



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**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**

**CLAUDIO ANTONIO ARAYA VÉLIZ**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN PSICOTERAPIA**

Directora de Tesis: Profesora. Doctora Laura Moncada, Universidad de Chile.

Santiago, 2016







## Programa de Doctorado en Psicoterapia

Pontificia Universidad Católica de Chile

Universidad de Chile

### **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**

**CLAUDIO ANTONIO ARAYA VÉLIZ**

Guía de tesis : Laura Moncada, PhD. Universidad de Chile.  
Co-Tutor : Jorge Gissi, PhD. Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Comité de tesis : Mariane Krause, PhD. Pontificia Universidad Católica de Chile.  
: Vicente Simón, PhD, MD. Universidad de Valencia.

*A Roberto RyuRin Opazo  
A Ana Andaur Rodríguez  
con profunda gratitud y amor*

# Agradecimientos

Durante los casi 4 años de duración de este estudio han sido innumerables los colaboradores que han contribuido, sin el aporte de cada uno de ellos este estudio no habría sido posible de ser realizado.

En primer lugar, he de manifestar mi inestimable deuda y gratitud a las mujeres que participaron en los 5 talleres. Su generosidad y coraje son el corazón de este trabajo, gracias por confiar en nosotros, nos compartieron sus experiencias de vida, incluyendo algunos de los momentos dolorosos de sus vidas, he aprendido de su fortaleza y su compromiso.

Más de 15 colaboradores han formado parte del equipo de investigación, cada uno ha ofrecido tiempo, esfuerzo y ha contribuido con sus habilidades. Quisiera agradecer especialmente a Laura Moncada, tutora de este trabajo, gracias por tu calidez y apoyo incondicional. Gracias a Javiera Cerda, Gada Musa, Macarena Fernández, Paulina Araya, Marisela Alfaro, Denisse Ramos, Paloma Medina, Sandra Muñoz, Paula Fernández, Paula Cristi, Alberto González, Maximiliano Becerra, Luis Felipe Concha, Claudio Acosta y Jaime Fauré.

El equipo de profesionales de los COSAM de Pudahuel y Renca, quienes nos ha brindado un apoyo irrestricto en los momentos buenos y en los difíciles, gracias por su apertura y profesionalismo. Quisiera agradecer particularmente a: Andrea Puccio, Catalina Zamorano, Alejandra Henríquez, Vivian Schmidt Hebbel, Paula Quiroz, Francisco Mahaluf, Pedro Mohana y Francisco Jiménez.

Quisiera agradecer a amigos y colegas que han participado de esta aventura. Bárbara Porter, Claudia Lobos, Claudia Cruzat, María Luisa Ugarte, Patricia Vargas, Rita Macari, Gonzalo Brito, Rodrigo Brito, Roberto Arístegui, Nicolás Suarez, Pablo Herrera, Álvaro Langer, Yerko Molina, Gonzalo Muñoz; Mihailo Judic y Javier Aguirre.

Finalmente, quisiera manifestar mi gratitud hacia mi familia, su amor y apoyo le dan sentido a mi camino: a Ana Andaur, mi compañera, a María Alicia Véliz, mi madre, a Luis Araya Véliz, mi hermano, a Luis Araya, mi padre, y a Ana Rodríguez, mi suegra.

# Índice

Portada.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice.....	iv
Lista de Tablas.....	vi
Lista de Figuras e Ilustraciones.....	vii
Resumen.....	1
Abstract.....	3
1. Introducción.....	5
2. Marco Teórico y Empírico.....	10
2.1. Mindfulness.....	10
2.1.1. Etimología y Origen.....	10
2.1.2. Definiciones de mindfulness.....	12
2.1.3. Componentes psicológicos de mindfulness.....	14
2.1.4. Perspectiva del cambio terapéutico en mindfulness.....	16
2.1.5. Modelos de intervención basados en mindfulness.....	18
2.1.6. Evidencia empírica general de la práctica de mindfulness.....	24
2.2. Autocompasión.....	28
2.2.1. Etimología y origen.....	28
2.2.2. Definiciones y componentes de la compasión y la autocompasión.....	30
2.1.3. Perspectiva del cambio terapéutico en autocompasión.....	41
2.1.4. Modelos de intervención basados en compasión y autocompasión.....	42
2.1.5. Evidencia empírica general de las prácticas de compasión y autocompasión.....	50
2.3 Limitaciones y aspectos a desarrollar en el estudio de mindfulness y autocompasión.....	57
3. Diseño general del estudio.....	58
3.1. Objetivos.....	59
3.2. Hipótesis.....	59
3.3. Participantes.....	60
3.4. Instrumentos.....	61
3.4.1. Instrumentos cuantitativos.....	61
3.4.2. Instrumentos cualitativos.....	63
3.5. Intervención.....	63
3.6. Técnicas de análisis de la información.....	64
3.7. Consideraciones éticas.....	65
4. Presentación de artículos.....	66
4.1. Artículo N°1 Autocompasión: Origen, concepto y evidencias preliminares.....	67
4.2. Artículo N°2: Adaptation and Preliminary Validation of the Self-Compassion Scale in a Chilean Context.....	91

4.3 Artículo N°3: Tratamiento basado en mindfulness y autocompasión, intervención en mujeres con síntomas de ansiedad que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial: Un estudio cuantitativo.....	115
4.4. Artículo N°4. Practicando la presencia y la amabilidad hacia una misma: Reflexiones y resultados cualitativos de una intervención grupal basada en mindfulness y auto-compasión en mujeres chilenas en contexto de vulnerabilidad social.....	155
5. Conclusiones generales.....	180
6. Discusión general.....	191
7. Referencias.....	202
8. Anexos.....	224
Anexo N°1 Carta de aprobación del comité de ética.....	225
Anexo N°2 Carta de consentimiento informado.....	227
Anexo N°3 Preguntas directrices entrevista post-taller y seguimiento.....	230
Anexo N°4 Instrucciones y escalas utilizadas en el estudio.....	232
4.1. Cuestionario de las cinco facetas de mindfulness.....	234
4.2. Escala de autocompasión.....	237
4.3. Escala de afectos positivos y negativos.....	239
4.4. Inventario de ansiedad de Beck.....	240
4.5. Inventario de depresión de Beck.....	242
4.6. Escala de percepción de estado global.....	246
4.7. Escala de bienestar psicológico.....	248
4.8. Escala de felicidad subjetiva.....	250
Anexo N°5 Resumen contenido taller mindfulness y autocompasión.....	251
Anexo N°6 Resumen y pauta de actividades para la semana.....	254
Anexo N°7 Ejemplo guión temático de sesiones del taller.....	292
Anexo N°8 Ejemplo de entrevista transcrita y codificada.....	299
Anexo N°9 Codificación cualitativa descripción abierta.....	309
Anexo N°10 Figuras de Interacción de las variables evaluadas en Anova mixto.....	324
Anexo N°11 Resultados Anova mixto con sub-escalas.....	329



# Lista de Tablas

## En artículo N°1

Tabla N°1. Autocompasión desde las perspectivas budistas y occidental tradicional.....	71
--	----

## En artículo N°2

Table N°1 Main results of different validations of SCS .....	99
Table N°2 Items corresponding to each sub-scale of the Self-Compassion Scale.....	103
Table N°3 Items corresponding to each Auto-Compassion Scale (SCS) subscales m.....	105
Table N°4 Correlations between the Self-Compassion Scale (SCS) and other scales.....	105

## En artículo N°3

Tabla N°1 Edad de las participantes según grupo de intervención y grupos de control (Psicoterapia y lista de espera).....	125
Tabla N°2 Estado Civil de las participantes.....	125
Tabla N°3 Ocupación de las Participantes.....	126
Tabla N°4 Resultado ANOVA Mixto.....	137
Tabla N°5 Tamaño del efecto comparando: mediciones post entre grupo de intervención/control de lista de espera y mediciones post entre grupo de intervención/control de psicoterapia.....	138
Tabla N°6 Resultados ANOVA de mediciones repetidas en grupo de Intervención.....	144

# Lista de Figuras e Ilustraciones

Figura N°1 Modelo IAA de Mindfulness (Shapiro & Carlson, 2009).....	14
Figura N°2 Flujo de la Compasión (Simón, 2015).....	32
Figura N°3 Teoría de los tres sistemas de regulación emocional (Gilbert, 2009).....	34
Figura N°4 Teoría de los 3 componentes de la autocompasión (Neff, 2003a).....	36
Figura N°5 Artículos científicos publicados que incluyeran el término 'self-compassion'.....	52
Figura N°6 Niveles de profundidad del aprendizaje en mindfulness y autocompasión.....	187
Figura N°7 Modos de relación en primera, segunda y tercera persona.....	195
Figura N°8 Interacciones compasivas presentes en el espacio del taller de mindfulness y autocompasión.....	199
Figura N°9 Interacción de las variables evaluadas en Anova Mixto.....	326
 <b>En artículo N°1</b>	
Figura N°1 La interacción de estos 3 componentes de la autocompasión.....	76
Figura N°2 Artículos científicos publicados que incluyeran el término 'self-compassion'..	81
 <b>En artículo N°2</b>	
Figure N°1 Six Dimensions of Self-Compassion.....	98
 <b>En artículo N°3</b>	
Figura N°1 Niveles de autocompasión en participantes antes, después y luego de 6 meses de concluir el taller de mindfulness y autocompasión.....	140
Figura N°2 Niveles de ansiedad en las participantes antes, después y luego de 6 meses de concluir el taller de mindfulness y autocompasión.....	141
Figura N°3 Niveles de depresión en las participantes antes, después y luego de 6 meses de concluir el taller de mindfulness y autocompasión.....	142
 <b>En artículo N°4</b>	
Figura N°1 Cambio en el modo de relacionarse consigo mismas.....	168
Figura N°2 Desacople-acople experiencial de las participantes.....	169
Figura N°3 Dimensiones de la relación amable con ellas mismas.....	171
Figura N°4 Modo de afrontamiento ante experiencias desagradables.....	173

# Resumen

El presente estudio buscó explorar los efectos que tuvo un entrenamiento en mindfulness y autocompasión en mujeres con síntomas de ansiedad, que viven en un contexto de vulnerabilidad psicosocial. La realización de este estudio fue realizada en tres etapas.

En la primera etapa se hizo una revisión teórica y empírica de las investigaciones asociadas a las temáticas de mindfulness y autocompasión, considerando las raíces y el origen de los conceptos, junto con una revisión de las investigaciones realizadas con población clínica y no-clínica. Esta etapa contribuyó a fundamentar el desarrollo de una intervención en el contexto clínico. En una segunda etapa, se tradujo al español y se aportó evidencia favorable para la validación de la escala de autocompasión en una población universitaria chilena.

Finalmente, en una tercera etapa se implementó, en el Consultorio de Salud Mental-COSAM de Pudahuel, un taller de mindfulness y autocompasión, donde participaron 22 mujeres de entre 18 y 76 años, que presentaban síntomas de ansiedad. Se realizó un estudio de carácter mixto (cuantitativo y cualitativo) evaluándose los efectos del taller sobre mindfulness, autocompasión, sobre la reducción de síntomas (ansiedad, depresión, estrés y afectos negativos), como en el incremento en los indicadores de bienestar (bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos). Estas variables fueron medidas antes de la intervención, después de la intervención y a los 6 meses de concluido el entrenamiento. En este estudio se comparó la intervención con 2 grupos de control (grupo de control de psicoterapia y grupo de control de lista de espera). Junto con lo anterior, se realizó un estudio cualitativo para observar cómo el entrenamiento influyó en el modo en que las participantes del taller se relacionaban consigo mismas, para lo cual se realizaron 37 entrevistas en profundidad semi-estructuradas y 1 grupo focal, recién concluido el taller, como luego de 6 meses de terminado este.

En términos generales, los resultados cualitativo y cuantitativo mostraron concordancia. Por un lado, se observó un incremento significativo en los niveles de mindfulness y autocompasión en las participantes del taller en comparación con las participantes de los grupos de control, se observó una reducción estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad, depresión, estrés y afectos negativos, y un incremento en los niveles de bienestar psicológico,

felicidad subjetiva y afectos positivos en las participantes del grupo de intervención entre antes y después de realizar el entrenamiento. Por el otro lado, los resultados cualitativos dieron luces sobre lo relevante que fue establecer una percepción y un modo más amable de relacionarse consigo mismas en el cambio, este modo de relacionarse consigo mismas contribuyó a vivir de un modo más conectado con ellas mismas, con los otros y en la vida cotidiana, además de ser una estrategia aplicada y valorada para afrontar los momentos de dificultad.

# Abstract

The present study explored the effects that a mindfulness and self-compassion training had in women with anxiety symptoms that lived in a psychosocial vulnerability context. This study was made on 3 steps. On the first step it was made a theoretical and empirical review of researches associated with mindfulness and self-compassion, considering the roots and origins of the concepts, and also a review of existing research with clinical and non-clinical population. This step contributes to find the relevance of developing an intervention on a clinical context. On a second step a self-compassion scale was translated to Spanish and some evidence was found towards validating the scale on a Chilean university population. Finally, on a third step, a mindfulness and self-compassion training was implemented on Pudahuel's Mental Health Center, with 22 women from 18 to 76 years old that showed anxiety symptoms. It was developed a mixed study (quantitative and qualitative) evaluating the effects of the training on mindfulness, self-compassion, symptoms reduction (anxiety, depression, stress and negative affects) and on well-being (psychological well-being, subjective happiness and positive affects). These variables were measured before the training, after the training and 6 months after the training ended. On this study the intervention group was compared with 2 control groups (a group that received psychotherapy and a waiting list group). Also a qualitative study was made to observe how the training influenced on the way the participants relate to themselves. For this, some semi-structured interviews and a focal group were made after the training and some months later.

In general terms, both results (qualitative and quantitative) showed agreement. On one side, statistically significant results were found on mindfulness and self-compassion, comparing the training participants with the control groups. Also it was observed an statistically significant reduce on anxiety, depression, stress and negative affects and an increment on levels of psychological well-being, subjective happiness and positive affects on the participants of the intervention group. On the other side, qualitative results showed how relevant was to establish a more kind perception and way to relate to themselves. This kindly way to relate to themselves contributes to live more connected with themselves, with others and on daily life, also it was an applied and valuable strategy to manage difficult times.

*“El amor y la compasión son necesidades, no son un lujo,  
sin ellas la humanidad no puede sobrevivir”.*  
- Dalai Lama XIV, Ramaswamy 2006)

*“Soy mayor, mejor de lo que pensaba,  
no sabía que contenía tanta bondad”.*  
-Walt Whitman, Canción del camino abierto

# 1. Introducción

Desde el año 2000 en adelante se han incrementado exponencialmente la realización de estudios en torno al impacto de mindfulness en el ámbito de la salud, esto debido principalmente a los resultados favorables que esta práctica sistemática ha demostrado tener en el abordaje de distintos cuadros clínicos y no clínicos, además del interés de ir ampliando sus aplicaciones en diferentes poblaciones y contextos (Brown & Ryan, 2003; Burgess, Propper, & Wilson, 2005; Carlson, Silva, Langley, & Johnson, 2013; Delgado, Guerra, Perakakis, & Vera, 2010; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004).

Mindfulness puede ser entendido en el ámbito clínico como la habilidad de estar en el momento presente, sin juicios y con aceptación, (Germer, Siegel, & Fulton, 2013) aumentando una posición de atención con mayor claridad y menor ansiedad. Son numerosas y significativas las evidencias que demuestran los efectos favorables de la práctica de mindfulness (Black, 2015). Dentro de los principales efectos estudiados están: Que contribuye en la disminución de síntomas de stress y trastornos del ánimo como la depresión (Brown & Ryan, 2003; Burgess, Propper, & Wilson, 2005; Carlson, Silva, Langley, & Johnson, 2013), favorece el manejo de la rabia, la ansiedad y el miedo (Garland, Gaylord & Park, 2009), ayuda a reducir los trastornos del sueño (Carlson, & Segal, 2005), mejora de calidad de vida en general (Brady, Laidig, Guy, & Norcross, 1999), ayuda a mejorar en la capacidad de crecer mediante la enfermedad (Brady, Laidig, Guy, & Norcross, 1999) y aumenta la capacidad de tolerar la incertidumbre y de generar un propósito constructivo para la vida (Garland et al., 2009)

La autocompasión, por su parte, según Neff y Germer (2013) puede ser entendida como la habilidad para establecer una relación de bondad y comprensión hacia uno mismo, especialmente cuando se está afrontando un momento de dificultad. De acuerdo a Neff (2003a, b) se distinguen tres componentes centrales de la autocompasión: mindfulness, la humanidad compartida y la bondad hacia uno mismo. En relación al modo de relacionarnos con nosotros mismos, la autocompasión se presenta como una alternativa al concepto de autoestima y como una posibilidad de nuevos relatos ante las narrativas auto-críticas.

La autocompasión ha comenzado a ser investigada más recientemente que la práctica de mindfulness, recién en el año 2003 Kristin Neff publicó los dos primeros artículos académicos en que abordaban la temática (Neff, 2003a, b) y desde esa fecha se ha comenzado a investigar sobre sus características y los efectos en el bienestar psicológico. Los resultados de estos primeros estudios son alentadores, por un lado, se destacan que hay una alta correlación entre autocompasión y bienestar psicológico en poblaciones no clínicas (Baer, Peters & Lykins, 2012) y, por otro lado, se ha ido estableciendo una correlación negativa entre la autocompasión y cuadros clínicos, tales como depresión, ansiedad y estrés (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

Si bien existe una amplia evidencia favorable sobre la realización de programas de mindfulness y autocompasión, la mayoría de los estudios hasta la fecha se han implementado en una población con características particulares, siendo esta Estadounidense o Europea, altamente educada, interesada en la meditación y de nivel socioeconómico medio o medio-alto, existiendo escasos estudios en contextos socioculturales distintos a estos (Neff & Germer, 2013), De acuerdo a Davidson y Kazniak, (2015) variedades étnicas y culturales necesitan ser tomados en cuenta, tanto al diseñar como al medir las intervenciones basadas en mindfulness. Así por ejemplo, se hace necesario diseñar y evaluar los tratamientos en mindfulness y autocompasión en poblaciones latinas, de nivel socioeconómico bajo, no especialmente interesados en la meditación y con antecedentes clínicos, ya que este grupo es especialmente representativo en Latinoamérica. Además, la mayoría de los estudios realizados a la fecha son orientados únicamente a la búsqueda de resultados, siendo aún incierto detalles sobre los procesos de cambio ocurridos. Lo anterior viene a presentar una posibilidad para profundizar sobre los efectos de las prácticas de mindfulness y autocompasión, considerando la realidad sociocultural chilena, que tiene características y necesidades particulares, diferentes a las culturas estadounidenses o europeas.

En Chile, diversos indicadores muestran las elevadas tasas de ansiedad y estrés presente en la población y al mismo tiempo, que éstas afectan con mayor fuerza a las personas que viven en comunas con elevados indicadores de vulnerabilidad psicosocial.



Según la encuesta nacional sobre calidad de vida y salud mental realizada por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2007) el 27,7 % de las personas dice sentirse ansiosa o estresada siempre o casi siempre, mientras que el 43,9 % señala que tiene dificultades para quedarse dormido algunas veces, casi siempre o siempre. Además, se señala que estos síntomas afectan más a mujeres que a hombres (32% v/s 23%). La encuesta nacional de salud (MINSAL, 2010) confirma esta misma tendencia, en ella se indica que un 35,4% de los hombres dice no presentar en ningún grado de ansiedad o preocupación, mientras que solo un 22,6% de las mujeres refiere lo mismo, además un 13,3% de los hombres y un 25,9% de las mujeres manifiestan sentir mucha o demasiada ansiedad y preocupación.

Respecto al rango etario, el grupo que presenta mayores niveles de ansiedad en Chile es el de la adultez joven y media. De acuerdo al estudio del MINSAL (2010) el 22,5% de la población entre 25 a 44 años y el 25,6% de la población entre 45 a 64 años refiere síntomas moderados de ansiedad o preocupación, mientras que un 15,8% de la población de entre 15 a 24 años y un 19,7% de la población entre 25 a 44 años, un 22,7% de las personas 45 a 64 años refiere tener síntomas en alto grado de ansiedad o preocupación.

Respecto al nivel socioeconómico, el estudio sobre Estrés y Felicidad en Chile realizado por Muñoz, Quezada, Sanhueza y Cruz (2008) señaló que las personas de niveles socioeconómicos más bajos presentan un mayor nivel de stress que las de nivel alto (30,3% en los niveles C-D v/s 13,6% en el nivel C1).

Si se consideran, por un lado, los efectos beneficiosos reportados por la investigación sobre mindfulness y autocompasión, y por otro, se reconoce la necesidad de buscar intervenciones efectivas en la población de mujeres chilenas adultas, que viven en un contexto de mayor vulnerabilidad psicosocial en Chile, emerge el interés de investigar sobre los efectos de la práctica de mindfulness y autocompasión en esta población.

Considerando la relevancia de este tema en el ámbito de la salud mental en Chile, la presente investigación se propuso abordar las siguientes dos preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el efecto que tiene el entrenamiento en mindfulness y auto-compasión en mujeres adultas con síntomas de ansiedad, que viven en contexto de vulnerabilidad

psicosocial, en los niveles de mindfulness y auto-compasión, en los síntomas (ansiedad, depresión, estrés y emociones negativa), tanto como en los indicadores de bienestar, (felicidad subjetiva, bienestar psicológico y afectos positivos)?

-¿Cuáles son los significados asociados al modo en que mujeres adultas, que viven en contexto de vulnerabilidad psicosocial se relacionan consigo mismas, después de realizar un taller de mindfulness y autocompasión?

En términos de objetivos, el presente estudio buscó responder a los siguientes objetivos generales:

- 1) Evaluar los niveles de mindfulness, autocompasión, tanto como los síntomas (ansiedad, depresión, estrés y emociones negativas) así como evaluar los indicadores de bienestar psicológico (bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos), en mujeres adultas con sintomatología ansiosa, que vivan en una población con alta vulnerabilidad psicosocial, tras realizar un entrenamiento en mindfulness y autocompasión.
- 2) Describir y sistematizar los significados asociados a la manera en como las mujeres se relacionan con ellas mismas, después de realizar un entrenamiento en mindfulness y autocompasión, en mujeres adultas con sintomatología de ansiedad, que vivan en una población con alta vulnerabilidad psicosocial.

Los objetivos específicos establecidos fueron:

Asociados al Objetivo General 1

- 1) Describir los efectos de un taller de mindfulness y autocompasión, en los niveles de mindfulness y autocompasión, en mujeres que viven en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.
- 2) Evaluar el impacto de un taller de mindfulness y autocompasión, en los niveles de ansiedad, depresión, estrés y emocionalidad negativa, en mujeres que vivan en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.
- 3) Evaluar el impacto de un taller de mindfulness y autocompasión, en los niveles de bienestar (bienestar subjetivo, felicidad subjetiva y afectos positivos), en mujeres que vivan en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.

- 4) Evaluar la mantención de los efectos producidos al concluir el taller de mindfulness y autocompasión, luego de seis meses de realizada la intervención.

Asociado al Objetivo General 2

- 5) Describir y sistematizar la experiencia subjetiva de las participantes, en torno a los significados asociados al modo de relacionarse consigo mismas, debido a su participación en el taller de mindfulness y autocompasión.

## 2. Marco Teórico y Empírico

Si bien la investigación científica sobre mindfulness y autocompasión no tiene más de 15 años, ambos conceptos y sus prácticas asociadas están ligadas a tradiciones que se remontan a más de 2600 años de historia, estas prácticas han sido desarrolladas sistemáticamente en la tradición budista como modos de alcanzar un mayor bienestar, y hoy se están incluyendo en la práctica psicoterapéutica y se continua investigando científicamente.

A continuación, se presentarán los principales antecedentes meta-teóricos, teóricos y empíricos, primero de mindfulness y luego de la autocompasión, enfatizando en la evidencia existente al día de hoy y los programas psicoterapéuticos que buscan desarrollar estas habilidades. Luego se pasará a revisar los principales desafíos y limitaciones que tiene la investigación en este tema, y desde la cual emergen las preguntas y los objetivos que la presente investigación busca responder.

### 2.1. Mindfulness

La facultad de traer de vuelta deliberadamente la atención errante, una y otra vez, constituye el fundamento mismo del discernimiento, del carácter y la voluntad. Nadie es maestro de sí mismo si no la tiene. La educación que mejore esta facultad sería la educación por excelencia. (William James, 1890/1981, p.424)

#### 2.1.1. Etimología y Origen.

Etimológicamente, el término inglés mindfulness es una traducción proveniente del término Pali Sati y del término Sánscrito Smrti. Es un concepto que proviene de la tradición budista y se enuncia cuando se refiere a cultivar la atención correcta, el séptimo elemento del noble óctuple sendero, con el cual el Buda buscaba trascender el sufrimiento.

Según Germer, et al. (2013) Sati connota 3 aspectos de la consciencia, que están presente simultáneamente: 1- Percatarse, 2- Prestar atención y 3- Recordar.

Brown y Ryan (2003) integran las nociones de percatarse y prestar atención bajo la noción de consciencia, siendo el percatar la habilidad de reconocer o darse cuenta de que algo ocurre,

mientras que el proceso de prestar atención considera el enfocar la anterior percatación conscientemente en el momento presente, suministrando así una mayor sensibilidad a lo que está ocurriendo en el plano de conciencia. Mindfulness también implica la habilidad de recordar, lo que está lejos de significar hacer conscientes momentos del pasado, implica más bien recordar, reorientar la percatación y la atención hacia la experiencia presente, de un modo directo y amable. Es un recordar particular, es una re-orientación de la conciencia desde las ensoñaciones y pensamientos desencarnados hacia experimentar plenamente lo que esté ocurriendo en el momento presente.

La palabra inglesa mindfulness no tiene una traducción exacta en el idioma español, algunos autores lo han traducido como: presencia plena o atención plena o conciencia plena (Vallejo, 2006), pero estos términos no logran capturar del todo el sentido original y completo del término, ya que reflejan sólo una parcialidad del sentido, la mayoría de las veces marcando un énfasis cognitivo. Una traducción bastante reconocida en el ámbito científico es la desarrollada por Varela, Thompson y Rosch (1997), quienes señalaron que mindfulness es la capacidad que todas las personas poseen de mantenerse con una presencia plena, junto con una conciencia abierta; dos habilidades que integradamente permitirían dar cuenta de mindfulness. Esta concepción sobre mindfulness desarrollada por Varela está en el contexto del proyecto de integración entre las Ciencias Cognitivas y la perspectiva de la experiencia tomada del Budismo. Varela desarrolla la perspectiva del embodied mind o perspectiva enactuada, como alternativa al computacionalismo cognitivo tradicional, donde propone un cambio en el modo de comprender la cognición, entendiéndola desde su origen como una mente-corporizada, que busca ser un modelo que dé una respuesta integradora al problema mente/cuerpo, basado en una vía intermedia entre los extremos del objetivismo y el subjetivismo (Thompson & Varela, 2001), entendiendo primero el cuerpo como una estructura experiencial vivida, y segundo, como el contexto o ámbito de los mecanismos cognitivos (Varela, et al., 1997). La enacción cuestiona que la cognición sea fundamentalmente representacional o pre-dada, para proponer la designación del concepto de enacción como una cognición puesta en obra en un mundo que emerge, vinculado con un trasfondo existencial (Heidegger, 1926/1998). La presencia plena/conciencia abierta (mindfulness) de Varela, no es en ningún caso teórico y abstracto,

aparece más bien como un modo de ser-en-el-mundo, o como algunos fenomenólogos lo llaman lebenswelt, o mundo de la vida (Varela, et al., 1997)

Desde la incorporación del origen budista de la práctica de mindfulness, Hanh (2000) señala que mindfulness puede entenderse como la integración de dos componentes centrales: 1. Concentración (Samadhi en sánscrito) con 2. Una comprensión profunda (Prajña en sánscrito).

1. La concentración (Samadhi), se refiere a poder mantener la atención un tiempo sostenido en un objeto, significa poner las cosas juntas, unir una cosa con otra, permanecer plenamente presentes. En este contexto, la comprensión de concentración no es sólo cognitiva, sino que es un fenómeno que incluye aspectos emocionales y actitudinales, estableciéndose un vínculo de unión entre quien observa y aquello que está siendo observado. Aunque en otra tradición, la descripción de Hanh de concentración es muy cercana a la idea de intencionalidad fenomenológica de la conciencia, desarrollada por Franz Brentano (1995) primero y ampliada luego por Edmund Husserl (1976).

