0	1	2	3	4
45			0	1	2	3	4
46			0	1	2	3	4
47			0	1	2	3	4
48			0	1	2	3	4
49			0	1	2	3	4
50			0	1	2	3	4
51			0	1	2	3	4
52			0	1	2	3	4
53			0	1	2	3	4
54			0	1	2	3	4
55			0	1	2	3	4

56. ¿Desde cuándo experimenta estos problemas?

- Desde hace menos de 1 mes.
- Desde hace más de 1 mes y menos de 3 meses.
- Desde hace más de 3 meses.

57. ¿Cuánto tiempo tardaron en aparecer estos problemas tras el acontecimiento?

- Nada más ocurrir el acontecimiento.
- Durante los 6 primeros meses después del acontecimiento.
- 6 meses o más después del acontecimiento.

### SECCIÓN 3: FUNCIONAMIENTO

Conteste SÍ o NO a las siguientes preguntas en relación con los síntomas que acaba de describir. Indique sí durante el ÚLTIMO MES...		SÍ	NO
58	ha consultado al médico o a algún otro profesional de la salud (enfermeros, psicólogos...) por estos problemas.		
59	ha tomado medicación más de una vez por semana por estos problemas.		
60	ha tomado alcohol o drogas a causa de estos problemas.		
61	han afectado negativamente estos problemas a su vida laboral o académica.		
62	han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones sociales.		
63	han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones familiares o de pareja.		
64	han afectado negativamente estos problemas a algún otro aspecto importante de su vida.		

**FIN DE LA PRUEBA. MUCHAS GRACIAS.**

Anexo N° 5 Target Complaints, Formulario de Seguimiento diario

<b><u>Target Complaints</u></b>
<b>Formulario de Seguimiento Diario</b>
<i>Este formulario se completa durante la semana y se devuelve al terapeuta en la sesión siguiente.</i>
<b>Registrar:</b>
Nombre de la participante:
Nombre del responsable:
Fecha actual: Semana del ____ al ____ de _____
<b>Instrucciones:</b>
Para evaluar cada problema, considere cuánto éste le ha molestado cada día.
<b>Escala:</b>
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Nada Poco Bastante Al Máximo
<b>Problemas Elegidos para Trabajar:</b>
Anote acá los problemas que ha elegido al inicio del proceso
<i>Problema 1:</i>
<i>Problema 2:</i>
<i>Problema 3:</i>
<i>Problema 4:</i>
<i>Problema 5:</i>
<i>Problema 6:</i>
<i>Problema 7:</i>
<i>Problema 8:</i>



*Anexo N° 6 Resumen de contenido de las sesiones del taller de mindfulness y Aikido.*

<b>Sesión 1: Mindfulness y Aikido: “Comenzando la vivencia”</b>
<b>Presentación general del taller</b>
1. Introducción del taller y a su metodología 2. Preguntas generales de las participantes 3. Que se entiende por vivencias de agresión? 4. ¿Qué es Aikido? 5. Para que nos puede servir mindfulness y Aikido ante las vivencias de agresión?
<b>Ejercicios de Prácticas: conexión interna y relacional</b>
Práctica individual: Meditación: La respiración afectuosa Práctica en pareja: Aikido: Ejercicio de conciencia corporal en pareja
<b>Cierre de la sesión:</b>
Espacio de reflexión individual: Caminata consciente Espacio de reflexión grupal: Compartir en plenario
<b>Tarea semanal</b>
Escuchar audio: Practicas guiadas de meditación con atención plena Asignación de tareas diarias: Ejercicios corporales de meditación

<b>Sesión 2: Practicando mindfulness y Aikido “aproximaciones al presente”</b>
<b>Presentación general del taller</b>
<p>1.-Introducción a los temas del día</p> <p>2.-Espacio reflexivo: “Toma de conciencia y el Darse cuenta” la sesión anterior y durante la semana</p> <p>3.-Tema: Que es la escucha empática? (estableciendo bases relacionales)</p>
<b>Ejercicios de Prácticas: Escucha empática</b>
<p>Práctica individual: Meditación: caminata consciente, escuchando mis propias sensaciones.</p> <p>Práctica en pareja: Ejercicios de escucha empática</p>
<b>Cierre de la sesión:</b>
<p>Espacio de reflexión individual: Caminata consciente</p> <p>Espacio de reflexión grupal: Compartir en plenario</p>
<b>Tarea semanal</b>
<p>Escuchar audio: Practicas guiadas de meditación con atención plena</p> <p>Asignación de tareas diarias: Ejercicios corporales de meditación</p>

### **Sesión 3: Practicando mindfulness y Aikido “Observando de mi propia experiencia”**

#### **Presentación general del taller**

1. Introducción a los temas del día
2. Espacio reflexivo: “Toma de conciencia y el Darse cuenta”  
re la sesión anterior y durante la semana
3. Tema: Reconocer las emociones. Cómo puedo regular mis emociones difíciles?

#### **Ejercicios de Prácticas: “Mindfulness de la emoción en el cuerpo” y “Meditación consciente”**

- 1.-Práctica individual:
  - Meditación: caminata consciente, escuchando mis propias sensaciones
  - Trabajo corporal: Que necesita mi sensación?. Manifestación corporal
- 2.-Práctica en pareja: Escultura corporal, reconocimiento y modificación para satisfacer la necesidad de la sensación.
- 3.-Ejercicios de práctica: “Meditación consciente”
  - Práctica individual: Respiración afectuosa (respirar con la o las manos en el corazón)Práctica en pareja: Aikido, Ejercicios de reconocimiento y validación de mi espacio personal

#### **Cierre de la sesión:**

Espacio de reflexión individual: Caminata consciente

Espacio de reflexión grupal: Compartir en plenario

#### **Tarea semanal**

Escuchar audio: Prácticas guiadas de meditación con atención plena  
Asignación de tareas diarias: Ejercicios corporales de meditación

<b>Sesión 4: Practicando mindfulness y Aikido “Práctica en acción”</b>
<b>Presentación general del taller</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introducción a los temas del día</li> <li>2. Espacio reflexivo: “Toma de conciencia y el Darse cuenta” Reflexión sobre la sesión anterior y durante la semana</li> </ol> <p>Tema: Estrategias para la vivencia de emociones difíciles</p>
<b>Ejercicios de Prácticas: “Mindfulness de la emoción en el cuerpo” y “Meditación consciente”</b>
<p>Práctica individual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meditación Centrante: Contactar las emociones, anclar una palabra a una emoción agradable desde el contacto con su respiración.</li> <li>2. Imaginería activa: Reproducir una escena de bajo contacto emocional en donde hayan vivenciado agresión, detener la escena y aplicar la meditación centrante, luego observar la escena desde una nueva emoción.</li> </ol> <p>Ejercicios de práctica: “Meditación consciente”</p> <p>Práctica individual: Meditación: caminata consciente, escuchando mis propias sensaciones</p> <p>Práctica en pareja: Aikido, Ejercicios de hacer consciente el contacto con el otro en interacción</p>
<b>Cierre de la sesión:</b>
<p>Espacio de reflexión individual: Caminata consciente</p> <p>Espacio de reflexión grupal: Compartir en plenario</p>
<b>Tarea semanal</b>
<p>Escuchar audio: Practicas guiadas de meditación con atención plena</p> <p>Asignación de tareas diarias: Ejercicios corporales de meditación</p>

## **Sesión 5: Practicando mindfulness y Aikido “Práctica en acción, otro paso más”**

### **Presentación general del taller**

1. Introducción a los temas del día
2. Espacio reflexivo: “Toma de conciencia y el Darse cuenta”  
Reflexión sobre la sesión anterior y durante la semana  
Tema: Estrategias para la vivencia de emociones difíciles

### **Ejercicios de Prácticas: “Mindfulness de la emoción en el cuerpo” y “Meditación consciente”**

#### Práctica individual:

- Meditación Centrante: Reforzar la palabra ancla a una emoción agradable desde el contacto con su respiración.
- Imaginería activa: Reproducir una escena de contacto emocional mediana en donde hayan vivenciado agresión, detener la escena y aplicar la meditación centrante, luego observar la escena desde una nueva emoción. Se integran elementos como trabajo de esculturas, o resoluciones en base a seguir la sensación sentida y satisfacer la necesidad emergente desde la imaginería activa.
- Ejercicios de práctica: “Meditación consciente”
- Práctica individual: Meditación: caminata consciente, escuchando mis propias sensaciones
- Práctica en pareja: Aikido, Ejercicios de hacer consciente el espacio y contacto con el otro en interacción.