2. La comprensión profunda (Prajña) por su parte, implica tener un acercamiento profundo y sentido a lo observado, poder contemplar con la máxima transparencia, apertura y comprensión lo que ocurre, con la menor interferencia de los prejuicios, juicios o intereses personales, o más bien, siendo muy consciente de ellos y distinguiéndolos del fenómeno.

De acuerdo a Hanh (2000) concentración y comprensión profunda son los dos componentes nucleares de mindfulness, los que se refuerzan mutuamente, una mayor concentración permite una mayor comprensión, mientras que ante una mayor comprensión se alcanza mediante una mayor concentración, generándose así un círculo virtuoso.

### **2.1.2. Definiciones de Mindfulness.**

La primera referencia de mindfulness en occidente es la realizada por el investigador David Rhys, fundador de la Sociedad de textos Pali, quien en el año 1910 hace una referencia a mindfulness como la habilidad de traer de vuelta a la mente y darse cuenta de la impermanencia de todos los fenómenos mentales y corporales, volviéndolo a hacer en cada experiencia de vida, desde un punto de vista ético. (Bodhi, 2013). Más contemporáneamente, diversos autores han ido definiendo mindfulness. Thich Nhat Hanh (1976/2007), un destacado monje zen y escritor

vietnamita, en una de las primeras definiciones modernas señala que mindfulness es la habilidad de: “mantener viva la consciencia en la realidad presente” (p.11). Daniel Goleman (2003) por su parte plantea que mindfulness es: “la capacidad de estar frente a la desnuda realidad de la experiencia, observando cada evento como si estuviera ocurriendo por primera vez” (p.20). Simón (2007) por su parte define mindfulness como: “La capacidad humana universal y básica, que consiste en ser conscientes de los contenidos de la mente, momento a momento” (p.8).

Buscando encontrar los elementos centrales a estas definiciones, existe coincidencia entre ellas respecto a algunos de los componentes comunes que tendría mindfulness, hay coincidencia que implica un estado psicológico de apertura, universal y básica a la experiencia viva, con un marcado énfasis en observar lo que ocurre en el momento presente, momento a momento, siendo estos aspectos observados en la experiencia, y captados mediante los sentidos. Mindfulness incluiría también el reconocer tanto lo observado y percibido en la experiencia “externa” como “interna”, lo corporal y mental de un modo integrado. La atención plena daría así cuenta de un fenómeno integrado dentro de un campo de experiencia, donde es posible percatarse de lo que se observa y del cómo y quien observa.

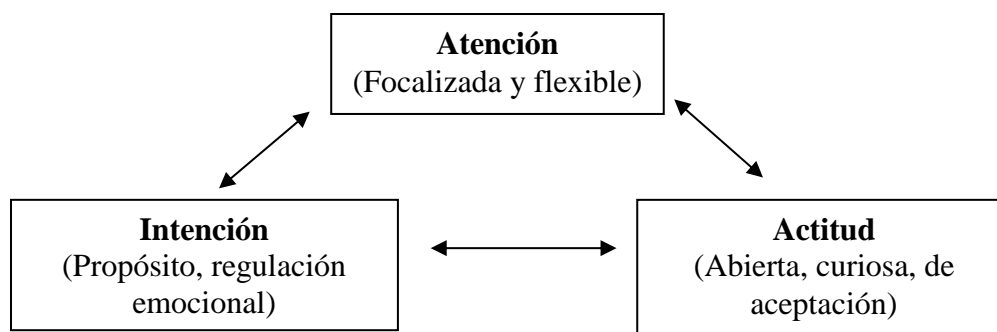
En el ámbito de las ciencias de la salud, una de las principales definiciones de mindfulness es la proporcionada por Jon Kabat-Zinn (1994), un biólogo molecular pionero en la implementación de mindfulness en el ámbito médico, quien definió mindfulness como “la capacidad de prestar atención de manera particular, con un propósito en el momento presente y sin juicios mentales” (p.4). Por su parte Germer, Siegel y Fulton (2013), definieron mindfulness como: “La capacidad de darse cuenta del momento presente con aceptación” (p.7). En ambas definiciones se resaltan los componentes de vivenciar el momento presente, por un lado, y la actitud de no juicio y aceptación por otro lado, como los dos componentes centrales de mindfulness en el ámbito clínico. Germer, Siegel y Fulton (2013) describen a su vez 8 características de la práctica de mindfulness, las cuales son: 1) Ser primariamente no conceptual o pre conceptual, 2) Estar centrada en el momento presente, 3) Ser una experiencia donde no predomina el juicio, sino la experiencia directa, 4) Ser intencional, 5) Involucrar una observación participante, 6) Ser no verbal, 7) Ser exploratoria y 8) Ser liberadora, en sentido que ayuda a la persona que lo practica a no quedarse atrapado en los pensamientos sobre el pasado y en preocupaciones sobre el futuro.

A modo de síntesis, Simón y Germer (2011) señalan que la práctica de mindfulness, tal como está siendo entendida en occidente, se podría sintetizar como el entrenamiento simultáneo de tres habilidades: (1) conciencia focalizada en un solo punto (concentración), (2) conciencia de campo abierto (mindfulness) y (3) una actitud de bondad amorosa o compasión.

### 2.1.3. Componentes psicológicos de mindfulness.

En la búsqueda por sistematizar en los diferentes mecanismos psicológicos la base de mindfulness, Shapiro y Carlson (2009) señalaron que cuando la práctica de mindfulness se presenta hay tres componentes interactuando entre sí, siendo cada uno de ellos indispensable para que la práctica de mindfulness se haga presente. Estos tres componentes son: Intención (I), Atención (A) y Actitud (A). Según las autoras, mindfulness sólo se daría en un modelo que incluya estos tres elementos (IAA) en interacción. Las características de estos componentes y su interacción se ilustran en la Figura N°1.

Figura N°1: Modelo IAA de Mindfulness (Shapiro & Carlson, 2009)



**La intención** es entendida en este modelo como la fuerza invisible que precede a la conducta. Aunque puedan ser imposible de observar directamente, las intenciones corresponde a las ideas, las elecciones y los impulsos que conducen a actuar de una determinada forma. En la práctica de mindfulness están continuamente en juego pequeñas y grandes intenciones.

De acuerdo a Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006) las intenciones pueden ir cambiando a lo largo del tiempo. Al principio, la motivación puede tener que ver con disminuir el estrés y la tensión, pero con el paso del tiempo, esta puede ir cambiando hacia el desarrollo personal y



la espiritualidad. Con el paso del tiempo, las intenciones pueden ir haciéndose más profundas y amplias, además, las intenciones definen el alcance de lo que se puede alcanzar, tal como lo plantea Kabat-Zinn (1990): “Tus intenciones sientan las bases de lo que es posible. Ellas te recuerdan momento a momento por qué estás practicando” (p.32).

**La atención:** Se refiere a la capacidad de prestar atención y de discernir a qué se le presta atención, constituyen en gran parte la experiencia percibida, definiendo también la manera en que se responde al entorno y a los demás. Mindfulness pone énfasis en el entrenamiento y desarrollo de una atención equilibrada.

Considerando lo señalado por William James (1890/1981) en la cita que da inicio al apartado, se podría afirmar que el entrenamiento en la atención constituye la educación por excelencia. A través de ella es posible contrarrestar los tres desequilibrios generales de la atención (Wallace & Shapiro, 2006): el déficit atencional, entendida como la incapacidad de enfocar la mente de manera vívida sobre algo; la hiperactividad atencional, en que la mente está demasiado activa, tendiendo a la agitación y distracción, y la disfunción atencional, que ocurre cuando enfocamos la mente de maneras que conllevan sufrimiento para uno mismo y/o para los demás (Segú, Brito & Araya, 2014).

**La actitud:** Se refiere al modo o al cómo se trae al momento presente la atención, incluyendo al tono con el cual se hacen las cosas, el cómo se realiza el qué. Incluso al practicar con una buena intención y con una atención bien enfocada, podría no realizarse con una actitud amable— si por ejemplo, tenemos una actitud competitiva o crítica, juzgándonos constantemente por no hacer las prácticas a la perfección— Es en la actitud donde comienza a estar en juego la compasión, entendiéndola como la actitud de brindar bondad y cuidado, dirigida hacia nosotros mismos o hacia los demás, especialmente cuando se enfrentan momentos de dificultad. Aquí la compasión podría entenderse como parte de la actitud de mindfulness.

En síntesis, mindfulness implica practicar el estar plenamente atentos o conscientes, con determinadas intenciones y actitudes, entre las que se cuentan el ser amables, ecuanímes y menos reactivos en la forma en que nos relacionamos con la experiencia.

#### **2.1.4. Perspectiva del cambio terapéutico en mindfulness.**

##### ***Énfasis en la aceptación, teoría paradójica del cambio.***

Mindfulness posee a la base, una teoría de cambio que plantea que la práctica sostenida de una observación atenta y una actitud de aceptación, permite a la persona relacionarse de una manera diferente con aquello que le está ocurriendo. Esta aceptación y el no reaccionar automáticamente permiten que las percepciones y las respuestas se modifiquen (Araya, 2010). Esta perspectiva es concordante con la teoría paradójica del cambio (Fagan & Shepard, 1989) que propone que el cambio se produce cuando se reconoce y acepta aquello que ya se es y no cuando la persona trata de convertirse en quien no es. Esta perspectiva reconoce como eje central la noción de aceptación, la cual es coherente con la perspectiva sistémica interaccional de cambio (Hirsch, 2006; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1995). Quienes observan que la mantención del estado problema es sostenida interaccionalmente por las soluciones intentadas no exitosas, en otras palabras, lo que hace que el problema y el sufrimiento persistan son paradójicamente los intentos de solución persistentes e insatisfactorios; los intentos de solución son los que mantienen el problema (Araya, 2010; Hirsh, 2006). Un énfasis excesivo en el cambio o en la reducción de síntomas pueden llevar al efecto contrario (mayor rabia, culpa, más sintomatología, etc.). Mindfulness, desde esta perspectiva, se convierte en una práctica que contribuye a romper el círculo vicioso generador de sufrimiento, mediante la presencia plena/consciencia abierta, la persona puede observar y reconocer lo que está ocurriendo con una mayor perspectiva y desde ahí actuar con mayor cuidado, aprendiendo a responder en vez de meramente reaccionar.

##### ***Exposición con la experiencia.***

De la mano con la aceptación, la práctica de mindfulness promueve una exposición directa con la experiencia, lo cual también es un factor central del cambio terapéutico. Mindfulness como práctica que expone a la persona a sentir cualquier sensación, pensamiento o emoción que surge en el momento, sin evitar, escapar o enjuiciar. Se fomenta una actitud de apertura, invitando a las personas a “entrar” en la experiencia, tomando conciencia de las cualidades de la sensación y también con los pensamientos y emociones asociados.

Según Kabat-Zinn (1992), la habilidad para observar la sensación de dolor de manera no enjuiciadora, sin escapar y con sensación de control reduce el estrés producido por el dolor. La exposición prolongada a sensaciones de dolor, en ausencia de consecuencias catastróficas ayuda a la des-sensibilización y a una reducción de las respuestas automáticas gatilladas por el dolor, es decir, esta práctica desarrolla la habilidad de experimentar el dolor sin la reactividad emocional exagerada. Aunque los síntomas de dolor no disminuyan, el estrés y sufrimiento asociado si se pueden ver aliviados.

### ***Cambio en los patrones de pensamiento y modificación cognitiva.***

Mindfulness contribuye también a cambiar la forma en que se perciben y manejan los sucesos estresantes, se puede cambiar la manera de responder ante ellos. La persona así se fortalece, siendo capaz de abrirse a su experiencia presente tal cual es, evitando así caer en comportamientos dañinos producto de la urgencia por cambiar o escapar.

Kabat-Zinn (2006) destaca el profundo impacto que tiene el pensamiento en la salud, dado que determina la forma en que se percibe y explica la experiencia, incluyendo la relación con uno mismo y el mundo. Por lo tanto, si es posible cambiar la forma en que se percibe y se manejan los sucesos estresantes, se puede cambiar la manera de responder a ellos. Las reacciones automáticas, desencadenadas por la falta de conciencia suelen no resolver la dificultad y, al contrario, tiende a empeorarla, impidiendo ver los problemas con mayor claridad, resolverlos con creatividad y expresar las emociones con asertividad. La capacidad de responder en vez de reaccionar es un elemento que se puede entrenar y que está en el núcleo de la práctica de la atención plena, tal como lo destaca Kabat-Zinn (1990), el observar los pensamientos asociados al dolor o la ansiedad sin enjuiciarlos, lleva a la toma de conciencia que son “solo pensamientos”, más que la realidad, por lo que no se necesita escapar de ellos

Segal, Williams, y Teasdale (2002/2006) plantean que mindfulness puede modificar las relaciones de las personas con sus emociones y pensamientos negativos, generando un espacio entre el estímulo y respuesta, estos investigadores que han estudiado por años la depresión, han recalado la importancia de la habilidad de *descentramiento* o *distanciamiento* para afrontar las dificultades. Estas habilidades corresponden a la capacidad de observar pensamientos, emociones y sensaciones corporales, tanto negativas como positivas, sin dejarse llevar por las

reacciones automáticas que estas producen y tomándolos sólo como pensamientos, lo que a su vez contribuye a la disminución de la tendencia a la repetición sostenida de pensamiento o rumiación mental. En síntesis, mindfulness lleva al cambio en los patrones de pensamiento y en la forma en que nos relacionamos con dichos patrones. El observar nuestros pensamientos y etiquetarlos nos lleva a darnos cuenta de que no siempre son reflejo preciso de la realidad (Ej.: pensar “estoy asustado” v/s “hay un peligro real”) (Linehan, 1993). A la base de esta habilidad estaría lo que Teasdale et al. (2000) denomina insight meta-cognitivos.

### **2.1.5. Modelos de intervención basados en mindfulness.**

En conjunto con un mayor número de investigaciones, se han ido desarrollando diferentes modelos y protocolos clínicos de tratamiento que, o están basados en mindfulness o lo incluyen como uno de sus componentes centrales. A continuación, se revisarán brevemente los principales tratamientos que consideran mindfulness y la evidencia empírica que respaldan su aplicación.

#### ***2.1.5.1. Modelos Basados en Mindfulness.***

##### *Programa de reducción de estrés basado en mindfulness*

Uno de los protocolos clásicos y con mayor evidencia empírica a la fecha es el programa de reducción de estrés basado en mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction [MBSR] en su 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, que 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, incluye prácticas de meditación que requieren 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). Al ser el primer programa clínico basado en mindfulness ha marcado la pauta para muchos de los siguientes programas desarrollados. Este programa tiene un alto número de estudios que respaldan su eficacia tanto en población clínica como no clínica, con efectos a corto, mediano y largo plazo.

Es muy variada la gama de condiciones médicas y psicológicas sobre las cuales el MBSR ha presentado resultados favorables, 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 centrales y también con un amplio respaldo empírico es la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy [MBCT] en su nombre y siglas originales en inglés), elaborado por Segal, Williams y Teasdale (2006). Este programa fue desarrollado a partir del MBSR, incluyendo además algunas intervenciones psicológicas específicas para el abordaje de recaídas en depresión. Este programa ha mostrado una sostenida 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, tales como la meditación, y de técnicas informales para 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, pero incorporando explicaciones teóricas y algunas técnicas y ejercicios de terapia cognitiva, especialmente relacionados con la observación y clasificación de los pensamientos negativos y las emociones que conllevan.

Los objetivos de este entrenamiento son: reducir los pensamientos negativos automáticos y disminuir la utilización del estilo de evitación afectiva, para 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 basado en mindfulness (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 estructura 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, Bowen, Chawla & Witkiewitz, 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, conducta 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).

### ***2.1.5.2. Modelos que incorporan Mindfulness.***

Son variados los programas con fuerte validación empírica que, aunque no estén basados completamente en mindfulness, si la consideran como uno de sus componentes centrales, entre los principales están: la terapia dialéctica conductual y la terapia de aceptación y compromiso.

#### *Terapia Dialéctica Conductual*

Dentro de los principales tratamientos que incluyen mindfulness y que posee un amplio respaldo empírico se encuentra la Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behaviour Therapy [DBT] en su nombre y siglas originales en inglés) desarrollada por Marsha Linehan (Linehan 1993a, b; Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois, 1999) docente de la Universidad de Washington, quien diseñó este programa para ayudar a personas con trastorno límite de personalidad, aunque también ha sido adaptado a otro tipo de consultantes y cuadros clínicos (Shapiro & Carlson, 2009).

Uno de los aspectos más innovadores del DBT, dentro del marco de la terapia cognitivo conductual (TCC) es la incorporación de la filosofía dialéctica, que combina e integra tanto la aceptación de la condición presente como el cambio psicoterapéutico.

En la aplicación formal de terapia DBT la práctica de mindfulness está incluida como uno de los cuatro módulos de trabajo, donde se implementan ejercicios más breves que los desarrollados en los programas MBSR y MBCT, focalizados en la toma de conciencia en la respiración y el cuerpo, los otros 3 módulos son: 1. Efectividad interpersonal, 2. Regulación emocional y 3. Tolerancia al malestar. Con la práctica de mindfulness se introduce las distinciones de tres “estados de la mente” y seis “herramientas de mindfulness”. Los estados de la mente son: 1. Mente racional, aquella parte que toma decisiones intelectuales, 2. Mente emocional, que considera el impulso a actuar desde las emociones, y 3. Mente sabia, que considera la integración de las dos modalidades anteriores, y al balance entre el intelecto, la intuición y las emociones.

Las seis herramientas surgen en las denominadas *habilidades qué* [the what skills, en su formulación original en inglés] y *habilidades cómo* [the how skills, en su formulación original

en inglés]. Asociadas a las *habilidades qué* está la observación, la descripción y la participación, mientras que vinculadas a las *habilidades cómo* está el no juicio, el hacer una cosa a la vez con atención, y la efectividad. (Shapiro & Carlson, 2009). El entrenamiento en estas habilidades busca: reconocer las limitaciones u obstáculos presentes en las situaciones, identificar las metas y actuar con un sentido claro, atendiendo una cosa a la vez, coherente también con los otros tratamientos basados en mindfulness.

Hay una robusta investigación que demuestra la efectividad clínica del tratamiento DBT en pacientes con personalidad limítrofe (Koons, Robins & Tweed Lynch, 2001; Trost, Salsman & Linehan, 2007; Öst, 2008) En estudios controlados, se ha observado una reducción significativa en las conductas para-suicidas (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan et al. 2006), en los niveles de rabia, impulsividad y conductas auto lesivas, junto con la reducción en el sentimiento de soledad y depresión (Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & Van den Brink, 2005; Verheul, et al. 2003).

#### *Terapia de Aceptación y Compromiso*

Según Hayes, Stroschal, y Wilson (1999) la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy [ACT] en su nombre y siglas en inglés) sostiene que es importante ayudar a los clientes a ampliar su repertorio de conductas manifiestas y privadas (como pensar y sentir), incluso ante la presencia de emociones difíciles y situaciones estresantes, De acuerdo a Neff y Tirsch (2014) las técnicas de ACT enfatizan en la flexibilidad psicológica, y se anima con esta técnica a los pacientes a cambiar su relación con las emociones y las cogniciones mediante la práctica de mindfulness.

De acuerdo a Kashdan y Ciarrochi (2014) la terapia ACT se trata de una terapia conductual basada en el mindfulness y orientada a los valores asociados al budismo, aunque no es religiosa. Debe su nombre a uno de los mensajes centrales: aceptar lo que está fuera del control personal, e invita a comprometerse con acciones que mejoren y enriquezcan la vida.

A diferencia de los modelos basados en mindfulness como el MBSR o el MBCT, no es un tratamiento manualizado ni grupal, sino más bien es un enfoque psicoterapéutico de orientación individual.



Según Kashdan y Ciarrochi (2014) en la terapia ACT las habilidades de mindfulness se dividen en tres categorías:

1. Desactivación: distanciarse de pensamientos y creencias que nos sean favorables.
2. Aceptación: No oponerse y permitir sentimientos, impulsos y sensaciones que puedan resultar dolorosas.
3. Contactar con el presente: Comprometerse con curiosidad y apertura con la experiencia que ocurre en el aquí y ahora.

En términos de proceso terapéutico, la terapia ACT propone un modelo de flexibilidad psicológica denominado HEXAFLEX, de acuerdo a Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, (2006) este modelo incluiría seis procesos que trabajan interactivamente, siendo estos:

1. Ponernos en contacto directamente con la experiencia del momento presente.
2. Movilizar las experiencias literalizadas de eventos mentales, que estrechan las posibilidades de conductas disponibles.
3. Promover la aceptación de la experiencia.
4. Dejar de sobre-identificarse con el sentido narrativo de un yo fijo.
5. Facilitar el proceso de autoría de los valores, y
6. Comprometerse con los valores y actuar de acuerdo a ellos.

La terapia de aceptación y compromiso ha mostrado ser efectiva en un amplio rango de dificultades, especialmente en aquellos cuadros que tienen como patrón común la evitación de la experiencia.

En general el tamaño del efecto de las intervenciones de ACT ha sido altas y mejoran en los seguimientos (Ruiz, 2010), diversos estudios experimentales y cuasi-experimentales han mostrado efectos favorables de aplicaciones de la terapia ACT en la reducción de los síntomas de ansiedad y trastornos de pánico (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004; Roemer & Orsillo, 2007; Twohig, Hayes, & Masuda, 2006b) en la reducción de síntomas depresivos (Hayes et al., 2006; Zettle, Rains, & Hayes, 2011) en el tratamiento de la fobia social (Block, 2002; Dalrymple & Herbert, 2007; Kocovski, Fleming, & Rector, 2009; Ossman, Wilson, Storaasli, & McNeill, 2006) y en el tratamiento de los atracones de comida (Forman, Hoffman, McGrath, Herbert, Brandsma, & Lowe, 2007).

Hay un buen número de estudio de casos que detallan las intervenciones ACT, adaptándose a las características personales de los consultantes, mostrando efectos positivos con este tratamiento. Entre los principales se encuentran en pacientes con depresión (Dougher & Hackbert, 1994; Luciano & Cabello, 2001), ansiedad (Ferro, 2000; Hayes, 1987; Luciano & Gutiérrez, 2001), agorafobia (Carrascoso, 2000; Morón, 2006; Zaldívar & Hernández, 2000), crisis de pánico (Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, & Langer, 2009), fobia social (Eifert et al., 2009), anorexia nerviosa (Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002), problemas de familia y pareja (Biglan, 1989; Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson, 2009), disfunción sexual (Montesinos, 2003), y alcoholismo (Heffner, Eifert, Parker, Hernández, & Sperry, 2003; Luciano, Gómez, Hernández, & Cabello, 2001).

### **2.1.6. Evidencia empírica general de la práctica de mindfulness**

Tal como se ha señalado antes, en la investigación en mindfulness y sus aplicaciones en el ámbito clínico ha aparecido un creciente interés, lo que se ha traducido en un exponencial incremento de estudios empíricos que buscan determinar la validez y eficacia de la práctica de mindfulness en diferentes contextos. De acuerdo a Black (2015) el año 2000 había sólo 21 artículos científicos con el título de mindfulness o que lo incluyera en las palabras claves, ya en el año 2005 la cifra aumentó a 77, y año tras año el número de publicaciones ha ido creciendo exponencialmente, para el año 2010 se registraban 253 publicaciones científicas, el año 2012 alcanzaron las 496, el año 2013 fueron 505 artículos científicos publicados y el año 2014 fueron 533 publicaciones (Black, 2015). Estas cifras reflejan, por un lado, un cada vez mayor interés de los profesionales e investigadores en este ámbito y por otro lado un desarrollo de una línea de investigación en esta temática cada vez más robusta y diversa.

La evidencia recabada hasta este momento es variada, las cuales podríamos ordenar en evidencia a nivel psicológico, neurobiológico y sintetizando en los principales meta-análisis realizados a la fecha.

### ***Evidencia a nivel psicológico.***

Hoy existe una importante cantidad de evidencia clínica que muestra los efectos favorables de la práctica de mindfulness, la cual podría dividirse en contribuir a la reducción de síntomas de incremento de la percepción de bienestar.

Sobre la reducción de síntomas, la práctica sostenida de mindfulness contribuye a una disminución de la ansiedad, rabia y el miedo (Garland et al., 2009), reduce los síntomas de stress y trastornos del ánimo como la ansiedad y la depresión (Brown & Ryan, 2003; Burgess et al., 2005; Carlson, & Segal, 2005). Contribuye a la disminución de los trastornos del sueño (Carlson, & Segal, 2005), además de mejorar en la capacidad de crecer mediante la enfermedad (Brady et al., 1999) estas prácticas ayudan a afrontar varios problemas médicos, como enfermedades cardiovasculares, asma, diabetes del tipo 2, síndrome pre menstrual y dolor crónico (Walsh & Shapiro, 2006)

En relación al incremento del bienestar, existe evidencia que respalda la práctica de mindfulness en la mejora de la calidad de vida en general (Brady et al., 1999) y en el incremento en la capacidad de tolerar la incertidumbre y de generar un propósito constructivo para la vida (Garland et al., 2009).

### ***Evidencia a nivel neurobiológico.***

Hoy en occidente se han realizado significativos avances en el estudio neurobiológicos de los pensamientos y los afectos. Mediante técnicas como la neuroimagen y el procesamiento computarizado de señales electroencefalográficas, en los últimos 20 años, la neurociencia ha ido desarrollándose como disciplina, permitiendo comprender cuál es el correlato neurofisiológico de experiencias cada vez más sutiles, como la experiencia de estar en un estado de alerta y atención sostenida y entrenada.

Algunos estudios resaltan los aportes que puede realizar la práctica del mindfulness al bienestar y al equilibrio emocional, por ejemplo, Siegel (2007) ha realizado la distinción entre procesos neurológicos de arriba-abajo y de abajo-arriba. Los primeros (arriba-abajo) se refieren a cuando

el individuo filtra la percepción de la realidad, mientras que el proceso inverso (abajo-arriba) describe el ingreso de información fresca desde los órganos sensoriales. Los procesos de arriba-abajo, si bien poseen un innegable valor adaptativo y de supervivencia, crean predicciones y esclavizan la interpretación de la experiencia, no permiten la novedad e interpreta la realidad en base a patrones ya conocidos, en cambio los procesos de abajo-arriba amplían los matices de la experiencia, ya que se tiene acceso con más nitidez de los sentidos. El mindfulness favorece estos procesos de abajo-arriba, favoreciendo la llegada de mayor riqueza de información de los sentidos.

Davidson y colaboradores (1999, 2004), señalan que la práctica sostenida de mindfulness es capaz de provocar la lateralización a la izquierda de la activación cerebral en la corteza prefrontal, lo cual implica una mayor activación de emociones como la alegría, tranquilidad, y una reducción de emociones displacenteras, tales como la ansiedad, la ira y el miedo.

También se han descubiertos efectos beneficiosos a nivel de sistema inmunitario. En un clásico estudio de Davidson y colaboradores. (2003), se comprobó que la meditación potenciaba por la producción de anticuerpos entre los meditadores tras 8 semanas de práctica, en comparación al grupo de control. Según Tang et al. (2007). hoy al menos está validada la influencia del mindfulness en la producción de anticuerpos.

Finalmente, diversos estudios han demostraron la existencia de cambios estructurales en diferentes partes del cerebro producto de la práctica de la meditación. Un estudio de Lazar y colaboradores (2009) demostró que ciertas zonas del cerebro de los meditadores existía un grosor mayor de la corteza cerebral (comparado con los sujetos del grupo control) las zonas ampliadas fueron la ínsula del hemisferio derecho (asociada a la actividad interoceptiva y a la consciencia de la respiración) y la corteza prefrontal también derecha (áreas 9 y 10 de Brodmann) que se asocian claramente a la atención sostenida. Según Simón (2007) este trabajo de Lazar y colaboradores, demuestran que la experiencia de mindfulness no sólo provoca cambios funcionales transitorios, sino que también deja huellas estructurales en el cerebro. Lo que significa que, si la experiencia es suficientemente prolongada, produce cambios de rasgos y no meramente de estado, también existe evidencia del incremento de la materia gris en el hipocampo (Hölzel et al., 2011; Luders, Toga, Lepore, & Gaser, 2009), reducción del

adelgazamiento cortical debido al envejecimiento en las regiones prefrontales reforzadas por la meditación (Gard, Hölzel, & Lazar, 2014) mejora en las funciones psicológicas asociadas con estas regiones, como la atención (Carter et al., 2005; Tang et al., 2007).

### *Meta-análisis*

Desde una perspectiva transversal, recientes meta-análisis sugieren que mindfulness es una intervención efectiva en diversos problemas de salud mental en población clínica (Fjorback, Arendt, Ornbøl, & Walach, 2011; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010), como también en ámbitos no clínicos, disminuyendo el estrés y aumentando el bienestar y calidad de vida de las personas que lo practican (Nyklicek, Son & POUWER, 2010). Grossman et al., (2004) en un meta-análisis sobre los beneficios de los programas MBSR en la salud, donde se revisaron 64 estudios empíricos, siendo incluido 20 estudios, se determinó que el tamaño de efecto encontrado de los programas MBSR fue de 0,5 es decir, un tamaño del efecto moderado en el afrontamiento del estrés, lo que es un buen indicador para una intervención de este tipo, esto tanto, en individuos con problemas clínicos y no clínicos.

El meta-análisis de Chiesa & Serretti (2009), que consideró originalmente 150 artículos empíricos, seleccionando 10, mostró que el programa MBSR es capaz de contribuir en disminuir el pensamiento rumiante y los síntomas de ansiedad, tanto como incrementar la empatía y la autocompasión.

Estos meta-análisis y las evidencias que se ha ido encontrando en la última década, presentan un panorama alentador y a la vez desafiante. La evidencia respalda que las prácticas de mindfulness generan efectos beneficiosos en el bienestar psicológico, quedando pendiente explorar los efectos de estas prácticas en poblaciones diferentes a las tradicionalmente estudiadas, como por ejemplo, investigar en una población latinoamericana y en sectores de vulnerabilidad psicosocial.

Finalmente, al incrementarse la evidencia y el interés en mindfulness, aparece también una mayor necesidad de explorar el rol que juega los componentes afectivos y relacionales (no sólo los atencionales), de allí que cada vez exista un mayor interés en indagar en los efectos que tienen la compasión y la autocompasión, el segundo componente del presente estudio.

## **2.2. Autocompasión**

“La autocompasión puede ser considerado el corazón de mindfulness, -la actitud emocional de mindfulness- especialmente en contexto de psicoterapia, donde el sufrimiento está en el foco de nuestra atención” (Germer & Neff, 2015, p.47)

### **2.2.1. Etimología y Origen**

Si la inclusión de mindfulness es reciente en el ámbito investigativo, la inclusión de la autocompasión lo es aún más, recién en el año 2003 se publicaron los primeros dos artículos sobre autocompasión (Neff 2003a, b), que buscaron comprender y sistematizar el concepto, para luego tratar de investigarlo con mayor profundidad.

La autocompasión es una práctica y un constructo que tiene su origen en la psicología budista y que ha sido practicada y estudiada desde hace más de 2500 años, y sobre la base de textos budistas (por ejemplo, Salzberg, 1997) la psicología contemporánea ha empezado a manifestar un interés por incluirla e investigar los efectos de su entrenamiento en el ámbito clínico e investigativo.

La etimología de la palabra compasión puede ser comprendida al menos desde dos orígenes, por un lado, proviene del arameo racham, derivada de un término bíblico que tiene el significado de “amor, lástima, misericordia” (Reyes, 2012, p.1). La palabra compasión se puede descomponer en dos elementos derivados del latín: *Com*: (junto con) y *pathos* (sufrimiento) (Neff, 2003b; Reyes, 2012). En su origen budista, el término sánscrito para compasión es karuna, que implica el profundo anhelo de aliviar el sufrimiento, en tibetano el término compasión proviene de la palabra *tsewa*, que tiene la característica de no distinguir entre la compasión por uno mismo y compasión por los demás (Neff, 2003b).

Desde la perspectiva budista, la compasión implica entonces estar en contacto con el sufrimiento (propio y de otros), pero además, incluye el sentirse motivado por aliviar ese sufrimiento y realizar las acciones hábiles para incrementar el bienestar (Hanh, 2004; Kornfield, 2008; Neff, 2003b), incorporando así un componente activo de alivio del sufrimiento e incremento del

bienestar. De acuerdo a Triet (2001), una de las características principales de la compasión es su creatividad en medios apropiados para favorecer el despertar y la liberación de cada uno. En palabras del Dalai Lama (2002), “la compasión sirve de bien poco si permanece sólo como una idea y no se convierte en una actitud hacia los otros que imprime su huella en todos nuestros pensamientos y acciones” (p.40).

Un segundo aspecto que le da sentido a la compasión en su origen budista, guarda relación con el estrecho vínculo que se establece entre compasión y comprensión. De acuerdo a Hanh (2002), para tener compasión primero es necesario comprender el fenómeno observado. Se puede describir el comprender como la capacidad de desarrollar una perspectiva profunda y detallada del fenómeno. La comprensión profunda es un pre-requisito para la compasión, emerge de la práctica sistemática de mindfulness. (Hanh, 2000). Considerando lo anterior, en su origen la compasión no es una lucha ni un sacrificio, sino algo que emerge de modo natural e intuitivo tras la comprensión (Kornfield, 2008). En síntesis, desde la perspectiva budista, la compasión emerge como un elemento natural, luego de reconocerse la naturaleza interdependiente de la existencia y de desarrollar una comprensión profunda.

Es importante reconocer que en el contexto budista (derivado de la tradición hinduista) la compasión no es un rasgo independiente de otros, la compasión es considerado uno de los cuatro Brahmaviharas, o como se ha tendido a traducir en el contexto occidental, los cuatro inconmensurables estados de la mente (Wallace, 1999).

Los cuatro brahmaviharas, con sus respectivos términos en sánscrito son los siguientes:

1. Amor compasivo (en sánscrito maitri) es el profundo sentimiento de que todos los seres sean felices y del reconocimiento de sus causas.
2. Compasión (en sánscrito karuna) es el profundo anhelo de que todos los seres estén libres de sufrimiento y del reconocimiento de sus causas.
3. Alegría (en sánscrito mudita) es el deseo que todos los seres tengan alegría y florezcan, incrementando continuamente su bienestar.
4. Ecuanimidad o imparcialidad (en sánscrito upeksa) se refiere a la capacidad de tomar perspectiva y la capacidad de reconocer que cada uno de los seres vivientes desea ser feliz y experimentar bienestar.

De acuerdo a la tradición budista, estos no son sólo un conjunto de buenas intenciones, sino más bien estos estados necesarios de cultivar y mantener, son estados mentales al alcance de todas las personas, si se entrenan. El término inconmensurables proviene de reconocer que su desarrollo y potencial no tiene límites, es decir, siempre pueden seguir ampliándose.

La compasión no está sólo presente en el budismo, sino que está presente en diferentes tradiciones culturales y religiosas, tales como en el Cristianismo, Judaísmo y en el Islam (Balslev & Evers, 2011) se la denomina la regla de oro en las diferentes religiones monoteístas. Una síntesis de ellas es la carta por la Compasión (Charter for Compassion), redactada en el año 2008, en una convención promovida por Karen Armstrong (Armstrong, 2008) y que reunió a distintos líderes religiosos de todo el mundo, se adoptó una definición cuyo origen proviene de Confucio, y que está presente en diversas religiones y tradiciones de sabiduría indígenas, además que trascendería lo religioso al incluir a personas no creyentes. Esta regla de oro se podría sintetizar como: *Trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti* (Armstrong, 2008), en este sentido, la compasión pasaría a formar parte de una ética que considera y trasciende lo religioso, y alcanza a ser ecuménica y laica.

### **2.2.2. Definiciones y componentes de la compasión y la autocompasión.**

#### ***Compasión.***

Al tratar de definir la Compasión, Gilbert y Choden (2013), plantean que deberíamos tener cuidado de no reducir la compasión en un solo concepto, ya que durante cientos de años y en diferentes tradiciones culturales, la compasión ha sido asociada con la bondad, la simpatía y al amor altruista. La compasión sería una forma de desarrollar la bondad y la valentía que necesitamos para emprender las acciones que necesitamos para promover el bienestar propio y el de los demás. En las diferentes definiciones de compasión se integran por un lado el anhelo de desarrollar un mayor bienestar, junto con el de aliviar el sufrimiento cuando este aparece, así según Goetz, Keltner, y Simón-Thomas (2010), la compasión sería el sentimiento que emerge al presenciar el sufrimiento de los demás, junto con un profundo deseo de aliviarlo, concordante con esta perspectiva, Gilbert y Choden (2013) señalan que la compasión sería el impulso para promover que los seres vivos se encuentren libres de sufrimiento y de las causas de este. Germer y Siegel (2012) entienden la compasión como un sentimiento de bondad, cuidado y comprensión



por las personas que sienten dolor, junto con el deseo emergente de aminorar su sufrimiento, destacándose un reconocimiento de compartir la condición humana, frágil e imperfecta.

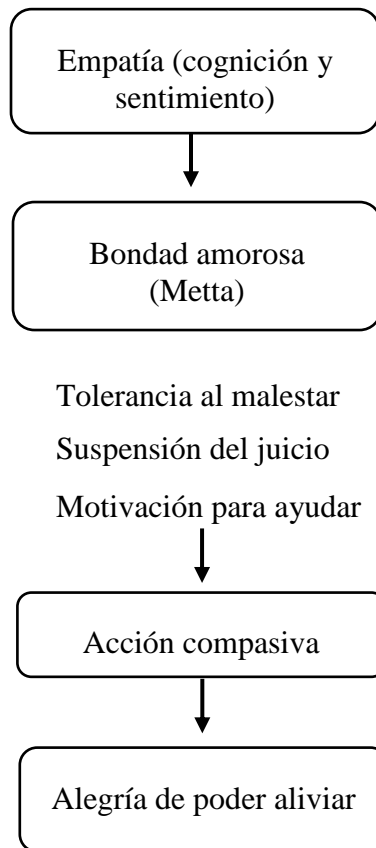
Las teorías psicológicas proponen que la compasión es un constructo psicológico complejo que envuelve las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales (Goetz et al., 2010; Jazaieri, 2013)

Desde una perspectiva evolutiva, la compasión sería un tipo de *mentalidad*, una actitud básica asociada a rasgos tales como la calidez y simpatía (Gilbert, 2010) y su desarrollo estaría presente desde la infancia y estaría vinculado a las experiencias tempranas de afecto y de apego seguro (Gillath, Shaver y Mikulincer, 2005), para estos autores, más que definir a la compasión como un proceso o sentimiento concreto, la perciben como una *mentalidad social* que coordina e integra diversos elementos mentales como la motivación, atención, la empatía, la simpatía y la acción. (Gilbert, 2014).

Según Singer y Ricard (2015) agregan que la compasión no es una herramienta o técnica independiente en la búsqueda del alivio del sufrimiento, sino que más bien es una forma de ser, que junto a otras habilidades contribuyen a un mayor bienestar. Para Singer y Ricard (2015) el amor altruista y la compasión no son meras recompensas al buen comportamiento, y la ausencia de ellas no es un castigo por el mal comportamiento, compasión significa el deseo de eliminar cualquier forma de sufrimiento, no importa la forma que tome ni quien la experimente.

Simón (2015) propone entender la compasión como un flujo, en la cual se pasa desde un primer reconocimiento empático, para luego activarse un momento de bondad amorosa, que incluye reconocer el propio malestar ante el sufrimiento y activar la motivación para ayudar, para concluir con una acción compasiva, y su efecto de alegría ante la acción realizada, este flujo se puede ver con detalles en la figura N°2.

Figura N°2: Flujo de la compasión (Simón, 2015)



En síntesis, la compasión es comprendida como un profundo y natural deseo de alivio del sufrimiento (propio y de otros), acompañado de una tendencia activa por alcanzar un mayor bienestar, la que se pueden ver traducidas en actos altruistas, los que al concretarse generan un sentimiento de alegría. Esta compasión no es meramente instrumental, sino más bien, un modo de ser natural, que se pone en juego ante experiencias de sufrimiento en el espacio social.

#### ***Origen evolutivo de la compasión.***

Desde una perspectiva evolutiva, Goetz et al. (2010) plantean que existen tres líneas de razonamiento que defienden el origen evolutivo de la compasión.

El primer argumento se basa en el papel de la compasión en el cuidado de la descendencia, en especies como los mamíferos y, en especial el ser humano, donde las crías nacen vulnerables y necesitan de mucha dedicación de parte de sus padres o cuidadores. Esta dependencia motivó lo

que hoy conocemos como *sistemas de apego*, un sistema neural necesario para que los padres cuiden a sus hijos y para que estos busquen a sus padres, con el fin de garantizar su supervivencia. De acuerdo a Gilbert (2010), los individuos que presentan más conductas y sentimientos compasivos ante el sufrimiento de sus hijos, aumentan la posibilidad de sobrevivir a estos, asegurando así la transmisión elevada de genes relacionados con el rasgo emocional de la compasión.

Un segundo planteamiento tiene que ver con la teoría de la selección sexual. En los procesos de elección de parejas sexuales, los hombres y mujeres, preferían aparearse con individuos compasivos, ya que estos tienden a comportarse de forma más altruista y a proveer de mayor cuidado emocional y físico, tanto a sus hijos como a sus parejas. Esta elección de parejas sexuales compasivas, produciría un aumento en los genes relacionados con la compasión.

Un último argumento en esta línea evolutiva guarda relación con la formación de relaciones cooperativas entre individuos que no están unidos por relaciones de parentesco. Aquí la cooperación se vería favorecida por la compasión. Los individuos preferirían relacionarse con otros individuos que mostraron rasgos compasivos, ya que estos predicen relaciones de confianza, que conducen a un intercambio de beneficios entre individuos no unidos por lazos familiares. Este aumento de cooperación, favorece una mayor supervivencia de aquellos que poseen este rasgo de conducta, contribuyendo a un mayor éxito reproductivo.

Para Goetz et al. (2010), desde el punto de vista evolutivo, la compasión surge como un rasgo emocional y conductual diferenciado que contribuye a disminuir el sufrimiento y que es distinto a otros estados emocionales.

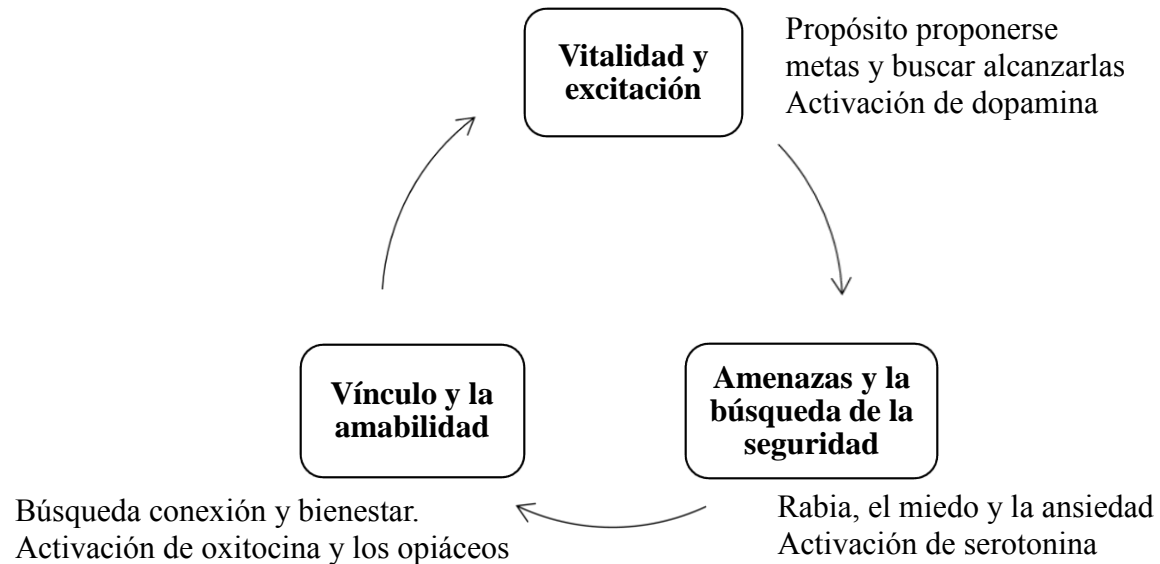
Gilbert (2009) por su parte plantea que la compasión estaría asociada a uno de los tres sistemas naturales de regulación emocional. El primero de ellos estaría orientado a la vitalidad y excitación, que tendría como propósito proponerse metas y buscar alcanzarlas, en este sistema regulador la hormona y neurotransmisor principal sería la dopamina. El segundo sistema de regulación emocional estaría encargado de lidiar con las amenazas y la búsqueda de la seguridad, en él se activaría un sistema de acción inhibitoria. Emociones intensas como la rabia, el miedo y la ansiedad estarían asociados con este propósito. Este sistema podría activarse tanto por estímulos externos como internos, y cuando se activa por estímulos internos, se genera el

riesgo que el mismo individuo se vuelque contra sí mismo, gatillando una mayor autocrítica y mayores niveles de ansiedad y miedo (Gilbert, 2013) Neuroquímicamente la serotonina jugaría un rol activo en este sistema.

Finalmente, y en común con los mamíferos, existiría un tercer sistema de regulación emocional, asociado a la filiación y la amabilidad, lo que llevaría a las personas a sentirse conectadas y calmadas. Aquí los opiáceos naturales y la oxitocina actuarían permitiendo que esto ocurra. Según lo señalan Singer y Ricard (2015) la oxitocina sería un neurotransmisor muy importante en los animales, que contribuye al establecimiento de los vínculos materno-filiales y el cuidado, así como al apego.

De acuerdo a Gilbert (2009) este tercer sistema de regulación emocional sería propio de los mamíferos, y evolutivamente estaría llamado a calmar el estrés en el organismo y luego a actuar. Estos tres sistemas de regulación emocional aparecen graficados en la figura N°3

Figura N°3: Teoría de los tres sistemas de regulación emocional (Gilbert, 2009)



La compasión y la autocompasión en este tercer sistema de regulación emocional tendrían un rol central y tendrían un sentido evolutivo. Al entrenarnos en el desarrollo de la compasión y la autocompasión, se estaría aumentando la actividad de estos sistemas de filiación y cuidado,

logrando que el sistema nervioso, en su conjunto, funcione de una manera más equilibrada. Es este sistema de calma y satisfacción, que contrarresta la actividad y efecto estresante de los otros dos sistemas, permitiría construir un mayor equilibrio emocional (Gilbert, 2009).

De acuerdo a Gilbert (2005), la compasión está enraizada en la capacidad biológica del cuidado por otros, sensibilidad al malestar, simpatía, tolerancia al malestar, empatía, no juicio y sostener un tono emocional cálido. La autocompasión por su parte es la aplicación de esta misma capacidad compasiva dirigida a la propia experiencia. Según Gilbert y Procter (2006) las personas auto-compasivas son genuinamente conscientes de su propio bienestar y son sensibles y empáticos ante el malestar de los demás, pudiendo ser tolerantes con el malestar, sin caer en la autocrítica y en el enjuiciamiento, comprendiendo las causas de este malestar y tratándose a sí mismos con calidez.

### *Autocompasión*

Kristin Neff, docente de la Universidad de Austin-Texas e investigadora pionera en el área, ha señalado que la autocompasión puede ser entendida como la habilidad de ser cálidos y comprensivos con nosotros mismos, en vez de criticarnos cuando estamos sufriendo (Neff, 2012). Es una alternativa de relación con uno mismo diferente a la autoestima y al auto-criticismo.

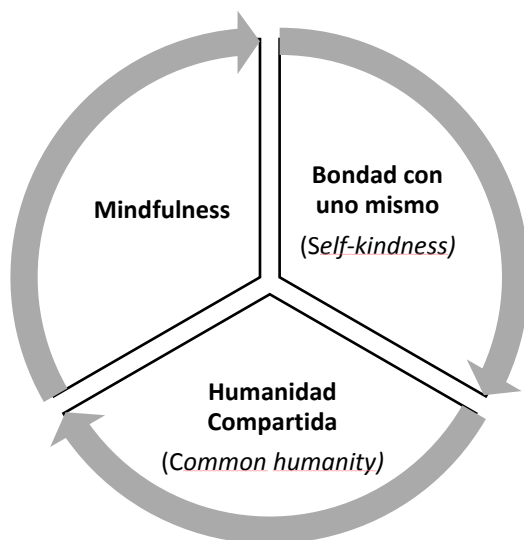
Germer (2011) especifica que la autocompasión implica darnos a nosotros el mismo el cuidado, consuelo y serenidad que de forma natural hacemos llegar a quienes queremos cuando están sufriendo, cuando fracasan o cuando se sienten inadecuados. Neff (2012) por su parte ha señalado que la autocompasión implica ser cálidos y comprensivos con nosotros mismos, en vez de criticarnos cuando estamos sufriendo, cuando sentimos que hemos fallado o cuando nos sentimos incompetentes, de acuerdo a Neff y Tirsch (2014) la autocompasión es relevante al considerar las deficiencias, los errores y los fracasos personales, así como al enfrentarse a situaciones dolorosas de la vida que están fuera del control personal.

### *Componentes de autocompasión.*

Neff (2003b) señala que la autocompasión tendría tres componentes principales que se encuentran interrelacionados, 1. La bondad con uno mismo (Self-kindness), entendida como el

tratarse a uno mismo con cuidado y comprensión, en vez de hacerlo con un juicio autocrítico (Self-judgment); 2. La humanidad compartida (Common humanity), entendida como el reconocimiento que los demás pasan por sufrimientos similares a los propios y que existe una interdependencia natural. En contraposición al sentimiento de aislamiento (isolation), que desde esta perspectiva sería establecer una falsa percepción que la experiencia de sufrimiento es individual e incomprensible para los demás; y 3. Mindfulness, entendido en este contexto como la capacidad de tener una conciencia equilibrada y tomar distancia de los propios pensamientos y sentimientos, se contrapondría a la sobre-identificación o la evitación de la experiencia presente (Neff, 2003b). Como se ilustra en la figura N°4 cada uno de estos elementos interactúa con los otros y los tres serían requisitos para que la autocompasión emergiera.

Figura N°4 Teoría de los 3 componentes de la autocompasión (Neff, 2003a)



Analizando cada uno de estos elementos:

*Bondad hacia uno mismo versus auto-crítica.*

De acuerdo a Barnard y Curry (2011) la bondad hacia uno mismo involucra la auto-afirmación cuando se presenta un momento de dificultad o sufrimiento, reconociendo en uno mismo el amor, la felicidad y el afecto. La auto-crítica por su parte involucra un sentimiento de hostilidad

y una constante demanda hacia diferentes aspectos de uno mismo (Neff, 2003a) que puede ser dura e implacable (Barnard & Curry, 2011).

Reyes (2012) señala, respecto a la bondad con uno mismo, que este elemento refleja la regla de oro de la reciprocidad, “tratarse a uno mismo con la compasión que usualmente reservamos para otros” (p.5). De acuerdo a Shapiro y Carlson (2009), el espacio mental provisto de un acercamiento atento a los propios sentimientos difíciles permite abrir un espacio de claridad, perspectiva y ecuanimidad emocional.

Según Neff y Tirsch (2014) la cultura occidental pone mayor énfasis en ser amables con amigos, familiares y vecinos que pasan por dificultades, no así cuando se trata de uno mismo, enviándose con frecuencia el mensaje de que las personas tienen que ser fuertes, estoicas y silenciosas ante el propio sufrimiento, dejando de lado la capacidad de autoconsuelo y auto-bondad cuando estamos sufriendo.

En términos de narrativas, la bondad con uno mismo se expresa según Neff y Tirsch (2014) en diálogos internos que son benevolentes y alentadores, en lugar de crueles o denigrantes. Con la bondad dirigida a uno mismo se abre la posibilidad de que pueda producirse un cambio genuino hacia un mayor bienestar.

#### *Común Humanidad versus Aislamiento*

Neff (2003b) plantea que la humanidad compartida puede ser entendida como la conciencia y el sentimiento de la existencia de una íntima conexión entre los seres humanos. Esta perspectiva se fundamenta en la noción de interdependencia. De acuerdo a Barnard y Curry (2011), desde la perspectiva budista existe una íntima interconexión entre todos los seres, mientras que la sensación de separación sería la ilusión que impediría la conexión con el sentimiento de comunidad.

La noción de inter-ser planteada por Hanh (1998) permitiría comprender el trasfondo de la humanidad compartida, ya que desde esta visión se entiende que el sí mismo no es un ser separado de todo lo que lo rodea, sino más bien existe sólo gracias a un sinnúmero de elementos que no son él mismo que lo constituyen, como lo señala Hanh (1998) “una cosa es porque la

otra cosa no es” (p. 94). Este autor dirá que no hay aislamiento ni ensimismamiento ontológico ni epistemológico, sino que los fenómenos en el momento presente están estrechamente interrelacionados, dicho de otro modo, la identidad está constituida o existe gracias a un sinnúmero de elementos (que no son la identidad misma) que la sostienen. La común humanidad implica reconocer esta interconexión, como lo plantea Barnard y Curry (2011) particularmente en momentos de confusión, miedo, imperfección y debilidad, o como Neff (2007) lo menciona, entendida como el reconocimiento de la humanidad compartida cuando se hace presente la limitación e imperfección.

De acuerdo a Neff y Tirsch (2014) cuando se produce un momento de sufrimiento, existe la posibilidad de que predomine un sentimiento de aislamiento o soledad, incrementándose la sensación de sentirse separado de los demás. Esto no sería un proceso lógico, sino más bien un estrechamiento en la percepción, en la cual se pierde la panorámica más amplia, que incluye que todos los seres humanos estamos expuestos en términos generales a las mismas experiencias. Con la autocompasión, es posible adoptar la posición de ser compasivo con nosotros mismos, a través de este acto se incrementa la toma de perspectiva, generándose nuevamente una visión inclusiva, reconociéndose que los desafíos de la vida y los fracasos son parte de la experiencia humana.

#### *Mindfulness versus sobre-identificación o evitación.*

Según Simón y Germer (2011) la compasión es una actitud que va íntimamente unida a mindfulness, entendiéndola como la capacidad de prestar atención al momento presente, y en la perspectiva de la autocompasión, como la capacidad de darnos cuenta del sufrimiento cuando este está ocurriendo y no quedarnos atrapados o sobre identificados en él.

Mindfulness no incluye únicamente una atención cognitiva, sino un involucramiento afectivo, un darse cuenta sin juicio ni reactividad ante la experiencia del momento presente, que incluye emociones, cogniciones, sensaciones corporales, tanto como las sensaciones del medio externo, luz, sonidos, sabores, olores (Kabat-Zinn, 2005; Linehan 1993). Mindfulness desde la perspectiva de la autocompasión implica el permitirnos estar presentes con los sentimientos dolorosos que emergen observándolos y aceptándolos (Barnard & Curry, 2011), en vez de



suprimirlos (Neff, 2003a). De acuerdo a Bishop y colaboradores (2004) la aceptación consciente implica estar experiencialmente abiertos a la realidad del momento presente, permitiendo que todos los pensamientos, emociones y sensaciones entren en la conciencia sin prejuicios, evasión o represión. Mindfulness en este sentido es un componente central de la autocompasión, porque en primer lugar es necesario reconocer que se está sufriendo cuando se está sufriendo, con el fin de brindarse compasión. De acuerdo a Holahan y Moss (1987) la tendencia a ignorar o suprimir el dolor es muy humana, sin embargo, desarrollar estrategias evitativas para hacer frente a las emociones negativas puede conducir a conductas disfuncionales e ineficaces, tales como el abuso de sustancias, trastornos de alimentación y aislamiento social, mientras que el reconocer el malestar es el primer y necesario paso para afrontarlo.

La sobre-identificación, por su parte, surge en circunstancias de sufrimiento y cuando mindfulness no está presente. Como proceso psicológico la sobre-identificación involucra una rumiación mental que gira en torno a las propias limitaciones (Barnard & Curry, 2011), teniendo una escasa capacidad de observar los hechos con ecuanimidad, manteniéndose perdido en las circunstancias. Las personas que se sobre identifican tienden a magnificar el significado de los errores (Barnard & Curry, 2011; Neff et al., 2005; Shapiro & Carlson, 2007;), esta sobre-identificación puede conducir a exagerar las repercusiones en la propia valía (Nolen-Hoeksema, 1991). Se puede terminar creyendo que *No sólo fracasé, sino que soy un fracasado*. La sobre-identificación lleva a una reificación de la experiencia, percibiendo eventos transitorios como permanentes.

Por otro lado, la evitación experiencial implica evadir los sentimientos, pensamientos y emociones dolorosas, adoptando una actitud distante y poco comprometida con la experiencia del momento presente (Kabat-Zinn, 2003; Neff, 2003a).