#### **Cierre de la sesión:**

Espacio de reflexión individual: Caminata consciente

Espacio de reflexión grupal: Compartir en plenario

#### **Tarea semanal**

Escuchar audio: Practicas guiadas de meditación con atención plena  
Asignación de tareas diarias: Ejercicios corporales de meditación

## **Sesión 6: Practicando mindfulness y Aikido “Práctica en acción y conciencia plena”**

### **Presentación general del taller**

1. Introducción a los temas del día
2. Espacio reflexivo: “Toma de conciencia y el Darse cuenta”  
Reflexión sobre la sesión anterior y durante la semana

Tema: Estrategias y recursos para la vivencia de emociones difíciles

### **Ejercicios de Prácticas: “Mindfulness de la emoción en el cuerpo” y “Meditación consciente”**

- Práctica individual: Meditación Centrante: Reforzar una emoción agradable desde el contacto con la respiración y el cuerpo.
- Práctica grupal: Integración de recursos, ejercicio corporal de Aikido.
- Role playing: Reproducir una o más escenas elegida en la sesión N° 2 en donde hayan vivenciado agresión, representar la escena, detener la escena y aplicar la meditación centrante, luego observar la escena desde una nueva emoción. Se integran elementos como trabajo de esculturas, o resoluciones en base a seguir la sensación sentida, satisfacer la necesidad emergente y bases corporales de Aikido
- Para la actividad hay rotación de papeles. (protagonistas, actores y actores auxiliares).
- Ejercicios de práctica: “Meditación consciente”
- Práctica individual: Meditación: caminata consciente, escuchando mis propias sensaciones
- Práctica en pareja: Aikido, Ejercicios de hacer consciente el espacio y contacto con el otro.

### **Cierre de la sesión:**

Espacio de reflexión individual: Caminata consciente

Espacio de reflexión grupal: Compartir en plenario

### **Tarea semanal**

Escuchar audio: Practicas guiadas de meditación con atención plena  
Asignación de tareas diarias: Ejercicios corporales de meditación

**Sesión 7: Practicando mindfulness y Aikido “Una práctica que habita en mi experiencia”.**

**Presentación general del taller**

1. Introducción a los temas del día
2. Espacio reflexivo: “Toma de conciencia y el Darse cuenta”  
Reflexión sobre la sesión anterior y durante la semana  
Tema expositivo: “Integrar mindfulness en mi vida”

**Ejercicios de Prácticas: “Mindfulness de la emoción en el cuerpo” y “Meditación consciente”**

- Práctica individual: Meditación Centrante: Reforzar una emoción agradable desde el contacto con su respiración y su cuerpo.
- Práctica en pareja: Aikido, Ejercicios de hacer conciente el espacio y contacto con el otro.
- Role playing: Reproducir una o más escenas elegida en la sesión N° 2 en donde hayan vivenciado agresión, representar la escena, detener la escena y aplicar la meditación centrante, luego observar la escena desde una nueva emoción. Se integran elementos como trabajo de esculturas, o resoluciones en base a seguir la sensación sentida, satisfacer la necesidad emergente y bases corporales de Aikido.
- Para la actividad hay rotación de papeles. (protagonistas, actores y actores auxiliares).

**Cierre de la sesión:**

Espacio de reflexión individual: Caminata consciente

Espacio de reflexión grupal: Compartir en plenario

**Tarea semanal**

Escuchar audio: Practicas guiadas de meditación con atención plena  
Asignación de tareas diarias: Ejercicios corporales de meditación