### ***Diferencias entre empatía y compasión.***

Debido a que la compasión y la autocompasión son conceptos que viene recientemente incorporándose al ámbito investigativo y clínico, ha sido importante caracterizarlo y diferenciarlo de otros conceptos psicológicos similares, con los cuales pueden existir confusiones, uno de ellos es el de la empatía.

De acuerdo a Klimecki y Singer (2012) la empatía es la capacidad de compartir indirectamente un sentimiento con otra persona. Tú sientes dolor; por lo tanto, yo siento dolor. Se comparte entonces un sentimiento similar, pero al mismo tiempo se sabe que ese dolor que se siente no es propio. La empatía puede generar una motivación y un comportamiento pro social, pero no necesariamente. Por ejemplo, si el dolor empático se vivencia con demasiada intensidad puede llegar a generar una angustia personal, lo que incrementará o duplicará el sufrimiento e incluso tal vez, se opte por alejarse o enfadarse con la persona que lo ha influido.

La empatía sola no basta para generar una motivación y un comportamiento pro social, tiene que transformarse en compasión o en una implicancia empática (Klimescki & Singer, 2012), la compasión es diferente de la empatía, la empatía sería un requisito y un primer paso para la compasión, pero en ningún caso serían sinónimos.

De acuerdo a Klimecki, Leiberg, Ricard y Singer (2014) las experiencias de empatía y compasión activarían diferentes zonas cerebrales, mostrando que desde sus bases biológicas serían estados diferentes, según Singer y Klimecki (2014), la empatía activaría la ínsula anterior y el cortex cingulado anterior, mientras que la compasión activaría principalmente el putamen y la corteza órbito-frontal medial.

Mientras que la empatía está acompañada de emociones negativas y activa áreas cerebrales asociadas a afectos negativos y reacción ante el dolor, la compasión fortalece los afectos positivos, las conductas pro sociales, la buena salud y actividad, las áreas neurales relacionadas con la afiliación, el amor y las emociones positivas (Leiberg, Klimecki & Singer, 2011).

De acuerdo a Klimecki, Ricard y Singer (2013) la investigación ha mostrado que la resonancia empática con el sufrimiento de otros es una experiencia aversiva, lo que puede luego producir burnout, el entrenamiento de la compasión en cambio no se incrementaría los afectos negativos.

### **2.2.3. Perspectiva del cambio terapéutico de la autocompasión.**

#### ***Transformación de las resistencias al cambio.***

La autocompasión, como un modo de relación con uno mismo, permite establecer una diferencia entre la experiencia de dolor por un lado, y el modo de relacionarnos ante ella, por otro lado, estableciéndose así una aproximación a la experiencia en dos niveles, un primer orden, donde

se manifiesta la experiencia, y un segundo orden, referido al cómo nos relacionamos con esa experiencia, la autocompasión entonces, sería una forma amable y bondadosa de relacionarnos con el propio dolor, desde un segundo orden. Esta distinción estaría a la base de lo señalado por Germer (2011), cuando distingue entre dolor y sufrimiento, donde el dolor es inevitable, y el sufrimiento aparecería cuando nos resistimos a ese dolor, esa resistencia sería una reacción desde un segundo orden a la experiencia de dolor. La autocompasión entonces actuaría sobre esa resistencia, reconociéndola, aminorándola y transformándola.

### ***Mayor regulación emocional.***

Un aspecto relevante es que la compasión y la autocompasión pueden ser entendidas como habilidades que necesitan ser entrenadas, y al ser entrenadas, permitirían que naturalmente se incremente la regulación emocional, tal como lo señala Singer y Ricard (2015) “Si entrenamos a alguien en el aumento de la compasión o bien en la disminución de la ira o el miedo, mediante el uso de este músculo podrá regular mejor todas sus emociones”. (pp. 60-61).

### ***Incremento de la autogestión.***

La autocompasión, al poner la mirada en que uno mismo puede acogerse ante situaciones de dolor (sin necesitar esperar que otro lo haga) incrementaría la capacidad de auto-acogida y autogestión emocional, esto ayudaría a re-dirigir la atención amable a las propias capacidades de cuidado, facilitando el no responsabilizar a otros de esta tarea, y aprendiendo a hacerlo ante próximos momentos de dificultad. Todo lo anterior contribuye a la sensación de auto-control de la persona lo que repercute en su sentimiento de auto-eficacia.

Entendiendo la compasión y autocompasión como habilidades que pueden ser entrenadas, a continuación se presentaran los principales programas que buscan entrenarlas, junto con la evidencia empírica que les respalda.

## **2.2.4. Modelos de intervención basados en compasión y autocompasión.**

¿Puede ejercitarse el altruismo? ¿Puede ejercitarse la compasión? Sí, sí se puede, porque la mente tiene una capacidad de transformación que subestimamos enormemente. Sabemos que no nacemos sabiendo leer y escribir, tocar el piano y todo lo demás, y aceptamos dedicar 15 años o más de nuestra formación. Sin embargo, algunos damos por supuesto que cualidades humanas como la compasión y el altruismo son innatas. 'Así soy yo', suele decir la gente, pero la experiencia contemplativa, igual que la neurociencia moderna, demuestra que podemos cambiar. Desde luego, los cambios no se producen sólo porque los deseamos, tenemos que hacer algo. El amor altruista y la compasión tienen que ser cultivados como cualquier otra habilidad. (Singer & Ricard, 2015, pp. 82-83).

El creciente interés por cultivar estados emocionales positivos, y en especial el de la compasión, se ha traducido en la reciente aparición de intervenciones y protocolos de entrenamiento, que aspiran a que los participantes puedan desarrollar su capacidad compasiva, en distintos aspectos; (cognitivos, afectivos, conductuales y motivacionales), de este modo, luego de la realización del programa, los sentimientos y conductas compasivas se verán incrementadas en la vida cotidiana.

Se han desarrollado programas de entrenamiento grupal y protocolos de atención clínica individual y se ha desarrollado entrenamientos centrado en la compasión, como entrenamientos específicos en el cultivo de la autocompasión, revisaremos brevemente las características de los cuatro principales programas: 1. El entrenamiento en el cultivo de la compasión, 2. El entrenamiento en compasión de base cognitiva, 3. La terapia centrada en la compasión y 4. El entrenamiento de mindfulness y autocompasión.

### ***Entrenamiento en el Cultivo de la Compasión***

Es un programa grupal que tiene una duración de 8 o 9 semanas y está diseñado para desarrollar las cualidades de la compasión, el altruismo y la amabilidad en los demás y en uno mismo (Jazaieri, McGonigal, Jinpa, Doty, Gross, & Goldin, 2013; Singer & Boltz, 2013). El programa de Entrenamiento en el Cultivo de la Compasión (Compassion Cultivation Training [CCT] en su nombre y siglas originales en inglés) incluye prácticas contemplativas, secularizadas y adaptadas desde la tradición tibetana. Ha sido desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, junto con el Centro para la Educación e Investigación de la Compasión y el Altruismo de la misma Universidad. Este entrenamiento se ha ido desarrollado con la

asesoría de Geshe Thupten Jimpa, quien es un erudito budista y traductor del XIV Dalai Lama desde el año 1985.

Este entrenamiento está fundamentado en los siguientes 4 componentes:

1. Educación psico-cognitiva orientada a facilitar los procesos cognitivos y afectivos
2. Entrenamiento en meditación secularizada, que incluyen prácticas reflexivas y visualizaciones, adaptadas de la tradición tibetana.
3. Ejercicios de interacción en parejas, que tienen como propósito estados afectivos específicos y corporizados.
4. Realización de prácticas informales para la semana, que incluye una guía diaria de meditación, para ser implementadas en la vida personal y laboral.

La investigación en este programa es muy reciente, y ya se han realizado los primeros estudios controlados (Jazaieri, McGonigal, Jinpa, Doty, Gross, & Goldin, 2013), en los cuales el entrenamiento en el cultivo de la compasión mostró ser efectivo en el incremento de la autocompasión, tanto como en la compasión dirigida hacia los demás, mientras que redujo el miedo a la compasión de otros, hacia otros y hacia uno mismo.

Es relevante destacar que está reportada una experiencia de aplicación investigativa con este protocolo en una población adulta Chilena. El estudio fue de carácter mixto y controlado y se buscó determinar los efectos del entrenamiento en el cultivo de la compasión en participantes de viven en Santiago de Chile. (Brito, 2014). Este estudio comparó a las personas que realizaron el entrenamiento en el cultivo de la compasión (26 participantes) con un grupo control activo, un grupo de participantes del MBSR (32 participantes), y un grupo control de lista de espera (24 participantes). Los principales resultados mostraron que el programa en el entrenamiento de cultivo de la compasión mostró efectos favorables pre-post en los indicadores de bienestar psicológico (reducción de los indicadores de depresión, estrés, e incremento de la satisfacción con la vida, la felicidad, además de un incremento estadísticamente significativo en las habilidades de mindfulness y autocompasión, y en la orientación altruista, en indicadores tales como: empatía cognitiva, preocupación empática, estrés empático, compasión por otros e identificación con toda la humanidad.

### ***Entrenamiento Cognitivo Basado en la Compasión***

Es un programa desarrollado en el año 2005 en la Universidad de Emory, se basa en un protocolo para el cultivo de la compasión desarrollado por Geshe Lobsang Tenzin Negi. El Entrenamiento Cognitivo Basado en la Compasión (Cognitive Based Compassion Training [CBCT] en su nombre y siglas originales en inglés) nació buscando reducir los niveles de estrés y depresión en estudiantes universitarios, el programa presta una especial atención a que los participantes puedan observar los pensamientos y conductas que producen sufrimiento en los demás y en ellos mismos. Los cinco componentes centrales de este programa son: 1. Desarrollar una atención estable, 2. Cultivar la autocompasión, 3. Desarrollar la imparcialidad, 4. Desarrollar el cariño y la empatía, y 5. Fortaleciendo la compasión. (Singer & Boltz, 2013).

Se propone una secuencia de 8 pasos dirigidos a desarrollar una mayor compasión (Ozawa-de Silva & Dodson-Lavelle, 2011), estos ocho pasos son:

1. Desarrollar una mente estable y atenta
2. Cultivar el darse cuenta de la experiencia de la mente
3. Cultivar la autocompasión
4. Desarrollar la ecuanimidad
5. Desarrollar el aprecio y gratitud por otros
6. Desarrollar el afecto y la empatía
7. Realizar los deseos y aspiraciones compasivas
8. Realizar una activa compasión por otros.

Al igual que el programa anterior, es un entrenamiento de 8 semanas de duración, con sesiones de 2 horas, donde se realizan prácticas individuales y grupales junto con espacios de discusión.

### ***Terapia Focalizada en la Compasión***

Junto con los entrenamientos grupales, también se han ido desarrollando protocolos clínicos que buscan entrenar el cultivo de la compasión en pacientes con una fuerte tendencias a la auto-crítica, a la culpa o vergüenza (Gilbert & Procter, 2006) y en poblaciones no clínicas en contexto de terapia individual (Neff, 2012). Un ejemplo de esto ha sido el desarrollo de la terapia

focalizada en la compasión, (Compassion Focused Therapy [CFT] en su nombre y siglas originales en inglés), desarrollada por Paul Gilbert (2009, 2010) investigador de la Universidad de Derby y su equipo.

De acuerdo a lo planteado por Gilbert, la terapia focalizada en la compasión busca desarrollar el sí mismo compasivo de la persona, a través del desarrollo de los atributos y habilidades de la compasión (Gilbert, 2009). Esta terapia pone especial cuidado en la relación paciente-terapeuta. El paciente debe experimentar la relación con el terapeuta de una forma compasiva y alejada de la vergüenza. Por otro lado, el terapeuta debe ayudar a su paciente a desarrollar los atributos vinculados a la compasión, según Gilbert (2009) estos atributos son: apreciar el bienestar, sensibilidad, simpatía, tolerancia al sufrimiento, no juzgar y empatía. Se busca motivar al paciente a que se haga responsable de su propio bienestar, a ser sensibles a sus propias necesidades y angustias, y a extender la calidez y comprensión hacia ellos mismos.

Según Gilbert (2010) la CFT es una terapia multimodal que se apoya en diversas intervenciones cognitivo-conductuales y otras terapias, utiliza diversas herramientas, tales como: la relación terapéutica, el diálogo socrático, el descubrimiento guiado, las formulaciones estructuradas, las tareas graduadas, la imaginación centrada en la compasión, la práctica de mindfulness, etc. (Gilbert, 2010).

Este modelo es un enfoque terapéutico creado para pacientes que se basa en el modelo neurofisiológico de los 3 sistemas de regulación emocional, 1. Amenaza y autoprotección, 2. Activación de búsquedas de incentivos y recursos, y 3. El sistema de satisfacción y seguridad, los cuales fueron mencionado anteriormente (Gilbert, 2010)

La Terapia Focalizada en la Compasión (Gilbert, 2012) busca entrenar la capacidad interna de enfrentarse a las emociones negativas, que tienen su origen en los sistemas de satisfacción y de logro (recuerdos traumáticos, vergüenza, autocrítica), luego, fomenta la capacidad de experimentar emociones y experiencias positivas y finalmente, introducir intervenciones multimodales como imagería, práctica de mindfulness, respiración calmante etc.

Este programa no aborda la autocrítica directamente, sino que busca explorar el por qué se adoptó el modo de relacionarse consigo mismo desde el criticismo, y busca desarrollar nuevas

formas de pensar y de sentir, cultivando un enfoque basado en la compasión hacia uno mismo. De acuerdo a Gilbert y Procter (2006), la clave está en desarrollar un nuevo modo de relacionarse con uno mismo, basado en la calidez, el cuidado y la compasión.

Este programa fue desarrollado originalmente para pacientes con un alto grado de criticismo y vergüenza (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006) y con los años se ha ido ampliando a otras poblaciones. El entrenamiento se focaliza en el modo cognitivo y afectivo en que el paciente se trata a sí mismo, y el rol del terapeuta consiste en ayudar al paciente a examinar la función del juicio sobre sí mismo y modelar en su actitud terapéutica los atributos y las cualidades de la compasión, que gradualmente son internalizadas por el paciente (Gilbert & Irons, 2004).

De acuerdo a Gilbert y Procter (2006), este programa trata de ayudar a las personas que han establecido una forma de atacarse a sí mismos, a menudo de forma automática y altamente entrenada, como respuesta ante los fracasos o retrocesos.

La evidencia de este programa es incipiente, aunque bastante prometedora.

En el primer estudio (Gilbert & Procter, 2006) se hizo una evaluación piloto del programa con mediciones pre-post en donde se evaluaron los cambios en seis pacientes con diagnóstico psiquiátrico. El programa consistió en 12 sesiones semanales de dos horas de duración.

Todos los pacientes mostraron una significativa disminución en el auto reporte de los indicadores de depresión, ansiedad, vergüenza, conducta sumisa, sentimiento de inferioridad, y también una disminución de la frecuencia, poder e intrusividad de los pensamientos autocríticos. Inversamente, aumentó la sensación de calma, el darse cuenta de la hostilidad a sí mismos, la generación de sentimientos de calidez y la tolerancia al malestar (Barnard & Curry, 2011).

El segundo estudio realizado con tres casos con pacientes esquizofrénicos que experimentaban alucinaciones auditivas hostiles. Los investigadores, para abordar los síntomas alucinatorios consideraron las alucinaciones del mismo modo que se consideran los pensamientos autocríticos de los pacientes con depresión, como aspectos que se pueden observar con atención plena, tomando perspectiva de ellos y adoptando una actitud gentil. Los pacientes que recibieron 12



sesiones de 1 hora de intervención, mostraron una disminución en los indicadores de depresión, ansiedad, psicoticismo, paranoia, síntomas obsesivos y sensibilidad interpersonal, en este estudio sólo un paciente mostró un significativo incremento de la autocompasión.

También se han realizado intervenciones aleatorias con diversos tipos de consultantes y necesidades, así por ejemplo, la terapia focalizada en la compasión ha mostrado favorables resultados en pacientes del espectro esquizofrénico (Braehler et al. 2013) fumadores (Kelly et al. 2010) y poblaciones no clínicas (Shapira & Mongrain, 2010), en estas intervenciones se ha registrado incrementos en los niveles de compasión, autocompasión, junto con una disminución significativa en los niveles de autocriticismo, acompañado de una reducción en la sintomatología.

Desde que la autocompasión ha demostrado estar asociada a la salud psicológica, se han comenzado a implementar algunas intervenciones terapéuticas específicas que buscan incrementar la autocompasión. A continuación, revisaremos el principal programa de entrenamiento en autocompasión, protocolo que además fue adaptado para el presente estudio.

### ***Programa de Mindfulness y Autocompasión.***

Este es un programa que busca explícitamente integrar la autocompasión y la práctica de mindfulness en un plan estructurado, de manera similar a los talleres de reducción del estrés basados en mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction-MBSR).

En los programas de mindfulness y autocompasión (Mindful Self-Compassion Program [MSC] por su nombre y siglas originales en inglés) se tiene a la base la realización de ejercicios experienciales, incluyendo prácticas de meditación formales e informales, junto a diálogos a partir de las prácticas (Germer & Neff, 2013). El principal énfasis de este programa está puesto en ayudar a los participantes a desarrollar la autocompasión, incluye también, de modo secundario la realización de prácticas básicas de mindfulness (1 de las 8 sesiones está destinada a mindfulness) esto hace que este programa sea complementario a los programas MBSR o MBCT antes descritos.

De acuerdo a Neff y Germer (2012) el programa MSC puede ser considerado un programa híbrido, aplicable tanto a población general como a algunas poblaciones clínicas. Como el

concepto de autocompasión es poco conocido, dentro del programa se considera explicar, de un modo fácil y comprensible, qué es la autocompasión y cuáles son los beneficios para la salud que reporta.

Los temas de cada sesión se describirán brevemente a continuación. (Para un mayor detalle de las actividades de cada sesión, ver en anexo 5)

Sesión N°1. *Descubriendo la autocompasión*, el principal propósito de esta sesión es abordar la pregunta ¿qué necesito?, buscando estar más consciente de aquellas cosas que producen sufrimiento. Los participantes en esta primera sesión pueden explorar las diferentes formas de cuidarse a sí mismos. En términos de contenido, se introduce a cómo se puede entender la autocompasión, cómo se diferencia de otros conceptos tales como: la autoestima egoísta, la autocomplacencia y el auto-compadecerse.

Sesión N°2. *Practicando mindfulness*, en esta sesión se introduce a la práctica y teoría del mindfulness, como un modo de prestar atención al momento presente, y mediante este modo poder cultivar un modo de vida con mayor bienestar y menos estrés. Particularmente se trabaja como la resistencia a las experiencias de dolor añaden sufrimiento, un sufrimiento que es posible de transformar. Se introduce la práctica de la respiración afectuosa.

Sesión N°3. *Amor bondadoso y mindfulness*. Se introduce la práctica del amor bondadoso [o loving kindness meditation en sus siglas en inglés] Una práctica que busca elicitarse el natural anhelo que todos los seres sean felices y estén libres de sufrimiento. Se incluye también el concepto de contracorriente [o backdraft en inglés], un fenómeno en el cual pueden emerger emociones difíciles o dolorosas producto del estar en contacto con manifestaciones de bondad hacia uno mismo. Puede sentirse como una irrupción emocional, lo cual es valioso reconocer y cuidar. La bondad con uno mismo, con la mayor práctica puede ir generando un estado de ecuanimidad y serenidad.

Sesión N°4. *Encontrando la propia voz compasiva*, en esta sesión se busca reconocer, tanto las voces autocríticas, como las voces autocompasivas. Habitualmente creemos que para que exista una mayor motivación es necesario mantener el autocriticismo y la autoexigencia, lo cual

contrasta con la evidencia empírica. En esta sesión se busca reconocer el sistema de creencias que apoya el autocrítico, y se busca hacer presente las voces compasivas.

Sesión N°5 *Viviendo profundamente*. En esta sesión se trabaja en reconocer el sistema nuclear de valores que cada persona tiene, al reconocer esos valores, podemos entender cómo realizar las acciones adecuadas, que sean coherentes con estos valores. Se trabaja construyendo un voto personal, que brote de estos valores personales.

Sesión N°6. *Manejando las emociones difíciles*, en esta sesión se trabaja en torno al cultivo de la aceptación, de aquellos aspectos que no son posibles de modificar. Germer y Neff (2013) desarrollan en esta sesión la tesis de las 3 fases de la verdadera aceptación. 1. Lucha, 2. Desilusión, y 3. Verdadera aceptación. Se busca poder trabajar desde esta aceptación las emociones difíciles personales, y desde este reconocimiento poder aprender un modo compasivo de relacionarnos con ellas. Se realizan prácticas de meditación que contribuyen a desarrollar una actitud amable y compasiva con uno mismo ante las emociones conflictivas.

Sesión N°7. *Transformando las relaciones*, en esta sesión se da el paso a la dimensión interpersonal, se busca afrontar desde la autocompasión los dos tipos de relaciones que producen sufrimiento, el miedo a la desconexión o el sufrimiento empático, cuando sufrimos con otros. En esta sesión se realiza una práctica de perdón hacia uno mismo y hacia los demás y una práctica de compasión relacional.

Sesión N°8. *Saboreando tu vida*. Durante la última sesión se explora cómo mantener la práctica regular del programa de autocompasión luego que este concluya. Se invita a los propios participantes a proponer prácticas que contribuyan a sostener la práctica para cuando el taller haya concluido, algunas de las sugerencias que aparecen habitualmente son: Realizar práctica de 3 minutos, encontrar un lugar de práctica, ir a retiros, leer libros que les inspiren, etc. En esta sesión se invita a realizar la práctica de reconocer 2 o 3 cualidades personales que aprecien de ellos mismos y también considerar a las personas que les han ayudado a desarrollar estas habilidades.

Aunque es muy reciente, ya existe importante evidencia que respalda la aplicación de este protocolo. Neff, (2012) condujo un primer estudio sobre la implementación del programa MCS,

este estudio fue aleatorizado y controlado, y en él se compararon los resultados de un grupo de tratamiento (N = 25) con un grupo control de lista de espera (N = 27).

Los principales resultados indican que la participación en el programa se asoció con un importante aumento en la autocompasión, la atención plena o mindfulness, la compasión por otros y la satisfacción con la vida. Complementariamente, el entrenamiento se asoció con una importante reducción en los índices de depresión, ansiedad, estrés, e impacto del trauma.

Los análisis también exploraron si el incremento en el bienestar atribuido al programa estaba asociado al aumento de la autocompasión o de mindfulness.

La autocompasión predijo una importante parte de la varianza de las variables conexión social, depresión y ansiedad, mientras que autocompasión y mindfulness explicaron una importante parte del incremento en la felicidad y la reducción del estrés, y sólo mindfulness fue un significativo predictor de la respuesta favorable ante el impacto de un trauma. Este estudio sugiere que tanto la autocompasión como mindfulness son elementos complementarios para obtener un incremento en el bienestar subjetivo y en la reducción de síntomas. El seguimiento mostró que los resultados se mantenían a los 6 meses de haber concluido el programa (Neff, 2012).

A partir de este estudio se han desarrollado nuevos estudios que han mostrado una tendencia similar. En un estudio randomizado desarrollado por Neff y Germer (2013) el programa reportó un significativo incremento en autocompasión, mindfulness, compasión por otros y satisfacción con la vida, y una disminución en los niveles de depresión, ansiedad, estrés y evitación emocional, manteniéndose a los 6 meses y al año de realizada la intervención.

## **2.2.5. Evidencia empírica general de las prácticas de compasión y autocompasión.**

### ***2.2.5.1. Evidencia de la práctica de compasión.***

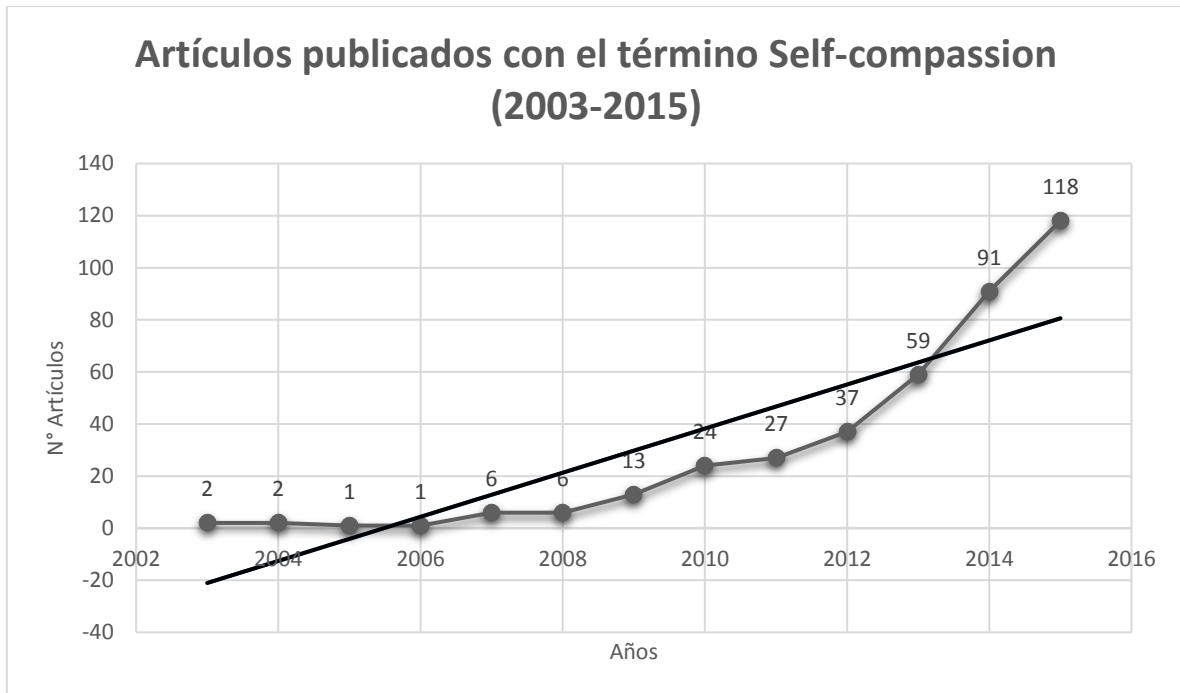
En los últimos 10 años ha existido un aumento significativo en la exploración de los beneficios del entrenamiento de la compasión (Fehr, Sprecher, & Underwood, 2009). En un estudio pionero Rein, Atkinson y McCraty (1995) encontraron que inducir en la gente imágenes de compasión

tenía efectos positivos en un indicador del funcionamiento del sistema inmunológico (S-IgA), mientras que las imágenes relacionadas con el enfado tenían efectos negativos. Las prácticas de imaginación relacionadas con la compasión producen cambios en el cortex frontal, en el sistema inmunológico y en el bienestar (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone y Davidson, 2008). Hutcherson, Seppala y Gross (2008) encontraron que una breve meditación de amor-amabilidad acrecentaba los sentimientos de conexión social y de afiliación hacia los extranjeros. Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek y Finkel (2008) estudiaron los efectos de un entrenamiento de compasión, en 6 semanas incrementaban las emociones positivas, la atención consciente, los sentimientos de propósito en la vida y el apoyo social, y por otra parte, disminuía los síntomas de enfermedad, por su parte Pace, Negi y Adame (2008) encontraron que la meditación en compasión (también de 6 semanas) mejoraba las funciones del sistema inmunitario y endocrino y las respuestas conductuales al estrés. Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman y Glover (2008) hallaron que la imaginación compasiva incrementaba la variabilidad del ritmo cardiaco y reducía el cortisol en los que eran poco autocríticos, pero no en los muy autocríticos. Según Gilbert (2010) tras estudios por resonancia magnética fMRI la autocrítica y la autoafirmación frente a acontecimientos amenazadores imaginados (como por ejemplo la pérdida del trabajo) estimulaban áreas cerebrales distintas, la autocompasión (y no la autocrítica) estimulaba la ínsula cerebral- área asociada con la empatía (Longe et al., 2010). La vista de caras tristes, neutras con actitud compasiva tienen un efecto sobre las respuestas neurofisiológicas a las caras (Kim et al., 2009)

Existe también evidencia significativa que preocuparse por los demás, mostrar aprecio y gratitud y tener habilidades de compasión, es muy importante para establecer relaciones positivas, capaces de influir de manera significativa en el bienestar y la salud física y mental (Cacioppo, Berntson, Bechara, Tranel, & Hawkey, 2011; Cozolino, 2006, en Gilbert 2010)

#### ***2.2.5.2. Evidencia de la práctica de la autocompasión.***

En los últimos años se ha dado un significativo interés de la comunidad científica por el estudio de la autocompasión y sus efectos, esto se ve reflejado en el mayor número de investigaciones que indagan sobre sus efectos. En la figura N°5, aparecen los artículos que desde el año 2003 hasta el año 2015 han aparecido con el término Self-compassion (autocompasión) en el título en las palabras claves. (Ver figura 5)



Fuente: ISI Web of Knowledge, PsycINFO, Medline, PubMed y Google Scholar.

Figura N°5. Artículos científicos publicados que incluyeran el término 'self-compassion' en el título y en las palabras claves. Se excluyeron Libros y Tesis. Búsqueda concluida el 10 de diciembre 2015

#### *Escala de autocompasión.*

La mayoría de los estudios realizados sobre autocompasión han utilizado escala de autocompasión de Neff (2003a) (Self-Compassion Scale [SCS] en su nombre y siglas originales en inglés). Esta escala tiene 26 ítems de auto reporte, que comprende 6 sub-escalas coherentes con la teoría de los 3 componentes de la autocompasión ya planteada, las sub-escalas son: bondad con uno mismo (Self kindness), juicio hacia uno mismo (Self judgment), humanidad compartida (Common humanity), percepción de aislamiento (Perceived isolation), mindfulness y sobre-identificación (Over-identification). En su estudio de validez original (Neff, 2003a) esta escala posee una alta consistencia interna ( $r=0,9$ ) y confiabilidad test re-test de  $r=0,93$  con 3 semanas de intervalo (Neff, 2003a).

### *Evidencia a nivel Psicológico.*

Estudios recientes han comenzado a dar luces de los efectos que tiene la práctica de la autocompasión, en términos generales Gilbert y Irons (2005) sugieren que la autocompasión aumenta el bienestar, principalmente porque desactiva el sistema de amenaza y huida (asociado a la autocrítica, al apego inseguro y a la adopción de una actitud defensiva).

Consistentemente, la investigación sugiere que el incremento en la autocompasión está correlacionado negativamente con estados emocionales negativos, tales como ansiedad, depresión y estrés (Neff & Costigan 2014) Según diversos estudios (Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff & Germer, 2013) existe una correlación negativa entre la autocompasión con la depresión y la ansiedad (Autocompasión y Depresión:  $r = -0.5$  y  $-0.7$ ; Autocompasión y Ansiedad:  $r = -0.6$  y  $-0.7$  respectivamente). De acuerdo al estudio de Leary et al. (2007) las personas con un alto nivel de autocompasión, mostraron tener mayor perspectiva de sus problemas, se sintieron menos aisladas, y también experimentaron una reducción en sus niveles de ansiedad y disminuyeron la tendencia al autocriticismo. La autocompasión es un factor que se contrapone directamente al auto-criticismo, y en la medida que más se cultiva la primera, naturalmente la segunda se reduce. De acuerdo a Blatt (1995) el auto-criticismo es un importante predictor de la ansiedad y la depresión.

Muchas personas creen que la autocrítica es necesaria para la motivación y que la autocompasión va en contra, que ser excesivamente autocompasivos va a conducir a que la persona se vuelva negligente y perezosa, sin embargo, la investigación está demostrando precisamente lo contrario, Neely, Schallert; Mahoma, Roberts y Chen (2009) y Breines y Chen (2012) en estudios experimentales utilizaron la inducción del estado de ánimo para generar sentimientos de autocompasión hacia debilidades, fracasos y transgresiones, en comparación con diversas condiciones de control, la autocompasión resultó en más motivación para cambiar, para esforzarse más por aprender y no repetir los errores previos, por otro lado, existe evidencia que la autocompasión permite enfrentarse de mejor forma al fracaso escolar (Neff, Hsieh & Chen, 2009) y que escribirse una carta autocompasiva a uno mismo mejora significativamente la manera de hacer frente a los acontecimientos difíciles de la vida y reduce la depresión (Leary et al., 2007).

En relación a la flexibilidad y apertura, la autocompasión se asocia con mayores habilidades de toma de perspectiva (Neff & Pommier, 2012) menos dogmatismo y más flexibilidad cognitiva (Martin, Stagers & Anderson, 2011), lo cual implica que las personas más autocompasivas tienden a tener una mayor aperturidad y una mayor capacidad de cambiar respuestas cognitivas y de conductas dependiendo de las circunstancias. De acuerdo a Neff y Tirch (2014) las personas con mayor autocompasión son menos propensas a suprimir sus pensamientos y emociones no deseadas, del mismo modo que están más dispuestas a experimentar sentimientos difíciles y reconocer que sus emociones son válidas e importantes (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007), de acuerdo a Neff y Tirch (2014) la autocompasión no reemplaza los sentimientos negativos con sentimientos positivos, sino que las emociones positivas que se generan permiten aceptar las emociones negativas.

Otra ventaja que ofrece la autocompasión, es la habilidad de hacer frente a las situaciones con eficacia, Sbarra, Smith y Mehl (2012) investigaron el papel de la autocompasión en la adaptación a la separación matrimonial, los participantes que mostraron una mayor autocompasión al pensar en su separación, evidenciaron un mejor ajuste psicológico, lo cual se mantuvo hasta 9 meses después.

En relación al bienestar psicológico, un estudio sobre la felicidad y el bienestar, Baer, Peters y Lykins (2012) encontraron una alta correlación positiva entre autocompasión y bienestar psicológico en poblaciones no clínicas. De acuerdo a Neff (2003a) las personas más autocompasivas reportaron mayores sentimientos de autonomía y competencia, Según Deci y Ryan (1995) las personas auto-compasivas han mostrado tener en mayor medida diversas fortalezas psicológicas, entre las que se cuentan: mayor felicidad, optimismo, curiosidad y exploración, iniciativa personal y afectos positivos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), además la autocompasión está directamente relacionada con el incremento de las emociones positivas (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff & Costigan, 2014; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

Sobre el vínculo entre autocompasión y bienestar interpersonal, hay evidencia que muestra que ante un incremento en la autocompasión se da una mayor conexión social y satisfacción con la vida (Neff, 2003a; Neff et al., 2007) elementos importantes de una vida con sentido, también



existe un incremento en la capacidad del autocuidado y una mejoría en la relación con los demás (Reyes, 2012) las personas auto-compassivas además exhiben una manera gentil y saludable al relacionarse consigo mismas y con otros (Leary, Tate, Adams, Allen & Leary, 2010; Reyes, 2012)

Respecto a los comportamientos relacionados con la salud, se ha descubierto que la autocompasión promueve continuar con una dieta saludable (Adams & Leary, 2007), dejar de fumar (Kelly et al., 2009) y empezar un régimen de salud física (Magnus, Kowalski & McHugh, 2010). Además, las personas autocompasivas demuestran una mayor capacidad para adaptarse y hacer frente con eficacia al dolor musculoesquelético persistente (Wren et al., 2012). Por lo tanto, la autocompasión parece mejorar tanto el bienestar físico como mental.

En síntesis, aunque la mayoría de los estudios sobre autocompasión comenzaron siendo exploratorios y correlacionales, las investigaciones más recientes han comenzado a explorar la autocompasión con metodologías más controladas, de acuerdo a Neff (2012) estos estudios son incipientes en un ámbito novedoso, recién se están dando los primeros pasos en conocer el funcionamiento y los efectos que la autocompasión tiene, y los resultados obtenidos aparecen como alentadores en diferentes situaciones. Sin dudas, se requiere de estudios metodológicamente más rigurosos, además de que consideren más aún las particularidades culturales y sociales.

#### *Evidencia a nivel Neurobiológico.*

Dentro de las hipótesis neurobiológicas que explicarían los efectos de la autocompasión tenemos la perspectiva evolutiva de la compasión de Gilbert y Irons (2004), quienes señalan que la autocompasión activaría el sistema de regulación emocional de la calma y el cuidado, el cual cumple la función de tranquilizar y suavizar, favoreciendo una sensación básica de seguridad y bienestar, facilitando la generación de apego relacional, lo cual ayuda a reducir el sentimiento de miedo y aislamiento.

Rockcliff et al (2008) descubrieron que el incremento de la autocompasión está asociado a la reducción en los niveles de cortisol, la hormona del estrés, también aumentó la variabilidad de la frecuencia cardíaca, que activa el sistema nervioso parasimpático y se asocia con una mayor

capacidad de regular las emociones para que respondan a las demandas de las situaciones, por ejemplo, calmarse a uno mismo en momentos de estrés (Porges, 2007).

Al igual que con la práctica de mindfulness, se ha demostrado que la práctica de la compasión y la autocompasión están asociadas al aumento en la materia gris en determinadas regiones cerebrales, tales como la corteza prefrontal, asociadas entre otras habilidades al desarrollo de la compasión (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, Davidson, & Baune, 2008) y la empatía (Lazar et al, 2005). En el estudio de Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, Davidson, y Baune (2008) se entrenó en los participantes del estudio una compasión no referencial, pura y sin límites, y esta práctica activó las regiones cerebrales de: la ínsula y la corteza interoceptiva, áreas asociadas a una mayor percepción interoceptiva.

Existe evidencia que muestra que la formación en compasión regula la actividad de la amígdala, asociada a la reducción de las emociones negativas e incremento de una conducta más altruista. En el estudio Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, Davidson, y Baune (2008) la amígdala de los practicantes más experimentados se activó intensamente durante la práctica de la compasión, como respuesta a los sonidos de sufrimiento, pero también tendió a recuperarse con mayor rapidez que en los no practicantes.

De acuerdo a Gilbert (2010) y Leiberg, Klimecki, y Singer (2011), quienes muestran un mayor cambio en el cerebro también muestran un mayor cambio en el comportamiento altruista.

#### *Meta-análisis*

De acuerdo al meta-análisis sobre la autocompasión y la psicopatología, realizado por MacBeth y Gumley (2010), que contó con 14 estudios utilizados, mostró como uno de sus hallazgos más consistentes, que una mayor autocompasión está relacionada con menores niveles de ansiedad, estrés y depresión. Esta tendencia se ve confirmada por el reciente meta-análisis de Galante, Galante, Bekkers, y Gallacher (2014), sobre los efectos de la meditación basadas en la compasión y amabilidad, que consideró 9 investigaciones, reportó un efecto moderado en la reducción de depresión y un incremento en las medidas de mindfulness, compasión y autocompasión, en comparación a los grupos de control.

Finalmente, el meta-análisis de Yarnell, Stafford, Neff, Reilly, Knox y Mullarkey (2014), que revisó 71 estudios e indagó sobre la relación entre autocompasión en las diferencias de género, mostró que existe una pequeña, pero significativa diferencia de género entre hombres y mujeres respecto a los niveles de autocompasión, encontrándose que las mujeres son un poco menos autocompasivas que los hombres, teniendo un discurso más crítico de sí mismas. Este meta-análisis mostró también que las mujeres tienden a ser más compasivas con otros que los hombres. El hecho que las mujeres tengan menores niveles de autocompasión a juicio de los investigadores es muy lamentable, ya que como se sabe la autocompasión ayuda a prevenir el estrés y el burnout que frecuentemente experimentan los cuidadores, por lo cual puede ser particularmente beneficioso para las mujeres recibir directamente un entrenamiento en autocompasión.

### **2.3. Limitaciones y aspectos a desarrollar en el estudio de mindfulness y autocompasión**

De acuerdo a Neff y Germer (2013) una de las principales limitaciones de los estudios desarrollados actualmente en esta área, es que se ha investigado con personas norteamericanas o europeas, de nivel socioeconómico y educacional medio-alto o alto, interesadas en la meditación previo a la intervención y además en poblaciones no clínicas, además Davidson y Kaszniak (2015) señalan que en la investigación en mindfulness, a pesar de los importantes avances, aún es necesario clarificar cómo la práctica influye en diferentes contextos culturales. Ambos argumentos vuelven imprescindible ampliar los estudios de mindfulness a otro tipo de poblaciones. Y en el contexto chileno, se vuelve particularmente relevante diseñar, implementar y evaluar el impacto de un programa de cultivo del bienestar y manejo del estrés basado en mindfulness y autocompasión, considerando primero, la evidencia empírica que existe hasta el momento, y por otro lado, la realidad sociocultural chilena y sus necesidades en el ámbito de salud mental.

La motivación de la presente investigación ha sido indagar sobre los efectos de una adaptación de un entrenamiento en mindfulness y autocompasión en mujeres con síntomas de ansiedad que viven en poblaciones con una alta vulnerabilidad psicosocial, tal como se detallará a continuación.

## **3. Diseño general del estudio**

A partir de los antecedentes teóricos antes revisados, se buscó alcanzar los siguientes objetivos:

### **3.1. Objetivos.**

#### **Objetivos Generales.**

1. Evaluar los niveles de mindfulness, autocompasión, tanto como los indicadores de síntomas (ansiedad, depresión, estrés y emociones negativas) y de bienestar psicológico, (felicidad subjetiva, bienestar subjetivo y afectos positivos) en mujeres adultas con sintomatología ansiosa, que vivan en una población con alta vulnerabilidad psicosocial, tras participar de un entrenamiento en mindfulness y autocompasión.
2. Describir y sistematizar los significados asociados a la manera en como las mujeres se relacionan con ellas mismas, después de realizar un entrenamiento en mindfulness y autocompasión, en mujeres adultas con sintomatología de ansiedad, que vivan en una población con alta vulnerabilidad psicosocial.

#### **Objetivos Específicos**

Asociados al Objetivo General 1

1. Describir los efectos de un taller de mindfulness y autocompasión, en los niveles de mindfulness y autocompasión, en mujeres que viven en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.
2. Evaluar el impacto de un taller de mindfulness y autocompasión, en los niveles de ansiedad, depresión, estrés y emocionalidad negativa, en mujeres que vivan en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.
3. Evaluar el impacto de un taller de mindfulness y autocompasión, en los niveles de felicidad subjetiva, bienestar subjetivo y afectos positivos, en mujeres que vivan en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.

4. Evaluar la mantención de los efectos producidos al concluir el taller de mindfulness y autocompasión, luego de seis meses de realizada la intervención.

Asociados al Objetivo General 2

5. Describir y sistematizar la experiencia subjetiva de las participantes, en torno a los significados asociados al modo de relacionarse consigo mismas, debido a su participación en el taller de mindfulness y autocompasión.

Los primeros cuatro objetivos del presente estudio se abordarán mediante una metodología cuantitativa, estableciéndose hipótesis a ser contrastadas, el objetivo N°5 fue abordado cualitativamente, por lo cual se establecieron preguntas directrices (ver anexo N°3) para buscar responder si se cumplía este objetivo.

Para buscar alcanzar los objetivos de investigación, se eligió utilizar una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa). Se consideraron aspectos cuantitativos para evaluar el efecto del entrenamiento en habilidades en las participantes del taller, mientras que se utilizó una metodología cualitativa para indagar en la experiencia subjetiva sobre el modo en que las participantes se relacionaron con ellas mismas tras la realización del taller.

Se contempló un diseño cuasi-experimental, de comparación de tres grupos, con mediciones previa y posterior a la intervención, donde las participantes fueron asignadas a uno de los tres grupos del estudio, luego de ingresar al programa de trastornos emocionales del COSAM de Pudahuel y al COSAM de Renca. Adicionalmente, se realizaron 16 entrevistas semi-estructurada de carácter cualitativo a las participantes tras concluir el taller junto con 1 grupo focal. A los 6 meses de haber concluido el taller se volvió a contactar a las participantes y se realizaron entrevistas de seguimiento (21), para indagar sobre su experiencia en el taller y la mantención de los efectos.

## **3.2. Hipótesis**

- 1) El taller de mindfulness y autocompasión incrementa los niveles de mindfulness y autocompasión en las mujeres adultas que participan en el taller, y que viven en comunas que presentan indicadores de vulnerabilidad psicosocial.

- 2) El taller de mindfulness y autocompasión reduce los niveles de estrés, ansiedad, depresión y emocionalidad negativa en mujeres adultas que participan en el taller, y que viven en comunas que presentan indicadores de vulnerabilidad psicosocial.
- 3) El taller de mindfulness y autocompasión aumenta los indicadores de bienestar, felicidad subjetiva y emocionalidad positiva en mujeres adultas que participan en el taller, y que viven en comunas que presentan indicadores de vulnerabilidad psicosocial.
- 4) Los indicadores de mindfulness y autocompasión, bienestar subjetivo y sintomatología se mantienen en las participantes a los 6 meses tras la participación en el taller.

### **3.3. Participantes**

La población participante en este estudio fueron mujeres adultas que presentaban síntomas de ansiedad y que viven en comunas con altos niveles de vulnerabilidad psicosocial. Se realizaron 5 talleres en el que participaron 22 mujeres, además han participado 17 mujeres en el grupo de control activo, las cuales recibieron psicoterapia individual, el cual es el tratamiento habitual del COSAM, y 15 mujeres en el grupo de control de lista de espera.

El primer grupo de control activo correspondió a las personas que participaron en el tratamiento habitual entregado por el COSAM, que consistió en intervención psicoterapéutica individual, desde el enfoque sistémico. Un segundo grupo de control estuvo conformado por personas que estaban en lista de espera en el programa de atención psicológica en el COSAM de Pudahuel y COSAM de Renca.

Considerando los estudios preliminares en talleres de mindfulness, se estimó que para tener un tamaño del efecto de 0.5 y un error de estimación del 5% era necesario contar con la participación de un N de 46 personas, en total participaron 53 mujeres en el estudio.

Para seleccionar a las participantes, se utilizarán los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión

- Mujeres.
- Mayores de 18 años y menores de 70 años.
- Con residencia en comunas con altos niveles de vulnerabilidad psicosocial.

- Inscritas en el programa de trastornos emocionales de un COSAM.

Criterios de exclusión

- Mujeres que estuvieran con una intervención farmacológica al momento del tratamiento.
- Mujeres que estuvieran con una práctica de mindfulness o meditación previa a la realización del taller.

### **3.4. Instrumentos**

Para medir la efectividad del taller de mindfulness y autocompasión se realizaron mediciones antes de la intervención, al terminar el taller y se realizó un seguimiento a los 6 meses de terminada la intervención, momentos en los cuales se aplicaron los siguientes instrumentos:

#### **3.4.1 Instrumentos cuantitativos.**

Se aplicaron 8 escalas para evaluar a las participantes antes, durante y después de la realización del taller fueron:

**Para evaluar mindfulness**, se utilizó el Cuestionario Cinco Facetas de Mindfulness, de Baer et al., (2008) Es un cuestionario de 39 ítems que mide 5 facetas de mindfulness, entre las que están: la observación, la capacidad de describir, el actuar con consciencia, el no juicio ante las experiencias y la no reactividad. Está validada en Estados Unidos (Baer et al., 2008), traducida al español por M. Cárcamo y M. Cruz-Coke y validada en población chilena (Schmidt & Vinet, 2015). Esta escala cuenta en su versión en población chilena, con un alfa de Cronbach que va de 0,62 a 0,86 en sus cinco escalas.

**Para evaluar la autocompasión**, se utilizó la escala de autocompasión de Neff (2003a) Validada en Estados Unidos y validada en Chile (Araya et al. en prensa), Es una escala de 26 ítems que tiene 6 sub-escalas: Bondad con uno mismo, Auto-criticismo, humanidad compartida, aislamiento, mindfulness y sobre-identificación. Esta escala cuenta en su versión en población chilena, con un alfa de Cronbach de 0,89.

**Para evaluar los índices de estrés**, se utilizó la escala de estrés percibido de Cohen, Kamark y Mermelstein, validada en Chile (Tapia, Cruz, Gallardo & Dasso, 2007). Esta escala consta

de 14 ítems que miden el grado en que las situaciones de la vida personal son evaluadas subjetivamente como estresantes. Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,79.

**Para evaluar los índices de ansiedad**, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) desarrollada por el psicólogo Aaron Beck en el año 1988, es una de las pruebas más utilizadas para diferenciar los cuadros de ansiedad de la depresión, es un instrumento que consta de 21 ítems de respuesta múltiples. La versión en español ha sido validada en España (Sanz & Navarro, 2003). Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,88.

**Para evaluar los índices de depresión**, se utilizó el inventario de Depresión de Beck (BDI-I), desarrollada por el psicólogo Aaron Beck, es una de las pruebas más utilizadas para medir el grado de depresión, es un instrumento de auto administración, que consta de 21 preguntas de respuestas múltiples. Se tomó la versión desarrollada en EEUU el año 1979. Se han aportado datos para la validación en Chile en poblaciones adultas (Ojeda et al., 2003; Alvarado, Vega, Sanhueza, & Muñoz, 2005).

**Para medir la emocionalidad positiva y negativa**, se utilizó la escala de afectos positivos y negativos (Positive and Negative Scale-PANAS). Corresponde a una escala de 20 reactivos, diez de los cuales evalúan afectos positivos, y diez afectos negativos. Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Fue desarrollada por Watson, Clark, y Tellegen, (1988) y cuyo trabajo de validación en español es de Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed, y Valiente (1999).

**Para evaluar los niveles de bienestar psicológico**, se utilizó la escala de Bienestar Psicológico de Ryff, adaptada al español por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle & Van Dierendonck (2006). Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach que va de 0,84 a 0,70 al reducir a 29 ítems la escala.

**Para evaluar los índices de felicidad subjetiva**, se utilizó la escala de la felicidad subjetiva de Lyubomirsky, es una escala breve de 4 preguntas, desarrollada y validada inicialmente en Estados Unidos y Rusia por Lyubomirsky y Lepper (1999) Existe una validación a la población chilena por Vera-Villarroel, Celis-Atenas y Córdova-Rubio (2011).



### **3.4.2. Instrumentos cualitativos.**

Se realizaron 37 entrevistas semi-estructurada de evaluación de la experiencia (16 post intervención), para la cual se diseñó y consideró una pauta de preguntas directrices (ver anexo N° 3). La entrevista sólo se aplicó al grupo de intervención post taller y permitió indagar sobre la experiencia subjetiva de relación con ellas mismas, además contribuyó a complementar la evaluación cuantitativa del taller.

Junto con las entrevistas, se realizó un grupo focal, con las mujeres participantes del cuarto taller, este grupo focal se realizó tras concluir el taller.

Durante la fase de seguimiento, se realizaron 21 entrevistas a las mujeres participantes del grupo de intervención, a ellas se les hicieron preguntas que buscaron indagar sobre la mantención de los cambios en el modo de relación con ellas mismas y sobre la mantención de las prácticas (ver anexo N° 3).

### **3.5. Intervención.**

El taller de mindfulness y autocompasión realizado es un programa de entrenamiento que tiene por objetivo que los participantes desarrollen sus habilidades de atención plena y entrenen una manera amable de relacionarse consigo mismos y con su medio.

El taller constó de 8 sesiones semanales, de dos horas de duración, en las cuales se trabajaron distintos contenidos de manera práctica. Se desarrollaron diferentes ejercicios y reflexiones a partir de prácticas de mindfulness y autocompasión.

Este taller está basado en el programa Mindful Self-Compassion- MSC- desarrollado originalmente por Christopher Germer y Kristin Neff (2003). En cada sesión se trabajaron diferentes temas, los cuales fueron: 1) Descubriendo la autocompasión, 2) Practicando mindfulness, 3) Amor bondadoso y mindfulness, 4) Encontrando la propia voz compasiva, 5) Viviendo profundamente, 6) Manejando las emociones difíciles, 7) Transformando las relaciones y 8) Saboreando tu vida. El taller contempló la realización de una sesión grupal de orientación al inicio del taller. Para revisar el detalle de las sesiones ver en anexo N°5.

### **3.6. Técnicas de análisis de la información.**

Para analizar la información recabada, se utilizaron distintas aproximaciones en función de las características de los datos.

En el caso de los datos obtenidos a partir de los cuestionarios, éstos fueron analizados en función de los objetivos del estudio, utilizando estadística multivariada a través del software SPSS v.20. Se utilizó estadística descriptiva (medias, desviaciones estándar) para determinar las características demográficas, y las correlaciones ( $r$  de Pearson) entre los diferentes grupos, además se utilizaron esta estadística para explorar la relación entre las diferentes medidas de resultado.

También se utilizó estadística inferencial, realizándose una serie de análisis para evaluar el efecto de entrenamiento en mindfulness y autocompasión en las participantes, particularmente se realizó análisis de varianza (ANOVA) mixta, para explorar las diferencias en las habilidades entrenadas (mindfulness y autocompasión) los síntomas psicológicos (depresión, el estrés, la ansiedad, el afecto negativo) y el bienestar psicológico (el afecto positivo, el bienestar subjetivo y la felicidad subjetiva) Se hizo análisis pre-taller y post-taller para determinar las diferencias entre los grupos en cada dimensión.

En el caso de las entrevistas y del grupo focal, éstas fueron analizadas a través de un análisis cualitativo. El análisis se realizó mediante el modelo planteado por la teoría fundamentada (Glaser & Strauss, 1967). Las entrevistas semi-estructuradas fueron transcritas íntegramente y luego se realizó una codificación abierta, lo que permitió sistematizar la información y que emergieran categorías y subcategorías comunes (Strauss & Corbin, 2002), para luego realizar una codificación axial y selectiva, buscando crear una teoría emergente a partir de la información recabada.

### **3.7. 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.

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y después de esta aprobación se realizó la intervención y la recopilación de la información.

Resguardos a nivel institucional, se le envió una carta a la directora del COSAM de PUDAHUEL solicitándole autorización para realizar el estudio.

Resguardos con la confidencialidad de los datos, el acceso a la base de datos estuvo con clave y estuvo restringido exclusivamente a los investigadores, además se estableció un respaldo en disco duro que se guardó bajo llave por el investigador responsable.

A nivel de las mujeres participantes del estudio, se realizó una sesión de orientación a las previa participación en el estudio, en las cuales se les solicitó informo 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. La participación fue completamente voluntaria, no existiendo ningún tipo de perjuicio o presión en caso de no seguir participando en el estudio.

A las participantes del grupo de control en lista de espera y de psicoterapia se les ofreció que participaran en un taller de mindfulness y autocompasión, luego de concluido el estudio.

### 3. Presentación de los artículos.

**Artículos publicados, aceptados y en vías de publicación, escritos por el autor.**

**Artículo N°1:** Autocompasión: Origen, concepto y evidencias preliminares.

Claudio Araya Véliz, Laura Moncada. Artículo publicado en: *Revista Argentina de Psicología Clínica*. (Marzo, 2016). **ISI Journal**.

**Artículo N°2:** Adaptation and Preliminary Validation of the Self-Compassion Scale in a Chilean Context. Claudio Araya, Laura Moncada, Jaime Fauré, Liliana Mera, Gada Musa, Javiera Cerda, Paulina Araya, Macarena Fernández, Luis Felipe Concha, Gonzalo Brito.

Artículo aceptado en: *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*. (2016). **LatinIndex**.

**Artículo N°3:** Tratamiento basado en mindfulness y autocompasión, intervención en mujeres con síntomas de ansiedad que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial: Un estudio cuantitativo. Claudio Araya, Laura Moncada, Alberto González, Claudio Acosta, Paloma Medina, Denisse Ramos.

Artículo enviado a: *Revista Mexicana de Psicología*. **ISI Journal**.

**Artículo N°4.** Practicando la presencia y la amabilidad hacia una misma: Reflexiones y resultados cualitativos de una intervención grupal basada en mindfulness y auto-compasión en mujeres chilenas en contexto de vulnerabilidad social. Claudio Araya, Laura Moncada, Maximiliano Becerra, Alberto González, Claudio Acosta, Paloma Medina, Denisse Ramos, Marisela Alfaro, Paulina Araya, Luis Felipe Concha, Javiera Cerda, Gada Musa, Paula Fernández, Sandra Muñoz.

Artículo enviado a: *Revista Latinoamericana de Psicología*. **ISI Journal**.

**4.1. Artículo N°1.** Publicado en: *Revista Argentina de Psicología Clínica*. (Marzo 2016). ISI Journal.

Autocompasión: Origen, concepto y evidencias preliminares.

Claudio Araya Véliz<sup>1,3</sup>, Laura Moncada<sup>2</sup>.

### **Resumen**

El presente artículo hace una revisión detallada del concepto de autocompasión, identificando su contexto y origen cultural, distinguiendo las diferentes comprensiones en la cultura budista y la occidental tradicional influida por la modernidad, además de hacer una revisión de la definición, a partir de su inclusión en la psicología contemporánea. Se presentan algunas de las evidencias preliminares de los estudios sobre la autocompasión, y se describen dos programas principales que lo desarrollan en el ámbito clínico.

**Palabras claves:** autocompasión, mindfulness (atención plena), sí mismo relacional, bienestar psicológico.

### **Abstract**

This article reviews the concept of self-compassion, identifying its context and cultural background, distinguishing the different understandings on Buddhist culture and the western tradition influenced by modernity. In addition, this article makes a review of the definition, from its inclusion in contemporary psychology. It also presents some preliminary evidence from studies on self-compassion, along with describing two programs that develop self-compassion in the clinical setting.

**Keywords:** self-compassion, mindfulness, relational being, psychological well-being.

---

1 Pontificia Universidad Católica de Chile

2 Universidad de Chile

3 Correspondencia dirigirla a carayav@uc.cl

## **Introducción**

La autocompasión (*self-compassion*) es una práctica y un constructo que tiene su origen en la psicología budista y que ha sido practicada y estudiada desde hace más de 2500 años, y sólo recientemente la psicología contemporánea ha empezado a manifestar un interés por incluirla en el ámbito clínico e investigativo (Neff & Germer, 2013)

El presente artículo tiene por propósito describir las características y el alcance en el ámbito terapéutico del concepto de autocompasión. Con tal propósito se ha dividido el artículo en tres secciones que buscan describir el origen y contexto de la autocompasión y el modo en que ha sido incluida su práctica en la psicología contemporánea. En primer lugar, se realiza una contextualización del origen del concepto, identificando sus raíces históricas y culturales, revisando las diferentes acepciones de autocompasión en el marco cultural de la psicología budista. En segundo lugar, se detiene en la definición de autocompasión en el contexto de su inclusión en la psicología contemporánea, distinguiendo autocompasión de otros conceptos presentes en la psicología contemporánea y con los cuales puede generarse confusiones, conceptos tales como autoestima y lástima por uno mismo. Finalmente, y en tercer lugar el artículo presentará algunas evidencias preliminares de los efectos de la práctica de autocompasión, así como los principales programas que se han comenzado a desarrollar para su entrenamiento.

### **Contextualización y Origen**

Asumiendo que la autocompasión es la compasión dirigida hacia uno mismo, partiremos revisando brevemente la noción de compasión, en un análisis preliminar, antes de revisar el concepto de autocompasión.

La etimología de la palabra compasión en arameo es racham, derivada de un término bíblico que tiene el significado de “amor, lástima, misericordia” (Reyes, 2012, p.1). La palabra compasión se puede descomponer en dos elementos derivados del latín: *Com:* (junto con) y *pathos* (sufrimiento) (Neff, 2003b; Reyes, 2012). En el marco cultural grecolatino la autocompasión se asocia a estar en sintonía con el sufrimiento, lo cual se ve confirmado por definiciones como la que ofrece la Real Academia Española (2001) que define compasión

como «sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracias».

Desde la perspectiva budista, la compasión implica también estar en contacto con el sufrimiento, pero además incorpora el sentirse motivado por aliviar el sufrimiento de los demás y de uno mismo (Hanh, 2004; Kornfield, 2008; Neff, 2003b), incluyendo así el componente activo de buscar el alivio del sufrimiento y el cultivo del bienestar. De acuerdo a Triet (2001) una de las características de la compasión es su creatividad en medios apropiados para favorecer el despertar y la liberación de cada uno. En palabras del Dalai Lama (2002), “la compasión sirve de bien poco si permanece sólo como una idea y no se convierte en una actitud hacia los otros que imprime su huella en todos nuestros pensamientos y acciones” (p.40).

A diferencia de la perspectiva occidental tradicional influida por la modernidad, la tradición budista no está marcada por la dicotómica separación entre el sí mismo (Self) y los otros (Hanh, 1998; Neff, 2009). Así, por ejemplo, la palabra para referirse a la compasión en tibetano es *tsewa*, que no distingue entre compasión por uno mismo y compasión por los demás (Neff, 2003b).

De acuerdo a Kornfield (2008) la compasión es parte de nuestra naturaleza más profunda que surge de la conciencia de nuestra interconexión con todas las cosas. Kornfield (2008) habla de la simplicidad de la compasión, siendo ésta una cualidad que emerge naturalmente cuando la mente se serena y calma. Por su parte, Hanh (1994) señala que en la tradición budista la compasión deriva naturalmente de la comprensión; cuando una persona logra comprender a otra de manera profunda (pudiendo ser uno mismo esa otra persona) brota naturalmente la compasión. Según los autores (Hanh, 1994; Kornfield, 2008), existen dos elementos que permiten la emergencia de la compasión: La naturaleza interdependiente y la comprensión profunda.

Hanh (1998) utiliza la palabra *inter-being* en inglés (en español se podría traducir como *inter-ser* o con el verbo ser en presente continuo *inter-siendo*) para ilustrar que una cosa es o existe sólo gracias a la existencia de una gran variedad de otros elementos que permiten que este emerja, una interdependencia radical. Llevándolo al ámbito psicológico, la perspectiva

budista parte de la base de un no-dualismo entre sujeto y objeto, y de la existencia de una íntima relación entre la persona y su entorno. Esta interdependencia le da sentido a la compasión y a la autocompasión, como lo señala Kornfield (2008), “en la psicología budista, la compasión es un círculo que abarca a todos los seres, incluidos a nosotros mismos” (p.43).

Un segundo aspecto que le da sentido a la compasión en su origen budista, guarda relación con el estrecho vínculo que se establece entre compasión y comprensión. De acuerdo a Hanh (2002), para tener compasión primero es necesario comprender el fenómeno observado. Se puede describir el comprender como la capacidad de desarrollar una perspectiva profunda y detallada del fenómeno (Hanh, 2002). La comprensión profunda que es prerequisite de la compasión emerge de la práctica sistemática de mindfulness o atención plena (Hanh, 2002). La atención plena, a su vez, es uno de los ocho elementos del noble óctuple sendero (Hanh, 2000) el cual se refiere al camino de prácticas con que el budismo busca transformar el sufrimiento. Considerando lo anterior, la compasión no es una lucha ni un sacrificio, sino algo que emerge de modo natural e intuitivo (Kornfield, 2008). En síntesis, desde la perspectiva budista, la compasión emerge como un elemento natural luego de reconocerse la naturaleza interdependiente de la existencia y de desarrollar una comprensión profunda.

Como la noción de sí mismo y el concepto de la compasión, de modo general, se han entendido de modo diferente en las tradiciones culturales de oriente y occidente, vale la pena detenerse y observar qué se ha entendido por sí mismo y por compasión desde ambas perspectivas.

*Sí mismo:* Uno de los elementos centrales de la tradición budista es la *ayoidad*, es decir, la no existencia de un sí mismo separado e inmodificable. Como lo señala Hanh (1998), “No existe un sí mismo separado que pueda vivir por sí mismo, tú no puedes existir sin tus padres, tus ancestros, comida, agua, aire, tierra” (p.7), describiendo un sí mismo relacional (*relational being*) noción que también desarrollan pensadores como Kenneth Gergen (2009) y Francisco Varela, Evan Thompson, Eleanor Rosch (1997), entre otros.

De acuerdo a Hanh (1998), la constitución de esta identidad interdependiente puede ser comprendida en dos componentes, la co-determinación y la génesis co-originaria.



La co-determinación se refiere a que el sí mismo y el contexto dependen uno del otro y no pueden existir de un modo separado. En palabras de Gergen (2009), “la consciencia es siempre consciencia de algo, removiendo todos los objetos de la consciencia, no habrá consciencia, removiendo todos los objetos la consciencia cesará de existir” (xxii) estableciendo una interdependencia radical, mutua y constitutiva entre el sí mismo y su mundo. El sí mismo existe sólo gracias a elementos que no son el sí mismo que lo constituyen.

Por otra parte, lo co-originario se refiere a que no habría una preeminencia de un aspecto sobre el otro, tornándose irrelevante la pregunta por el origen histórico o causal del sí mismo, ya que este co-emerge en el mismo instante con su contexto (Hanh, 2009).

En la autocompasión, este sí mismo relacional podría entenderse como un elemento que permita fundamentar una humanidad compartida, como principio de este sí mismo compasivo (Hanh, 2009).

En síntesis, la compasión presenta diferencias en las tradiciones culturales occidental tradicional y budista, en la tradición occidental moderna está asociada al resonar con el sufrimiento compartido, mientras que en la tradición budista se le añade el activo anhelo de generar bienestar a quien tiene un sufrimiento (Germer & Siegel, 2012).

Tabla N°1 Autocompasión desde las perspectivas budistas y occidental tradicional

	<b>Perspectiva Budista</b>	<b>Perspectiva Occidental Tradicional</b>
<b>Auto</b> (Perspectiva del sí mismo)	Perspectiva interdependiente El sí mismo es parte constitutiva de su contexto (sí mismo relacional) Inter-being. (Hanh, 1998).	Perspectiva independiente. Sí mismo que en su desarrollo va separándose y diferenciándose de su contexto.
<b>Compasión</b>	Metta o amor benevolente (loving-kindness) Deseo de brindar felicidad y experiencias emocionales positivas a otros y a uno mismo (Salzberg, 1995; Walpola, 1974)	Compasión del latín Com: En compañía de y Pathos: pasión o sufrimiento. Compasión entendida como acompañar en el sufrimiento.

Bodhicitta, aspiración altruista de trabajar por el fin del sufrimiento de todos los seres. (Chödrön, 2003).  
Surge del reconocimiento de la íntima interconexión del sí mismo con todo lo que existe.  
Observación compleja de la compasión.

## **Concepto de autocompasión en el ámbito psicológico.**

### **Definición de autocompasión**

Si bien la compasión y la autocompasión tienen una larga tradición en la tradición cultural budista, sólo recientemente ha comenzado a ser motivo de estudio por parte de la psicología contemporánea (Gilbert, 2005; Neff, 2003a). Una de las primeras inclusiones sistemáticas en occidente se atribuye al trabajo de Sharon Salzberg (1995) quien enfatiza la autocompasión como uno de los elementos centrales de la práctica de mindfulness.

De acuerdo a Germer & Siegel (2012) la compasión implica un sentimiento de bondad, cuidado y comprensión por las personas que sienten dolor, junto con el deseo emergente de aminorar su sufrimiento, implicando un reconocimiento de compartir la condición humana, frágil e imperfecta.

De acuerdo a Gilbert (2005), la compasión está enraizada en la capacidad biológica del cuidado por otros, sensibilidad al malestar, simpatía, tolerancia al malestar, empatía, no juicio y sostener un tono emocional cálido. La autocompasión es la aplicación de estas capacidades en la propia experiencia. Según Gilbert & Procter (2006) las personas autocompasivas son genuinamente conscientes de su propio bienestar y son sensibles y empáticos ante el malestar de los demás, pudiendo ser tolerantes con el malestar sin caer en la autocrítica y en el enjuiciamiento, comprendiendo las causas de este malestar y tratándose a sí mismos con calidez.

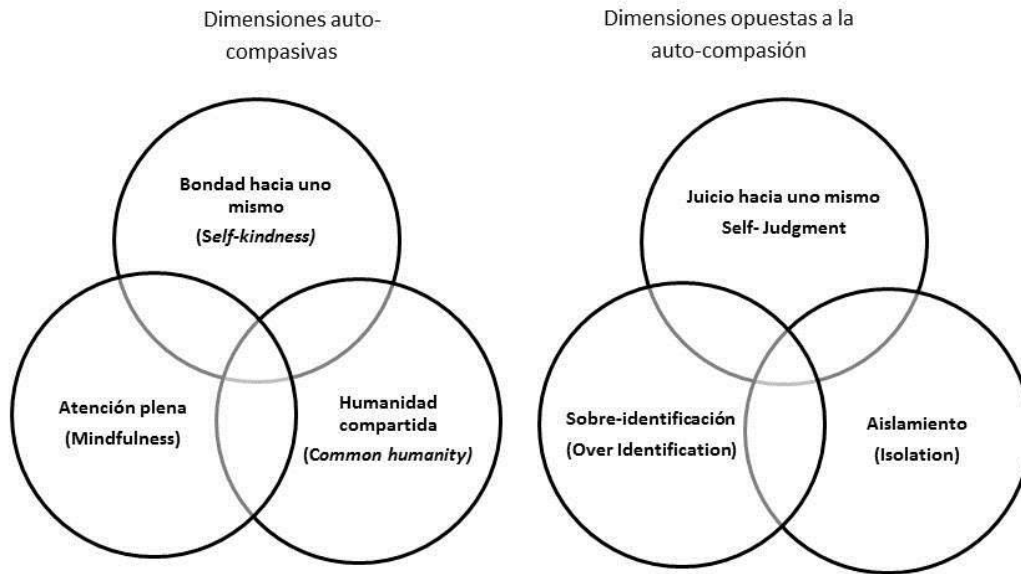
Una de las principales investigadoras de la autocompasión en occidente ha sido Kristin Neff, docente de la Universidad de Texas, quien ha desarrollado este tema tomando elementos de diferentes maestros budistas que han incorporado esta práctica en occidente (Neff, 2012),

particularmente los trabajos de Tara Brach (2003), Joseph Goldstein & Jack Kornfield (1987) y Sharon Salzberg (1995).

Neff (2012) ha señalado que la autocompasión implica ser cálidos y comprensivos con nosotros mismos en vez de criticarnos cuando estamos sufriendo, cuando sentimos que hemos fallado o cuando nos sentimos incompetentes. Neff (2003a) señala que la autocompasión tendría tres componentes interrelacionados que, de entrenarse, pueden manifestarse ante situaciones de dolor emocional: Bondad con uno mismo (*self-kindness*), entendida como el tratarse a uno mismo con cuidado y comprensión, en vez de hacerlo con un juicio crítico (*self-judgment*); reconocer la humanidad compartida (*common humanity*) entendida como el reconocimiento que los demás pasan por sufrimientos similares a los propios. En contraposición se encuentra el sentimiento de aislamiento (*isolation*); y finalmente mindfulness, entendido en términos generales como la capacidad de darse cuenta, de prestar atención y de aceptar lo que está ocurriendo en el momento presente (Shapiro, Astin, Bishop & Córdova, 2005, Germer 2009) y en el contexto de la autocompasión, entendido como la capacidad de tener una consciencia equilibrada y tomar distancia de los propios pensamientos y sentimientos, en contraposición a la sobre-identificación o la evitación de la experiencia presente (Neff, 2003b).

La interacción de estos 3 componentes de la autocompasión y sus opuestos se ilustran en la Figura N°1

**Figura 1** Dimensiones de la auto-compasión (Neff, 2003a)



Analizando los elementos de la autocompasión.

*Bondad con uno mismo versus auto-crítica:* De acuerdo a Barnard & Curry (2011) la bondad hacia uno mismo involucra la auto-afirmación cuando se presenta un momento de dificultad o sufrimiento, reconociendo en uno mismo el amor, la felicidad y el afecto. La autocrítica por su parte involucra un sentimiento de hostilidad y una constante demanda hacia uno mismo o hacia diferentes aspectos de uno mismo (Neff, 2003a) que puede ser dura e implacable (Barnard & Curry, 2011).

Reyes (2012) señala, respecto a la bondad con uno mismo, que este elemento refleja la regla de oro de la reciprocidad, “tratarse a uno mismo con la compasión que usualmente reservamos para otros” (p.5). De acuerdo a Shapiro y Carlson (2009), el espacio mental provisto de un acercamiento atento a los propios sentimientos difíciles permite abrir un espacio de claridad, perspectiva y ecuanimidad emocional (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007).

*Común humanidad versus Aislamiento: La humanidad compartida implica el reconocimiento de los aspectos que tienen en común y comparten los seres humanos.* De acuerdo a Barnard y Curry (2011), desde la perspectiva budista existe una íntima interconexión entre todos los seres, mientras que la sensación de separación sería la ilusión que impediría la conexión con el sentimiento de comunidad.

El concepto de *inter-ser* planteado por Hanh (1998) permitiría comprender que el sí mismo no es un ser separado de todo lo que lo rodea, sino que más bien existe sólo gracias a un sinnúmero de los elementos que no son el mismo que lo constituyen, como lo señala Hanh (2009) “una cosa es porque la otra cosa no es” (p. 94). Hanh (1998) dirá que no hay aislamiento ni ensimismamiento ontológico ni epistemológico, sino que los fenómenos en el momento presente son inter-dependientes, dicho de otro modo, la identidad está constituida o existe gracias a un sinnúmero de elementos (que no son la identidad misma) que la sostienen.

La común humanidad implica reconocer esta interconexión, como lo plantea Barnard & Curry (2011) particularmente en momentos de confusión, miedo, imperfección y debilidad, o cómo Neff (2011) lo menciona, entendida como el reconocimiento de la humanidad compartida cuando se hace presente la limitación e imperfección.

*Mindfulness versus sobre-identificación o evitación:* Según Germer y Simón (2011) la compasión es una actitud que va íntimamente unida a mindfulness, la capacidad de prestar atención al momento presente.

Mindfulness no incluye únicamente una atención cognitiva, sino un involucramiento afectivo, un darse cuenta sin juicio ni reactividad ante la experiencia del momento presente, que incluye emociones, cogniciones, sensaciones corporales, tanto como las sensaciones del medio externo: luz, sonidos, sabores, olores (Kabat-Zinn, 2005; Linehan 1993). Mindfulness implica el permitirnos estar con los sentimientos dolorosos que emergen observándolos y aceptándolos (Barnard & Curry, 2011), en vez de suprimirlos o sobre-identificarnos con ellos (Neff, 2003a).

La sobre-identificación y la evitación son actitudes hacia la experiencia que surgen cuando mindfulness no está presente. La sobre-identificación como proceso psicológico involucra una «rumiación mental» que gira en torno a las propias limitaciones (Barnard & Curry, 2011), teniendo una escasa capacidad de observar los hechos con ecuanimidad, manteniéndose perdido en las circunstancias. Las personas que se sobre identifican tienden a magnificar el significado de los errores (Barnard & Curry, 2011; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Shapiro et al., 2007).

Por otro lado, la evitación implica evadir los sentimientos, pensamientos y emociones dolorosas, adoptando una actitud distante y poco comprometida con la experiencia del momento presente (Kabat-Zinn, 2004; Neff, 2003a)

Así como es relevante poder caracterizar con precisión las características de la autocompasión, es necesario diferenciarla de otros conceptos psicológicos con los cuales pueden existir confusiones.

### **¿Qué no es autocompasión?**

Podemos diferenciar la autocompasión, distinguiéndola de otros conceptos familiares en la psicología, tales como la autoestima, la lástima por uno mismo y el auto-criticismo.

*Autocompasión versus autoestima:* La noción de autocompasión no está basada en el contexto de la competencia o de la valoración por el desempeño o los resultados, sino que emerge desde el reconocimiento y aceptación de quien la persona es y que tiene en común con los demás, trascendiendo el nivel de los juicios, lo cual difiere con el concepto de autoestima (Neff, 2011). De acuerdo a Barnard y Curry (2011), la autoestima implica una favorable evaluación de uno mismo, mientras que la autocompasión no está basada en un juicio, sino en el reconocimiento de una humanidad compartida y en la actitud de aceptación y amabilidad hacia uno mismo.

Tradicionalmente la auto-estima ha sido definida como el grado en el cual la persona es juzgada por ser competente en importantes dominios de su vida. (Rosenberg, 1965, en Barnard & Curry, 2011). Barnard y Curry (2011) definen la autoestima como “el sentimiento acerca de uno mismo que resulta de — o depende de— el ajuste con el propio estándar” (p.32). La valoración correspondiente a la autoestima frecuentemente está basada en la

comparación con otros (Coopersmith, 1967; Harter, 1999). Mientras que una alta autoestima está asociada a ser o sentirse especial o a estar por sobre el promedio (Kitayama, Markus, & Kurokawa, 2000), la compasión en cambio se fundamenta en reconocer la semejanza, lo compartido con los demás y desde esa conciencia común ser bondadoso con uno mismo. Según Neff (2012) “la autocompasión no está basada en un juicio o evaluación positiva, es un modo de relacionarnos con nosotros mismos” (p.7). Las personas son compasivas consigo mismas no por ser especiales o por estar por sobre el promedio, sino por reconocerse como parte de una humanidad compartida, lo cual enfatiza la interdependencia por sobre la separación (Neff, 2012). Neff (2011) enfatiza que la autocompasión ofrece una mayor estabilidad emocional que la autoestima, porque la autocompasión no depende de la valoración de los otros ni de la propia valoración, y además siempre está disponible en uno mismo, tanto cuando se alcanza el éxito como cuando se has caído (Neff, 2012).

Según Seligman (1995), una alta autoestima puede ser mal adaptativa, ya que ésta puede relacionarse con el narcisismo, la auto-absorción, y la pérdida de consciencia de los otros.

*Autocompasión versus lástima por uno mismo y autocomplacencia:* Una confusión común consiste en no diferenciar la autocompasión de sentir lástima por uno mismo. En la lástima por uno mismo hay un juicio de conmiseración, pudiendo identificarse a uno mismo como pobre de recursos, poniéndose en juicio incluso el propio sentido de dignidad (Germer, 2009). Este juicio produce un mayor aislamiento. De acuerdo a Germer y Siegel (2012), la lástima se caracteriza porque la persona se sumerge en los propios problemas, olvidándose de los problemas de los demás, enfatizando sentimientos egocéntricos de separación y aumentando la tendencia al estrés (Germer, 2009). En la lástima se pierde el sentido de humanidad compartida y hay una sobre-identificación con los propios sentimientos, pensamientos y experiencias (Barnard & Curry, 2011), mientras que la autocompasión implica un quiebre con la absorción en uno mismo al ver la propia experiencia y la de los demás sin distorsiones o desconexión (Neff, 2003b; Germer, 2009).

Según Kornfield (2008), vivir con compasión no significa que se tenga que donar todas las posesiones, acoger a todos los mendigos ni arreglar todos los problemas de la familia extensa

o comunidad. “Compasión no es codependencia, no implica perder el respeto por nosotros mismos ni sacrificarnos ciegamente por los otros” (Kornfield, 2008, p.43)

La autocompasión es también diferente a la auto-complacencia o auto-indulgencia. De acuerdo a Barnard y Curry (2011) la autocompasión permite reconocer con claridad los propios errores, sin necesidad de ponerse a la defensiva, mientras que la autocomplacencia implica una respuesta de indiferencia o resignación. En la auto-complacencia hay un estancamiento y una evitación de la responsabilidad, mientras que en la autocompasión hay una observación ecuánime de lo que ocurre en el momento presente, al mismo tiempo que hay un activo interés por tener salud y bienestar (Neff, 2003b).

*Autocompasión versus auto-criticismo:* Mucha gente cree que el auto-criticismo es necesario para la motivación, aludiendo a que si se es demasiado auto-compassivo se puede caer en conductas negligentes con uno mismo (Neff, 2012). Así, por ejemplo, se puede tener la falsa impresión de que si una persona es autocompasiva adoptará una actitud negligente, creyendo por ejemplo que estará sentada todo el día mirando televisión y comiendo helado, sin esforzarse por nada. Según Neff (2012), la autocompasión es similar a la actitud de una madre que cuida a sus hijos, deseando su bienestar. Esto no implica que la madre vaya a ser indulgente con ellos, sino que precisamente porque les ama, no les permite hacer lo que quieran, asegurándose de que coman bien, vayan a la escuela, se laven los dientes y se acuesten temprano, y que hagan todo lo que necesiten para que estén saludables.

Según Neff (2012), la inspiración y el sentirse preparados para enfrentar el mundo no viene de la autocrítica; lo que se necesita es el apoyo y no sólo la crítica. “La motivación de la autocompasión emerge del amor, mientras que la motivación del auto criticismo emerge del miedo” (Neff, 2012, p.6).

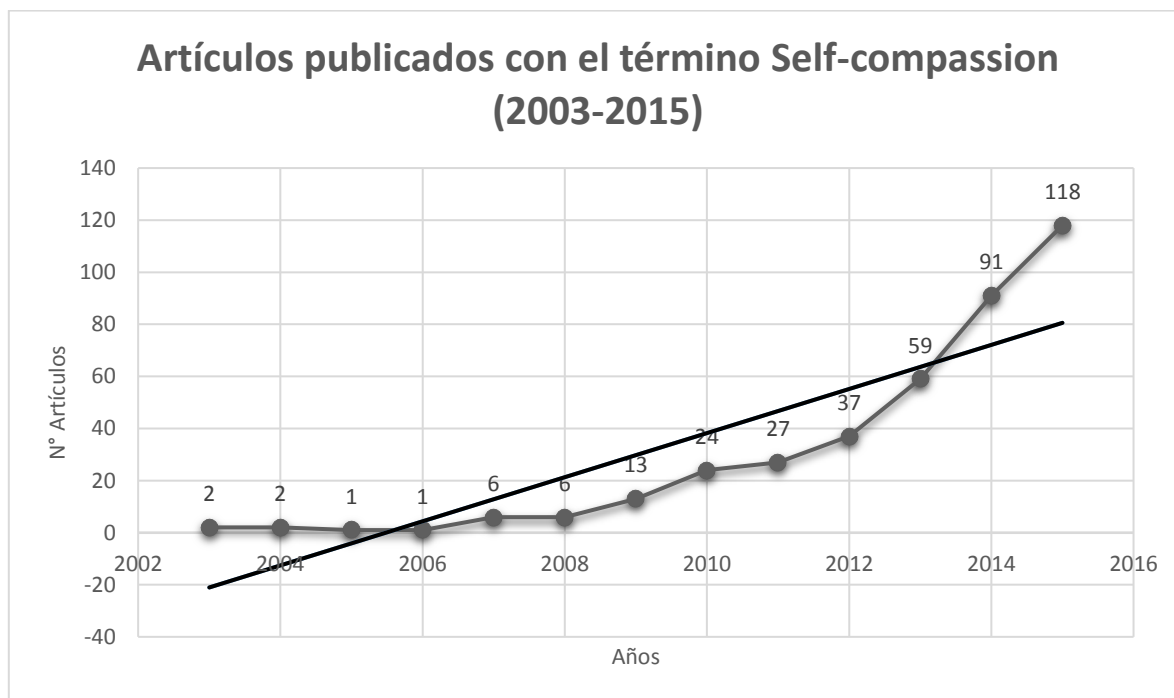
Según Barnard y Curry (2011) el auto criticismo puede generar aislamiento y desconexión con el medio. Así, por ejemplo, de acuerdo a estudios como los de Dunkley (1999, en Barnard & Curry, 2011) las personas más autocríticas muestran menor comunión e intimidad con los demás.

Algunas evidencias preliminares, intervenciones y prácticas de autocompasión



## Evidencias preliminares

Aun cuando el concepto de autocompasión es muy reciente en psicología, existe una incipiente línea de investigación que destaca su influencia en el bienestar psicológico. En los últimos años el número de investigaciones y artículos que incluyen la autocompasión como un concepto a ser evaluado se ha incrementado significativamente, tal como se ilustra en la figura N°2



Fuente: ISI Web of Knowledge, PsycINFO, Medline, PubMed y Google Scholar.

Artículos científicos publicados que incluyeran el término 'self-compassion' en el título y en las palabras claves. Se excluyeron Libros y Tesis. Búsqueda concluida el 10 de diciembre 2015.

La mayoría de los estudios realizados sobre autocompasión han utilizado escala de autocompasión de Neff (2003a) (*Self-Compassion Scale*) que tiene 26 ítems de auto reporte que comprende 6 sub-escalas, las cuales son: bondad con uno mismo (*self kindness*), juicio hacia uno mismo (*self judgment*), humanidad compartida (*common humanity*), percepción de aislamiento (*perceived isolation*), mindfulness y sobre-identificación (*over-*

*identification*). Esta escala posee una buena consistencia interna ( $r=0,9$ ) y confiabilidad test re-test de  $r=0,93$  con 3 semanas de intervalo (Neff, 2003a).

Uno de los más consistentes resultados que la literatura reporta consiste en que el incremento en la autocompasión está asociado a una disminución significativa en los niveles de ansiedad y depresión. Específicamente Neff (2003a) y Neff et al. (2007) han establecidos correlaciones negativas de entre 0.5 y 0.7 entre autocompasión y depresión, y de 0,6 y 0.7 entre autocompasión y ansiedad.

Dentro de las hipótesis que explicarían estas correlaciones encontramos la teoría evolutiva de la compasión de Gilbert y Irons (2004) quienes señalan que la autocompasión activaría un sistema neurológico que ha evolucionado en mamíferos y particularmente en primates, el cual cumple la función de calmar y suavizar, favoreciendo una sensación básica de seguridad y bienestar, facilitando la generación de apego relacional, lo cual ayuda a reducir el sentimiento de miedo y aislamiento. También podría influir el hecho que la autocompasión es un factor que se contrapone al auto-criticismo, y en la medida que más se cultiva la primera, naturalmente la segunda se reduce. De acuerdo a Blatt (1995), el auto-criticismo es un importante predictor de la ansiedad y la depresión en población clínica.

Baer, Peters, y Lykins (2012) encontraron una alta correlación entre autocompasión y bienestar psicológico en poblaciones no clínicas, lo cual se observó en una mayor aceptación con uno mismo, relaciones positivas con otros, mayor autonomía, autodominio y competencia en el manejo en las demandas de la vida y crecimiento personal. Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000) las personas auto-compasivas han mostrado tener fortalezas psicológicas tales como una mayor felicidad, optimismo, sabiduría, curiosidad y exploración, iniciativa personal y afectos positivos. De acuerdo a Reyes (2012), la autocompasión trae como consecuencias el incremento en la capacidad del autocuidado y una mejoría en la relación con los demás.

De acuerdo al estudio desarrollado por Neff (2003a), los individuos con una alta autocompasión tienden a tener menor rumiación mental y supresión de pensamientos, además de una mayor inteligencia emocional, mayor claridad de sus sentimientos y mayor habilidad para reportar sus estados de ánimo negativos, además de reportar sentimientos de

autonomía y competencia. Las personas con una mayor autocompasión también reportan tener mayores sentimientos de conexión social y satisfacción con la vida, elementos importantes de una vida con sentido (Neff, 2003b; Neff et al., 2007). Las personas auto-compasivas exhiben una manera gentil y saludable de relacionarse consigo mismos, lo cuales ratificado por un estudio de Leary, Tate, Adams, Allen, y Hancock. (2007) quien investigó sobre el modo en que las personas auto-compasivas lidiaban con los eventos negativos en su vida. En este estudio se les pidió a los participantes que reportaran acerca de los problemas que habían experimentado en un periodo de 20 días. Las personas con un alto nivel de autocompasión mostraron tener más perspectiva de sus problemas, se sintieron menos aisladas, y también experimentaron una reducción en sus niveles de ansiedad y un aumento en su autoconsciencia cuando pensaban acerca de sus problemas.

### **Intervenciones**

Desde que la autocompasión ha demostrado estar asociada a la salud psicológica, se han implementado algunas intervenciones terapéuticas que buscan explícitamente incrementar la autocompasión. Estos programas han sido implementados con pacientes con una fuerte tendencias a la auto-crítica (Gilbert & Procter, 2006) y también con poblaciones no clínicas Neff (2012). A continuación, revisaremos dos de los principales programas de entrenamiento en la autocompasión.

*Entrenamiento de la Mente Compasiva (Compassionate Mind Training-CTM):* Este programa fue desarrollado para pacientes con un alto criticismo y vergüenza (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006). El Entrenamiento de la Mente Compasiva se focaliza en el modo cognitivo y afectivo en que el paciente se trata a sí mismo, y el rol del terapeuta consiste en ayudar al paciente a examinar la función del juicio sobre sí mismo y modelar en su actitud terapéutica los atributos y las cualidades de la compasión que gradualmente son internalizadas por el paciente (Gilbert & Irons, 2004).

De acuerdo a Gilbert y Procter (2006), este programa trata de ayudar a las personas que han establecido una forma de atacarse a sí mismos, a menudo de forma automática y altamente entrenada como respuesta ante los fracasos o retrocesos.

Este programa no aborda la autocrítica directamente, sino que busca explorar el por qué se adoptó el modo de relacionarse consigo mismo desde el criticismo, y busca desarrollar nuevas formas de pensar y de sentir, cultivando un enfoque basado en la compasión hacia uno mismo. De acuerdo a Gilbert y Procter (2006), la clave está en desarrollar un nuevo modo de relacionarse con uno mismo basada en la calidez, el cuidado y la compasión.

La evidencia de este programa es muy incipiente, ya que sólo se han publicado dos estudios sobre sus efectos.

En el primer estudio (Gilbert & Procter, 2006) se hizo una evaluación piloto del programa con mediciones pre-post en donde se evaluaron los cambios en seis pacientes con diagnóstico psiquiátrico. El programa consistió en 12 sesiones semanales de dos horas de duración.

Todos los pacientes mostraron una significativa disminución en el auto reporte de los indicadores de depresión, ansiedad, vergüenza, conducta sumisa, sentimiento de inferioridad, y también una disminución de la frecuencia, poder e intrusividad de los pensamientos autocríticos. Inversamente, aumentó la sensación de calma, el darse cuenta de la hostilidad a sí mismos, la generación de sentimientos de calidez y la tolerancia al malestar (Barnard & Curry, 2011).

El segundo estudio realizado con tres casos con pacientes esquizofrénicos que experimentaban alucinaciones auditivas hostiles. Los investigadores, para abordar los síntomas alucinatorios consideraron las alucinaciones del mismo modo que se consideran los pensamientos autocríticos de los pacientes con depresión, como aspectos que se pueden observar con atención plena, tomando perspectiva de ellos y adoptando una actitud gentil. Los pacientes que recibieron 12 sesiones de 1 hora de intervención mostraron una disminución en los indicadores de depresión, ansiedad, psicoticismo, paranoia, síntomas obsesivos y sensibilidad interpersonal, aunque sólo un paciente mostró un significativo incremento de la autocompasión.

*Programa de Mindfulness y Autocompasión (Mindful Self-Compassion Program):* Este es un programa que busca explícitamente integrar la autocompasión y la práctica de mindfulness en un plan estructurado, de manera similar a los talleres de reducción del estrés basados en mindfulness (*Mindfulness Based Stress Reduction-MBSR*).

En los talleres se sostienen conversaciones, se realizan ejercicios experienciales y se practica meditación formal e informal. Los temas que se abordan en cada una de las sesiones son: (1) Descubriendo la autocompasión, (2) practicando mindfulness, (3) amor bondadoso y mindfulness, (4) encontrando la propia voz compasiva, (5) viviendo profundamente, (6) manejando las emociones difíciles, (7) transformando las relaciones, y (8) saboreando tu vida.

Recientemente se condujo un primer estudio de la implementación de este programa (Neff, 2012). Este estudio fue aleatorizado y controlado, y en él se compararon los resultados de un grupo de tratamiento (N = 25) con un grupo control de lista de espera (N = 27).

Los principales resultados indican que la participación en el programa se asoció con un importante aumento en la autocompasión, la atención plena (mindfulness), la compasión por otros y la satisfacción con la vida. Complementariamente, el entrenamiento se asoció con una importante reducción en los índices de depresión, ansiedad, estrés, e impacto del trauma.

Los análisis también exploraron si el incremento en el bienestar atribuido al programa estaba asociado al aumento de la autocompasión o de la atención plena.

La autocompasión predijo una importante parte de la varianza de las variables de conexión social, depresión y ansiedad, mientras que la atención plena (mindfulness) por su parte explicó una importante parte del incremento en la felicidad y la reducción del estrés, y sólo la atención plena (mindfulness) fue un significativo predictor de la respuesta favorable ante el impacto de un trauma. Este estudio sugiere que tanto la autocompasión como mindfulness son elementos claves para obtener resultados favorables en el programa de mindfulness y autocompasión. El seguimiento mostró que los resultados se mantenían a los 6 meses de haber concluido el programa (Neff, 2012).

De acuerdo a Neff (2012) al ser estudios pilotos en un ámbito novedoso, recién se están dando los primeros pasos en conocer el funcionamiento y los efectos de la autocompasión. Se requiere de estudios más rigurosos metodológicamente, con grupo control y experimental, además de asignar aleatoriamente a los participantes.

Finalmente, en el contexto de habla hispana y latinoamericano se están comenzando a dar los primeros pasos en la inclusión e investigación de la autocompasión. Un equipo de la Universidad de Chile y de la Pontificia Universidad Católica de Chile validaron la escala de Autocompasión al español (Araya, Moncada, Fauré, Mera, Musa, Cerda,... & Brito, 2016) y se está realizando un primer estudio empírico sobre los efectos de un taller basado en el taller de entrenamiento en mindfulness y autocompasión con una población de mujeres adultas que presentan síntomas de ansiedad y que viven en un contexto sociocultural de alta vulnerabilidad, este estudio está en marcha y los resultados se esperan tener a mediados del año 2015.

### **Conclusiones**

El presente artículo buscó describir de un modo contextualizado el constructo de autocompasión, considerando el origen histórico y cultural del cual emerge, y desde esa perspectiva, comprender su significado en la psicología y psicoterapia contemporánea. Se presentaron algunos resultados empíricos preliminares que enriquecen el tema y se reseñan algunos programas que buscan entrenar la autocompasión para incrementar el bienestar en poblaciones clínicas y no clínicas. A su vez, la inclusión de la perspectiva budista de la compasión permite, a juicio de los autores, ampliar la comprensión semántica de lo que se ha entendido habitualmente por compasión en el contexto cultural occidental moderno.

Los fundamentos filosóficos y teóricos de la autocompasión, expuestos en el presente artículo, parecen reflejar un movimiento más amplio que está influyendo al ámbito de la investigación y la salud. Por un lado, este, puede ser entendido como parte del desarrollo de un nuevo paradigma integrativo, el desarrollo de una nueva perspectiva, que entre otros elementos está redefiniendo la comprensión del sí mismo, donde se transita de un sí mismo individual y separado, a un sí mismo relacional.

Por otra parte, las nuevas tendencias integrativas en psicología, parecen estar ampliando e impactando el paradigma investigativo y están apareciendo entonces nuevas nociones que vienen a re-definir o complementar conceptos utilizados por la psicología tradicional; un ejemplo de ello puede ser el de la autocompasión, que puede permitir abrir los horizontes investigativos. La autocompasión podría alinearse con los beneficios demostrados por un

concepto ya arraigado como la autoestima, pero ir más allá. Así, podría ofrecer nuevas posibilidades ante los efectos adversos que la auto-estima ha presentado, como, por ejemplo, el que tenga correlaciones positivas con el narcisismo y el que se asocie también a un mayor ensimismamiento.

Ahora bien, referente a una discusión teórica, se hace posible una renovada comprensión de la compasión en general y de la autocompasión en particular, creándose un nuevo marco de referencias semántico, para reflexionar sobre el sí mismo y el modo de relaciones que éste establece. A modo de ejemplo, la psicología contemporánea ha utilizado habitualmente los conceptos de auto-estima y auto-criticismo para señalar dos modos polares de relación del sí mismo, ambos conceptos con un claro énfasis cognitivo. Esta comprensión abre determinadas posibilidades, pero al mismo tiempo sesga otras, tal como ocurre con la noción de auto-estima ya mencionada, validada favorablemente por la psicología tradicional por décadas. La autocompasión al no estar basado en el juicio crítico (soy mejor o peor que otra persona) sino en la humanidad compartida (experiencias que todos los humanos tenemos), permite una ampliación semántica, sobre todo en el modo de relacionarse del sí mismo, ya no centrado en el juicio comparativo, sino más bien en la humanidad compartida, bondadosa y con perspectiva. Se abre por tanto, la posibilidad de establecer con este concepto un nuevo paradigma trans-teórico y comprensivo del sí mismo.

A nivel pragmático, y producto también de una renovada perspectiva conceptual entregada por la compasión, se hace posible realizar nuevas intervenciones psicológicas que promuevan y entrenen la compasión y la autocompasión en poblaciones que lo necesiten, como se revisó en la literatura de los últimos años; diversos programas de entrenamiento en mindfulness y autocompasión han demostrado ser efectivos empíricamente en los contextos donde se han desarrollado.

La investigación en autocompasión está recién en su nacimiento y aún es muy temprano para saber si será una auténtica alternativa a perspectivas y conceptos tradicionales en psicología clínica, tales como el concepto de autoestima, sin embargo, los resultados preliminares resultan ser alentadores, siendo necesario nuevos estudios, con diferentes poblaciones y con metodologías más controladas y rigurosas.

Un desafío que queda aún pendiente es la implementación de estos mismos programas (u otros) en contextos y poblaciones diversas. Habitualmente la autocompasión se ha estudiado e investigado en población estadounidense o europea, interesada en la meditación y con un nivel socioeconómico medio-alto o alto. Poder realizar intervenciones clínicas validadas empíricamente, que entrenen las habilidades de estar plenamente presente (mindfulness) y la autocompasión en el contexto cultural latinoamericano presenta un enorme y necesario desafío. Considerando los altos niveles de violencia y maltrato presentes en varios de los países de Centroamérica y Sudamérica, el entrenamiento en mindfulness y autocompasión pueden ofrecer alternativas clínicas novedosas y efectivas, aunque esto último aún necesita ser investigado.

## Referencias

- Araya, C., Moncada, L., Fauré, J., Mera, L., Musa, G., Cerda, J,... & Brito, G. (En prensa). Adaptation and validation of the self-compassion scale in a Chilean context. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, Santiago de Chile.
- Baer, R. A., Peters, J. R., & Lykins, E. L. B. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched no meditators. *J. Posit. Psychol. Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi: 10.1037/a0025754
- Blatt, S. (1995). Representational structure in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition and representation*, Vol.6 (pp.1-34). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Brach, T. (2003). *Radical acceptance: embracing your life with the heart of a Buddha*. New York: Bantam Books.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.



- Dalai Lama. (2002). *El arte de la compasión, la práctica de la sabiduría en la vida diaria*. Barcelona: Grijalbo.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: beyond self and community*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion: freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York: Guilford Press.
- Germer, C., & Simón, V. (2011): Compasión y autocompasión, en “*Aprender a practicar mindfulness* Barcelona: Sello Editorial.
- Germer, C., & Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: deepening mindfulness in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London; New York: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: the path of insight meditation*. Boston: Shambhala.
- Hanh, T. N. (1994). *Ser paz; El corazón de la comprensión: comentarios al Sutra del corazón*. Madrid: Neo Person.
- Hanh, T. N. (2000). *El corazón de las enseñanzas de Buda: el arte de transformar el sufrimiento en paz, alegría y liberación*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Hanh, T. N. (2002). *La ira: el dominio del fuego interior*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Hanh, T. N. (2004). *Construir la paz*. Barcelona: RBA.

- Hanh, T. N. (2009). *Beyond the Self Teachings on the Middle Way*. Berkeley: Parallax Press.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses*. London: Piatkus.
- Kitayama, S., Markus, H. R., & Kurokawa, M. (2000). Culture, Emotion, and Well-being: Good Feelings in Japan and the United States. *Cognition & Emotion*, *14*(1), 93-124.
- Kornfield, J. (2008). *The wise heart: a guide to the universal teachings of Buddhist psychology*. New York: Bantam Books.
- Leary, M, Tate, E, Adams, C, Allen, A & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant event: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*, 887-904.
- Linehan, M. (1993), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, *2*(3), 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85-101.
- Neff, K. (2009). The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Human Development*, *52*(4), 211-214. doi: 10.1159/000215071
- Neff, K. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*(1), 1-12.
- Neff, K. (2012). The Science of self-compassion. En C. G. R. Siegel (Ed.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

- Neff, K. (2012, abril) *Un estudio aleatorizado y controlado del programa Mindful Self Compassion (MSC)* ponencia presentada en el International Symposia for Contemplative Studies, Denver, Estados Unidos.
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K., Kirkpatrick, K., & Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004.
- Real Academia Española de la Lengua (2001). *Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición* [versión on-line]. Extraído el 08 de julio de 2013, desde <http://lema.rae.es/drae/?val=autocompasi%C3%B3n>
- Reyes, D. (2012). Self-compassion: a concept analysis. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30(2), 81-89.
- Salzberg, S. (1995). *Lovingkindness: the revolutionary art of happiness*. Boston: Shambhala.
- Seligman, M. E. P. (1995). *What you can change-- and what you can't: the complete guide to successful self-improvement*. New York: Fawcett Books.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology an introduction, recuperado de <http://psych.upenn.edu/seligman/apintro.htm>
- Shapiro, S. L., Astin, J.A., Bishop, S.R., & Cordova, M. (2005) Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal on Stress management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105

- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Triet, R. (2001) Le Zen, voie de compassion. *Bulletin de L'Association Zen Internationale*, 84, 2-5.
- Varela F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1997). *De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Williams, M., & Kuyken, W (2012) Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A Promising New Approach to Preventing Depressive Relapse, *The British Journal of Psychiatry*, 200, 5, 359-360.
- Williams, M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., Hackmann, A....Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 2, 275-286.

**Artículo N°2.** Aceptado en: Revista Latinoamericana de Psicología Positiva. (2016). **LatinIndex.**

## **Adaptation and Preliminary Validation of the Self-Compassion Scale in a Chilean Context**

Claudio Araya-Véliz<sup>1,3</sup>, Laura Moncada<sup>2</sup>, Jaime Fauré<sup>2</sup>, Liliana Mera<sup>2</sup>, Gada Musa<sup>2</sup>, Javiera Cerda<sup>2</sup>, Macarena Fernández<sup>2</sup>, Paulina Araya<sup>2</sup>, Maximiliano Becerra<sup>2</sup>, Rina Castillo<sup>2</sup>, Luis Felipe Concha<sup>2</sup>, Gonzalo Brito<sup>4</sup>.

### **Abstract**

**Background:** Self-compassion as a concept has only recently been incorporated to the clinical and research fields, and there are evidence that it is an important factor in reducing symptoms and increasing psychological well-being.

**Methods:** The purpose of this study was to adapt the Self-Compassion Scale (SCS) to Spanish and to gather validity evidence for the translated instrument.

The study was conducted in three phases: In phase one, the scale was translated and linguistically adapted into Spanish under supervision of a bilingual panel of experts. During phase two, a pilot test of the instrument was conducted with a sample of 10 participants to determine if the instructions and questions were clear and understandable. After making pertinent changes, a battery of tests and an identification sheet were presented to a final sample consisting of 268 participants. Finally, a test-retest was performed 14 days later to assess internal

- 
1. Pontificia Universidad Católica de Chile
  2. Universidad de Chile
  3. Correspondencia dirigirla a [carayav@uc.cl](mailto:carayav@uc.cl)
  4. Sofía University- Private practice.

consistency, along with a confirmatory factor analysis (CFA) aimed to determine construct validity.

**Results:** The analysis produced a solution in four factors that explains 49.88% of the common variance. Cronbach's  $\alpha$  was an adequate levels of consistency ( $\alpha = .89$ ), and the four subscales achieved too adequate values ( $\alpha = .809$  for the first factor,  $\alpha = .83$  for the second,  $\alpha = .71$  for the third and  $\alpha = .79$  for four factor). Correlation between the SCS and the other scales exhibited a significant results. With Negative Affect (PANAS -) SCS has a significant negative correlation, whereas with Positive Affects (PANAS +), Mindfulness (FFMQ) and Self-Esteem (Rosenberg's Self-Esteem Scale) has a significant positive correlation.

**Conclusion:** This preliminary results showed that the Spanish Chilean version of the Self-Compassion Scale (SCS) is reliable and has internal validity.

**Key words:** Self-compassion, validation, Chilean validation, Spanish, mindfulness.

### Resumen

**Marco Teórico:** La auto-compasión es un concepto que ha sido incorporado recientemente en el campo clínico e investigativo, y hay evidencia que muestra que es un factor importante que puede explicar la reducción de síntomas y el incremento del bienestar psicológico.

**Método:** El propósito de este estudio fue adaptar la Escala de Auto-compasión (SCS en sus siglas en inglés) al español y aportar evidencias e favor de validez para la traducción del instrumento. El estudio fue desarrollado en tres fases: en la primera fase, la escala fue traducida y lingüísticamente adaptada al español, bajo la supervisión de un comité de expertos. Durante la segunda fase, se realizó un estudio piloto a una muestra de 10 participantes para determinar si las instrucciones y las preguntas eran claras y entendibles. Luego de hacer los cambios pertinentes, se aplicó una batería de test junto a una hoja de identificación a una muestra final de 268 participantes. Finalmente, se aplicó un test-retest 14 días después, para evaluar la consistencia interna, además de un análisis factorial confirmatorio, para determinar la validez interna del constructo.

**Resultados:** El análisis realizado produjo cuatro factores que explicaban el 49,88% de la varianza común, El nivel de consistencia medido mediante el alfa de Cronbach resultó adecuado ( $\alpha = .809$ ) y para las cuatro sub-escalas se alcanzaron valores también adecuados ( $\alpha = .81$  para el primer factor,  $\alpha = .83$  para el segundo,  $\alpha = .71$  para el tercero y  $\alpha = .79$  para el cuarto). Las correlaciones entre la escala de auto-compasión y las otras escalas mostraron resultados también significativos. Con los afectos negativos (PANAS -) SCS mostró una significativa correlación negativa, mientras que con los afectos positivos (PANAS +) Mindfulness (FFMQ) y autoestima (Escala de autoestima de Rosenberg) mostró una significativa correlación positiva.

**Conclusión:** Estos preliminares resultados mostraron que la versión en español para Chile de la Escala de Autocompasión presenta evidencias favorable de confiabilidad y validez interna.

**Palabras claves:** Auto-compasión, validación, validación chilena, español, mindfulness.

#### Definition and relevance of Self-Compassion

Self-compassion as a practice has been present in many different cultural and spiritual traditions for thousands of years, but it is only recently that it has been approached for clinic and research purposes. The first studies aiming to clarify and systematize this concept arose in 2003; by 2013, approximately 200 scientific articles defining self-compassion and proposing methods to measure it have been published (Germer & Neff, 2013).

The term “Self-compassion” derives from the word “compassion”, which to imply a feeling of kindness, caring and understanding towards those who suffer, along with an emerging desire to mitigate their suffering and the acknowledgement of a shared, fragile and imperfect human nature (Germer & Siegel, 2012). Self-compassion involves directing the same compassionate attitude towards oneself.

From an etymological perspective, the word can be divided into two Latin elements: *Com* (to be with) and *pathos* (suffering) (Neff, 2003a; Reyes, 2012). In greco-latin-based cultures, compassion is commonly associated with feelings of pity and sympathy; the Royal Spanish Academy, for instance, defines compassion as “a feeling of commiseration and pity for those who are stricken by penalties or misfortunes” (2001, p. 408). In contrast, the Buddhist tradition

views compassion as the awareness of suffering (our own or someone else's) coupled with the desire to relieve it (Hanh, 2004; Kornfield, 2008; Neff, 2003a). This definition includes an active will to mitigate suffering and cultivate well-being. According to Triet (2001), creativity is one of the distinctive features of self-compassionate individuals when it comes to increasing their state of well-being.

From an evolutionary perspective, Gilbert (2009) states that compassion might play an essential role in the development of human species, since it might be involved in one of our three emotional regulation systems. The first system is related to vitality and extinction, and its purpose is for humans to develop and achieve different goals; dopamine is thought to be the main neurotransmitter in this system. The second emotional regulation system is in charge of dealing with perceived threat and searching for security through the activation of an inhibitory system. Intense emotions such as fear, anger and anxiety are thought to be involved, and serotonin is supposed to play an active role in these processes. The third system, common to all mammals, is related to filiation and kindness. In this system, the hormone oxytocin and opiates allow the individual to feel calm and connected. In the same line Gilbert and Iron's (2004) evolutionary theory, self-compassion might activate an evolutionary developed neurological system present in mammals -especially primates- whose purpose is to calm the individual and to yield basic feelings of safeness and well-being. This is supposed to favor the development of attachment bonds, thus reducing feelings of fear and isolation (Gilbert & Irons, 2004).

Along the same line, Blatt (1995) proposes that self-criticism is a strong predictor of anxiety and depression. Self-criticism is defined as the tendency to adopt a judgmental and hurtful stance towards oneself in difficult situations. It includes feelings of self-hostility and a permanent self-demanding attitude (Barnard & Curry, 2011). Since self-criticism and self-compassion are opposed to each other, cultivating the latter should reduce the emergence of the first. This is where compassion and self-compassion might play an essential evolutionary role in the survival of humanity (Gilbert, 2009) and it's relevant to study.



## **Clinical evidence**

The effects of practicing self-compassion have been analyzed in recent studies. The evidence found shows that an increase of self-compassion correlates with a significant decrease in anxiety ( $r = -.61$ ;  $p < .01$ ) and depression levels ( $r = -.31$ ;  $p < .05$ ) (Germer & Neff, 2013, Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

Other studies have addressed the concepts of happiness and well-being. Baer, Peters and Lykins (2012) found a high correlation between self-compassion and psychological well-being in non-clinical populations ( $r = .67$ ;  $p < .01$ ).

Neff (2003b) found that increased self-compassion is associated with lower levels of feeling suppression and rumination, along with a greater clarity of feelings and the ability to identify negative mood states. Additionally, a study by Neff et al. (2007) suggested that self-compassion correlates with better social connection and greater life satisfaction, while Leavy, Tate, Adams, Allen and Hancock, J. (2007) and Reyes (2012) assert that self-compassionate individuals display a kinder, healthier relationship with themselves. Finally, studies by Deci and Ryan (1995) and Seligman & Csikszentmihalyi (2000) suggest that self-compassionate people show a variety of psychological strengths, such as happiness, optimism, curiosity, personal initiative and positive emotions.

In the following sentences, we can find some important statements related to the features of Self Compassion and differences between the Self-Compassion and other concepts

## **Main features of Self-Compassion**

Kristin Neff has been the lead researcher on the subject of self-pity, she's academic developmental psychology at the University of Texas, and it published the first academic papers on the theme (Neff 2003a, Neff 2003b).

Kristin Neff (2003b, 2012) has pointed out that self-compassion involves offering kindness and understanding towards oneself when one is suffering or when there is a feeling of failure or incompetence. According to Germer (2011), self-compassion involves giving ourselves the same care, comfort and soothing we naturally give our loved ones when they are suffering, when

they fail at something or feel inadequate. Neff (2003b, 2012) has described three interrelated elements of self-compassion. If trained, these elements might be of great help in times of emotional distress:

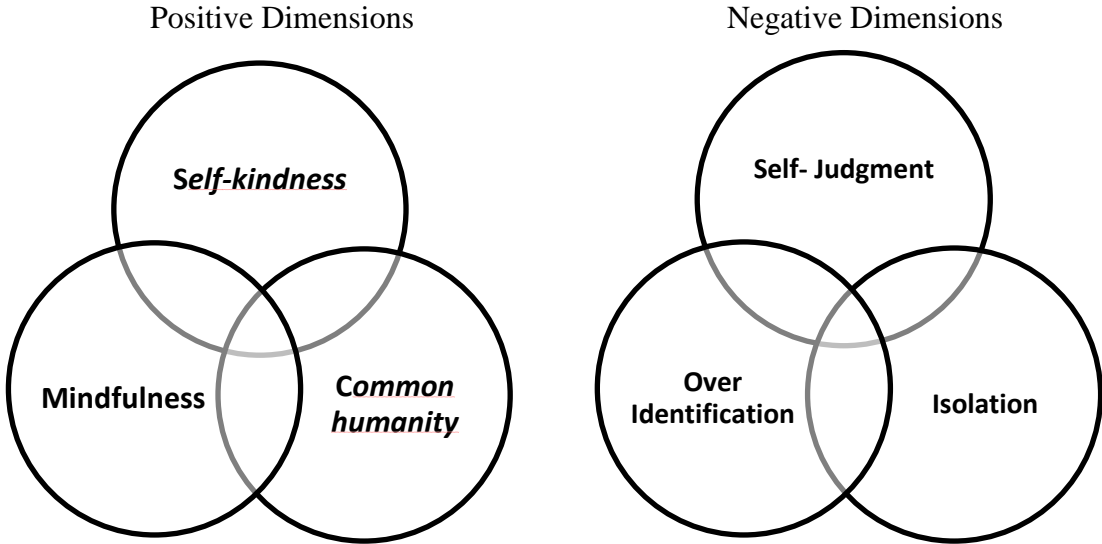
1. Self-kindness. Being kind and understanding with oneself rather than subjecting oneself to judgment and self-criticism.

2. Common humanity. Being aware that all people go through similar painful experiences, and acknowledging our interdependence as human beings. It is the opposite of feeling isolated.

3. Mindfulness. Being aware of our own feelings and thoughts and being able to observe them from a distanced, equilibrated stance. Its opposites are over-identification and experiential avoidance.

As shown in figure 1, these elements interact with each other, and all of them are necessary for the emergence of self-compassion.

Figure 1 Six Dimensions of Self-Compassion (Neff, 2003a)



## **Main differences between the Self-Compassion and other concepts**

Since self-compassion as a concept has only recently been incorporated to the clinical and research fields, it is important to define it and distinguish it from other concepts with which it is often confused (Barnard & Curry, 2011). First of all, researchers have differentiated between self-compassion and self-esteem; the latter involves self-evaluation, whereas self-compassion is based on the acknowledgment of shared human nature (Barnard & Curry, 2011).

Secondly, self-compassion is not the same as self-pity. In this line Germer and Siegel (2012) argues that self-pitying individuals become immersed in their own problems and forget about others, while self-compassionate individuals tend to be available for others even when they are facing personal problems.

Finally, self-compassion is also very different from self-indulgence. Barnard and Curry (2011) point out that, unlike self-indulgence, self-compassion allows to acknowledge and accept one's mistakes without suppressing or downplaying them.

## **Characteristics and validation of Self-Compassion Scale**

Regarding the measuring of self-compassion, most of the studies on this subject have relied on Neff's Self-Compassion Scale, [SCS] (2003a). This instrument is a self-report Likert type scale, composed by 26 items depicting different attitudes to be rated on a 5 point scale ("almost never", "occasionally", "about half of the time", "most of the time" and "almost always").

The original version of the scale (see Figure 1) consists in six sub-scales, which are conceptually gathered into 3 pairs of opposites: Self-kindness/Self-judgment, Common Humanity/Perceived Isolation and Mindfulness/Over-identification. The original scale in English shows a high internal consistency ( $\alpha = .90$ ) and high levels of reliability confirmed using a test-retest design with a 3 week interval ( $r = .93$ ) (Neff, 2003a).

Due to its practical usefulness and low application costs, the SCS has been translated and validated in different countries; a brief description of those studies and their main results is presented below:

*Turkey.* In 2008, Deniz, Kesici and Sumer translated the SCS from English to Turkish and reported some evidence regarding its psychometric properties. The study -conducted on college students- consisted in four phases:

1. The instrument was translated –and validated- from English to Turkish.
2. Exploratory and confirmatory factor analysis were carried out.
3. Calculations of indicators of validity evidence were conducted through the comparison between the SCS scores and those obtained in others tests such as Rosenberg’s Self-Esteem Scale (1965), the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) and the Positive and Negative Affect Schedule [PANAS] (Watson, Clark & Tellegen 1988).
4. Reliability was assessed using a test-retest procedure with a three-week interval.

*Germany.* Jörg Hupfeld and Nicole Ruffieux (2011) adapted and validated the Self Compassion Scale through a study where two groups of participants (of 396 and 165 participants) assessed the dimensionality and reliability of the online version of the scale (in German). The SCS scores were compared with those obtained by the same participants in the Mindful Attention Awareness Scale [MAAS] (Brown & Ryan, 2003), the Rosenberg’s Self-Esteem Scale (1965), the Narcissistic Personality Inventory [NPI-16] (Ames, Rose & Anderson, 2006) and the Trait Meta-Mood Scale [TMMS] (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995). The Cronbach alpha coefficient was then used to test the internal consistency of the scale, and a confirmatory factor analysis was conducted in order to assess construct dimensionality.

*Greece.* In 2013, Mantzios, Wilson and Giannou translated the SCS and the MAAS to Greek language. The process was developed in four phases:

1. The SCS was translated from English to Greek.
2. An exploratory factor analysis was conducted on both the SCS and the MAAS.
3. The Cronbach alpha coefficient was calculated in order to assess internal consistency.
4. The relation between the SCS results and the results from the other scales was calculated using the following tests: the Freiburg Mindfulness Inventory (Buchheld, Grossman & Walach, 2001); the Barrat Impulsiveness Scale (Patton, Stanford & Barratt, 1995); the Ego-Control

Scale (Block & Kremen (1996); the Ego-Resiliency Scale (Block & Kremen, 1996); and the Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper 1999).

*Spain.* In 2014, Garcia-Campayo, Navarro-Gil, Montero-Martín, López-Artal and Demarzo (2014) translated Spanish versions of the SCS in Spain. The process include two independent samples: Sample 1 was comprised of university students (n = 268) who were recruited to validate the long form, and Sample 2 was comprised of Aragon Health Service workers (n = 271) who were recruited to validate the short form. In addition to SCS, the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), the State-Trait Anxiety Inventory Trait (STAI-T), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Perceived Stress Questionnaire (PSQ) were administered. Construct validity, internal consistency, test retest reliability and convergent validity were tested.

The main results obtained in the aforementioned studies are shown in table 1:

<b>Table 1</b>		
<i>Main results of different validations of SCS</i>		
Study	Analysis	Results
Deniz, Kesici & Sumer (2008)	Confirmatory Factor Analysis	6 Factor model: $\chi^2 = 1523.02$ (df = 299, $p < .01$ ); ( $\chi^2/df = 5.09$ ; RMSEA = .12; RMS = .13; SRMS = .26; GFI = .69; AGFI = .64
	Exploratory Factor Analysis	KMO = .92; BTS = 3321.57, $p < .00$ ; factor loading between .04 y .71; 5 factors considering only the eigenvalues higher than one
	Correlations among SCS and other tests	Rosenberg's Self-Esteem Scale: $r = .62, p < .001$ Satisfaction With Life Scale: $r = .45, p < .001$ PANAS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Negative affects Sub-scale: <math>r = -.48, p &lt; .001</math></li> <li>• Positive affects Sub-scale: <math>r = .41, p &lt; .001</math></li> </ul>
	Reliability	$r_{tt} = .83; p < .01$

Hupfeld & Ruffieux (2011)	Confirmatory Factor Analysis	2 factors: RMSEA = .08; SRMR = .06; CFI = .82; $\chi^2 = 1154.91$ (df = 274; $p < .01$ ). 3 factors: RMSEA = .07; SRMR = .05; CFI = .88; $\chi^2 = 835.45$ (df = 250; $p < .01$ ). 6 factors: RMSEA = .03; SRMR = .02; CFI = .98; $\chi^2 = 280.98$ (df = 284; $p < .01$ ).
	Correlations among SCS and other tests	MAAS: $r = .43$ ; $p < .001$ Rosenberg's Self-Esteem Scale: $r = .75$ ; $p < .001$ NPI-16: $r = .16$ ; $p < .001$ TMMS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• TMMS-A: <math>r = .29</math>; <math>p &lt; .001</math>.</li> <li>• TMMS-K: <math>r = .58</math>; <math>p &lt; .001</math>.</li> <li>• TMMS-B: <math>r = .72</math>; <math>p &lt; .001</math></li> </ul>
	Internal Consistency	$\alpha = .91$
Mantzios, Wilson & Giannou (2013)	Exploratory Factor Analysis	KMO = .84; BTS = 4999.60, $p < .001$ ; factor loading between .32 y .60; 6 factors, considering only the eigenvalues higher than one; 3 factors through scree plot.
	Correlations among SCS and other tests	Freiburg Mindfulness Inventory: $r = .54$ ; $p < .001$ Barrat Impulsiveness Scale: $r = -.23$ ; $p < .001$ Ego-Control Scale: $r = .35$ ; $p < .001$ Ego-Resiliency Scale: $r = .34$ ; $p < .001$ Subjective Happiness Scale: $r = .60$ ; $p < .001$
	Reliability	$r_{tt} = .89$ ; $p < .01$
Garcia-Campayo, Navarro-Gil, Montero-Martín, López-Artal & Demarzo (2014)	Confirmatory Factor Analysis	6 Factor model: Fit indices: CFI = .95, GFI = .93, SRMR = .05, RMSEA = .06 [.05-.08].
	Internal Consistency	$\alpha = .87$

	Correlations among SCS and other tests	Beck Depression Inventory (BDI) $r = -.43; p < .01$ STAI-Trait (Anxiety trait) $r = -.54; p < .01$ PSQ (Perceived stress) $r = -.58; p < .01$ MAAS (Mindfulness) $r = .41; p < .01$
--	--	--

Based in this background, the aim of this research was to translate, adapt and test the psychometric properties of Neff's Self-Compassion Scale in a Chilean population.

## Method

### Participants

The total sample was composed of 268 Chilean psychology students from one public university: Universidad de Chile, and three private universities: Universidad Adolfo Ibáñez, Universidad Central and Universidad Bernardo O'Higgins.

The universities were chosen considering convenience and proximity criteria, members of the research team had access to this universities. The students were invited to participate at the end of a class.

With full university studies 0, 4% and uncompleted university studies 93, 2% and 6, 0% with post-degree, full post-graduate studies 1, 1% and uncompleted post-graduate studies 4,9%.

Participants were selected through non-probabilistic convenience sampling, 69.7% of them were female and 30.3% were males. The mean age for the group was 20.6 years, the age range was between 17 and 36 years.

### Procedural and ethical aspects

The Self Compassion Scale was translated and linguistically adapted into Spanish under supervision of a bilingual panel of experts, who were three native English professors. A pilot test of the instrument was then conducted with a sample of 10 participants in order to determine if the questions and instructions were clear and understandable. After making pertinent changes, a battery of tests and an identification sheet were presented to a final sample consisting of 268 participants. Finally, a test-retest was performed 14 days later.

Concerning the safeguarding of the identity and confidentiality, all the participants signed an informed consent, which was guaranteed through a careful management of the database. Only team members had access to the data. Physical questionnaires are stored in a locked cabinet, which had access only the principal investigators.

## **Instruments**

In order to fulfill the objectives of the study, participants were asked to fill a questionnaire regarding demographical data such as gender, occupation, marital status, children and nationality along with four instruments needed for measuring the various theoretical variables. The questionnaires were applied face to face with a distance of two weeks, and it was made simultaneously in the same universities while participants were explained about the purpose of the study.

*PANAS.* A 20-item scale describing different feelings and emotions in terms of 10 positive and 10 negative affective descriptors. Participants were to rate them on a five point scale (1 meaning “I feel this way very slightly or not at all” and 5 being “I feel this way extremely”). This instrument has been found to be psychometrically appropriate in Chilean samples, showing adequate test-retest reliability, construct validity and external validity (Dufey & Fernández, 2012).

*Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).* This questionnaire measures a person's mindfulness ability. Its 39 items are divided into 5 facets of mindfulness: a) observe b) describe c) act-aware d) no-judge and e) no-react. The instrument is currently undergoing a preliminary validation in Chile; preliminary results suggest it to be psychometrically appropriate in Chilean samples and a useful instrument to differentiate between meditation practitioners and non-practitioners (Schmidt & Vinet, 2013).

*Rosenberg's Self-Esteem Scale.* A 10 item self-administered Licker-type scale designed to measure personal self-esteem, defined as the ensemble of feelings of personal worth and self-respect. It was validated to measure self-esteem in Chilean population by Rojas, Zegers and Förster in 2009, showing good reliability levels and appropriate construct and convergent validity evidence.



*Self-Compassion Scale (SCS)*. A Likert-type scale composed of 26 items depicting different attitudes to be rated on a 5 point scale, from 1 (almost never) to 5 (almost always). The SCS measures six dimensions representing the constructs proposed by Neff (2003a). The following sentences are representatives for each construct: Self-Kindness item: (eg., “I try to be loving towards myself when I’m feeling emotional pain.”); Self-Judgment item: (eg., “I’m disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies”); Common Humanity item: (eg., “When things are going badly for me, I see the difficulties as part of life that everyone”); Isolation item: (eg., “When I think about my inadequacies, it tends to make me feel more separate and cut off from the rest of the world”); Mindfulness item: (eg., “When something upsets me I try to keep my emotions in balance”) Over-identified item: (eg., “When I’m feeling down I tend to obsess and fixate on everything that’s wrong”).

Results are obtained from the summation of the different items (see table 2). High scores on Self-Kindness, Common Humanity and Mindfulness sub-scales reflect high levels of self-compassion, while high scores on Self-Judgment, Isolation and Over Identification are indicative of less self-compassion.

**Table 2**  
*Items corresponding to each sub-scale of the Self-Compassion Scale*

SCS sub-scale	Items
Self- Kindness	5, 12, 19, 23, 26
Self-Judgment	1, 8, 11, 16, 21
Common Humanity	3, 7, 10, 15
Isolation	4, 13, 18, 25
Mindfulness	9, 14, 17, 22
Over Identification	2, 6, 20, 24

### **Analysis**

All statistical analysis were done using SPSS v.20 software. It was conducted two analyses, first an Exploratory Factor Analysis [EFA] were performed. EFA is a statistical method capable to represent the underlying relations among a set of variables. It is used to uncover relations that can be explained by a series of non-observable or latent variables called factors, where the

number of factors is substantially lower than the total number of variables (Ferrando & Anguino, 2010). Existing correlations were then calculated, and Cronbach's coefficient alpha was calculated to assess internal consistency of the instrument. Second, the test-retest correlation was also measured in order to achieve a more accurate idea of the scale's reliability.

## **Results**

According to the exploratory factor analysis- that was both well-adjusted and theoretically appropriate for the Chilean context- the model adjustment was assessed by evaluating the amount of explained variance, item commonality and factor loading, which resulted in the removal of items 3, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 20 and 22.

Due to the factorial analysis the items were organized in four factor factors, that explains 49.88% of the common variance using the principal axis extraction method and Oblimin rotation (where  $\delta = 0$ ); this method was used under the hypothesis of a correlation among factors.

The first factor explained 33.64% of the common variance. It was called "Isolation" because it points to perceiving suffering and disconnection from others, and it includes items 2, 4, 13, 18, 24 and 25. The second factor explained 7.83% of the common variance; it was called "Self-Kindness", since its items (5, 12 and 19) are designed to describe the tendency to be kind and caring with oneself. The third factor (items 1, 11, 16 and 21) was called "Self-Judgment" because it reflects a critical judgment towards our own attitudes and behaviors, and it explained the 5.39% of the common variance. Finally, the fourth factor -called "Self -understanding"- explained 3.02% of the variance. It includes the items 15, 17, 23 and 26, which all point to having a wide perspective towards our own errors. It implies being self-kind when a mistake has been committed. This factor has some components from the original model related to mindfulness and self-kindness.

Commonalities and corresponding factor loading are shown in table 3. They are grouped by factor and arranged in descending order of factor weight. Taking in consideration the indications of Ferreres-Traver, Hernandez-Baeza, Lloret-Segura and Thomas-Marco (2014) and Pérez and Medrano (2010) the commonality and factor loading values for all the items are higher than 3.

**Table 3***Items corresponding to each Auto-Compassion Scale (SCS) subscales*

	Item	M	SD	Factor Loading	Commonalities
Isolation	18	2.22	1.28	.72	.51
	24	2.35	1.21	.69	.50
	13	2.67	1.42	.68	.40
	2	2.95	1.30	.56	.48
	4	2.45	1.30	.48	.34
	25	2.92	1.39	.46	.46
Self-Kindness	19	2.96	1.12	.89	.81
	12	2.81	1.16	.63	.60
	5	3.18	1.21	.63	.52
Self-Judgment	16	3.59	1.07	.64	.57
	1	3.32	1.06	.63	.46
	11	2.48	1.19	.42	.47
	21	2.82	1.17	.30	.48
Self-Understanding	26	3.05	1.117	.697	.686
	23	3.01	1.161	.536	.591
	17	3.24	1.061	.486	.457
	15	3.39	1.200	.405	.359

Afterwards, correlations were calculated between the SCS and the aforementioned scales. The results are displayed on Table 4. The table show a direct correlation between the SCS and the Five Facet Mindfulness Questionnaire ( $r = .609$ ;  $p < .001$ ) and between the SCS and the Negative Affect sub-scale of the PANAS (PANAS -) ( $r = -.554$   $p < .005$ ). All SCS sub-scales correlate significantly with the PANAS for both positive (PANAS +) and negative affects (PANAS -). Also, the correlation with the positive affects appears when the complete version of the SCS is taken into analysis ( $r = -.554$ ;  $p < .005$ ). The SCS to show a statistically significant correlation with the total Rosenberg's Self-Esteem Scale ( $r = .639$ ;  $p > .005$ ) or its sub-scales.

**Table 4***Correlations between the Self-Compassion Scale (SCS) and other scales*

	SCS Total		Factor1		Factor2		Factor3		Factor4	
	r	Sig.	R	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.
PANAS (+)	<b>.57</b>	<b>.00</b>	<b>-.45</b>	<b>.00</b>	<b>.49</b>	<b>.00</b>	<b>-.32</b>	<b>.00</b>	<b>.50</b>	<b>.00</b>

PANAS (-)	<b>-.56</b>	<b>.00</b>	<b>.53</b>	<b>.00</b>	<b>-.33</b>	<b>.00</b>	<b>.47</b>	<b>.00</b>	<b>-.37</b>	<b>.00</b>
FFMQ	<b>.61</b>	<b>.00</b>	<b>-.52</b>	<b>.00</b>	<b>.39</b>	<b>.00</b>	<b>-.51</b>	<b>.00</b>	<b>.50</b>	<b>.00</b>
Rosenberg's Self-Esteem Scale	<b>.64</b>	<b>.00</b>	<b>-.56</b>	<b>.00</b>	<b>.50</b>	<b>.00</b>	<b>-.48</b>	<b>.00</b>	<b>.48</b>	<b>.00</b>

---

Note: Correlation significance values under .05 are highlighted

Finally, the Cronbach's Alpha index of internal consistency was used to test the reliability of the total scale and its subscales. The results showed that the total scale had adequate levels of consistency ( $\alpha = .89$ ), and the four subscales achieved too adequate values ( $\alpha = .809$  for the first factor,  $\alpha = .83$  for the second,  $\alpha = .712$  for the third and  $\alpha = .786$  for four factor).

## Conclusions

The purpose of this study was to translate and adapt the Self-Compassion Scale (SCS) (Neff, 2003a) to Spanish version in Chilean context and test its psychometric properties in Chilean context. The sample was composed of 268 students from four public and private Chilean universities.

From the results obtained, it is possible to assert that the preliminary adaptation of the Self-Compassion Scale to the Chilean context has been successful and that the adapted items are linguistically similar to those in the original scale.

With regard to its factor structure, the SCS seems to consist of four significant dimensions that correspond almost exactly to the theoretical factors proposed by Neff (2003a) in the original instrument: three of them correspond exactly to the original factors (Isolation, Self-Kindness and Self-Judgment), while the fourth emerging factor –designated by the authors as Self-Understanding- mixes elements from both Mindfulness and Self-Kindness. This allows to hypothesize that even though the original theoretical factors are present in the adapted scale, participants were not able to identify them clearly, possibly due to underlying cultural factors. It must be noted that idiosyncratic Chilean language does not include a linguistically shared concept to refer to common humanity.

An interesting topic for discussion is the non-emergence of Common Humanity as a factor, even though it is described in the theoretical model behind the instrument. Although it is not possible to exactly determine the reasons for its absence, there is room for hypothesis. One possibility is the existence of cultural variables that might be rendering Common Humanity invisible, since this is not a linguistically shared concept in Chilean culture. For example, in this Chilean validation an item in the original scale associated with common humanity, such as the item 15: "I try to see my failings as part of the human condition", it is associated with the Self-Understanding. This fact might be preventing the factor from emerging, in contrast to the individual dimension, which is sharply preset (as is reflected in the other four emerging factors).

It would be interesting to further investigate the influence of social and cultural aspects on psychological concepts such as the ones here studied (self-compassion, common humanity,

etc.), especially since such concepts were developed in a different cultural tradition and are not originally present in the Chilean culture.

These results seem novel when compared to those reported in previous studies (Deniz et al., 2008; Garcia-Campayo et al., 2014; Hupfeld & Ruffieux, 2011; Mantzios et al., 2013) where underlying structures of the SCS showed a different number and composition of factors. This fact raises the question of a possible role of the context factor, since participants from different socio-cultural realities seem to identify different configurations of self-compassion. The possibility of comparing samples from different countries and contexts opens new lines of investigation for future research. For instance, make more reflections about how complementary is this study with the Spanish research of Garcia-Campayo et al. (2014) because there are several comparison that can be interesting: two Spanish spoken sample in different cultural context (In Spain and Chile), it were used two main different analysis (Confirmatory Factorial Analysis [CFA] and Exploratory Factorial Analysis [EFA]), and the construct validity of the SCS in Spanish version was compared with different instruments.

Another aim of this study was to analyze the relations among self-compassion and other related psychological constructs by comparing the SCS to the PANAS, the FFMQ and Rosenberg's Self-Esteem Scale. The Spanish version of the Self-Compassion Scale in a Chilean context showed significant relations with the Mindfulness scale, the negative and positive subscales of the PANAS and Rosenberg's Self-Esteem Scale.

With respect to the relation between the SCS and the FFMQ, Seligman & Csikszentmihalyi (2000) propose that self-compassionate individuals show high levels of psychological strengths such as curiosity and exploration –essential for self-compassion; the findings here exposed seem to be consistent with this assertion. In addition, Mantzios, Wilson & Giannou (2013) found a significant relation between the Freiburg Mindfulness Inventory and the SCS ( $r = .54$ ;  $p < .001$ ), thus strengthening the theoretical association between both variables.

About the relation between the SCS and the PANAS, a study carried on by Baer Peters & Lykins (2012) concerning self-compassion, happiness and psychological well-being reported a high correlation among self-compassion and psychological well-being in non-clinical populations.

These results are consistent with the correlations obtained in the Chilean sample, which suggest the existence of a relation between feeling good and the ability to experience feelings of kindness, care and understanding towards someone who is suffering, including oneself. These findings could be indicating that the SCS is able to recognize to the affective elements and to the ability to pay attention to the present moment. Hence, a higher self-compassion would be associated with a higher ability to accept and pay attention to the present moment, higher levels of positive emotions and lower presence of negative emotions.

The results in this preliminary study suggest a significant correlation between self-compassion and self-esteem; the evidence drawn from this study is thus consistent with the results obtained in previous research (Deniz et al., 2008; Hupfeld & Ruffieux, 2011).

The principal strength of this study is that it was made with a general sample and not with a clinical population which is eventually generalizable.

One of the main limitations of this study, in methodological terms, is that participants were university students, being necessary to diversify the type of population, so it remains for future research include greater age diversity and sociocultural level, allowing deliver more reliable evidence within the validity of the scale of self-compassion in Chilean population. For future investigations will be necessary the description of possible differences among specific groups – for example between students from public and private universities, between individuals from different regions of the country, etc. - or considering sociodemographic variables such as sex, age, political preferences and other factors that could not be taken into account in the present study due to its purely descriptive character and the reduced sample size.

In summary, the importance of the current work lies in providing preliminary evidence on the psychometric properties of the SCS. Due this was a preliminary study it is not possible to generalize the results hereby obtained to larger populations. Thereby, to give more validation evidences it is deemed essential to increase not only the sample size but its diversity regarding variables such as region of origin, sex, age, occupation, etc.

## References

- Ames, D., Rose, P & Anderson, C. (2006). The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality*, 40, 440-450.
- Baer, R. A., Peters, J. R., & Lykins, E. L. B. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched non meditators. *J. Posit. Psychol. Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230-238.
- Barnard, L. & Curry, J. (2011). Self-compassion; conceptualizations, correlates and interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303.
- Blatt, S. (1995). Representational structure in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition and representation* (pp.1-34). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 349-361.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Deci, E. & Ryan, R. (1995) Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency and self-esteem* (pp.31-49). New York: Plenum Press.
- Deniz, M., Kesici, S. & Sumer, A. (2008). The validity and reliability of the Turkish version of the Self-Compassion Scale. *Social Behavior and Personality*, 36, 1151-1160.



- Diener, E.D., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dufey, M. & Fernández, M. (2012). Validez y confiabilidad del Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) en estudiantes universitarios chilenos. *RIDEP*, 1(34), 157-173.
- Ferrando, P. & Anguiano, C. (2010). El Análisis Factorial como técnica de investigación en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., Lloret-Segura, S., & Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales De Psicología*, 30, 3, 1151-1169.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Montero-Marín, J., López-Artal, L. & Demarzo, M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS) *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, (4) 1-9.
- Germer, C. K. (2011). *El poder del "mindfulness": Libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas*. Madrid: Paidós.
- Germer, C. & Neff, K. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- Germer, C. & Siegel, R. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: deepening mindfulness in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, Calif: New Harbinger Publications.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.
- Hanh, T. (2004). *Construir la paz*. Barcelona: RBA.

- Hupfeld, J., & Ruffieux, N. (2011). Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie*, 40(2), 115-123.
- Kornfield, J. (2008). *The wise heart: a guide to the universal teachings of Buddhist psychology*. New York: Bantam Books.
- Leavy, M., Tate, E., Adams, C., Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant event: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Mantzios, M., Wilson, J. & Giannou, K. (2013). Psychometric properties of the Greek versions of the self-compassion and mindful attention and awareness scales. *Mindfulness*, 2(3) 89-102. doi:10.1007/s12671-013-0237-3
- Neff, K. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. (2012). The Science of self-compassion. In C. Siegel (Ed.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp 86-99). New York: Guilford Press.
- Neff, K., Kirkpatrick, K. & Rude, S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774.

- Pérez, E. & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1) 58-66.
- Royal Spanish Academy (2001). Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición [versión on-line]. Extracted from 08 de julio de 2013, since <http://lema.rae.es/drae/?val=autocompasi%C3%B3n>
- Reyes, D. (2012). Self-compassion: a concept analysis. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30(2), 81-89.
- Rojas, C., Zegers, B. & Forster, C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista Médica de Chile*, 137(6), 791-800.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C., & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schmidt, C. & Vinet, E. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 33(2), 93-102.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology an introduction*. Extracted from 08 de julio de 2013, since <http://psych.upenn.edu/seligman/apintro.htm>
- Triet, R. (2001) Le Zen, voie de compassion. *Bulletin de L'Association Zen Internationale*, 84, 2-5.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988b). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1063–1070.

**Artículo N°3.** Enviado a: Revista Mexicana de Psicología. **ISI Journal.**

**Tratamiento basado en mindfulness y autocompasión, intervención en mujeres con síntomas de ansiedad que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial: Un estudio cuantitativo.**

Claudio Araya-Véliz<sup>1,3</sup>, Laura Moncada<sup>2</sup>, Ana Andaur<sup>1</sup>, Alberto González<sup>2</sup>, Claudio Acosta<sup>2</sup>, Paloma Medina<sup>2</sup>, Denisse Ramos<sup>2</sup>.

**Resumen**

El objetivo de la presente investigación fue adaptar e implementar un taller de entrenamiento en mindfulness y autocompasión, evaluando los efectos del taller en las variables entrenadas (mindfulness y autocompasión), sobre los síntomas (ansiedad, depresión y estrés) y en los indicadores de bienestar (bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos). Las participantes fueron mujeres que reportaban la presencia de síntomas de ansiedad y que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial. Se implementó un taller de mindfulness y autocompasión en el Consultorio de Salud Mental de Pudahuel, donde se evaluaron los resultados antes de iniciar el taller, al terminar y se hizo un seguimiento a los 6 meses. Se realizó un análisis de varianza (ANOVA mixto) que comparó el grupo de tratamiento (N=22) con dos grupos de control: un grupo de control activo, que recibió tratamiento de psicoterapia individual (N=16) y un grupo de control de lista de espera (N=15). Se encontraron resultados estadísticamente significativos en el grupo de intervención en las variables de mindfulness y autocompasión, en la reducción sintomática (particularmente en ansiedad y depresión), así como en el incremento de los indicadores de bienestar (particularmente en el incremento de bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos). Tras el seguimiento a los 6 meses, se mostró que los cambios se mantuvieron en las variables de mindfulness, autocompasión, depresión, bienestar psicológico y afectos positivos.

---

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica de Chile

<sup>2</sup> Universidad de Chile

<sup>3</sup> Correspondencia dirigirla a carayav@uc.cl

La intervención basada en mindfulness y autocompasión mostró ser una intervención clínica con validación empírica, apareciendo como un complemento efectivo a la intervención psicoterapéutica con mujeres con síntomas de ansiedad y depresión que viven en contextos de vulnerabilidad psicosocial.

Palabras claves: mindfulness, autocompasión, intervención psicosocial, salud mental

### **Abstract**

The objective of this research was to adapt and implement a training workshop on mindfulness and self-compassion, evaluating the effects of the workshop on trained variables (mindfulness and self-compassion), on symptoms (anxiety, depression and stress) and wellbeing indicators (psychological well-being, subjective happiness and positive affects). Participants were women that report anxiety symptoms living in areas of psychosocial vulnerability. A workshop on mindfulness and self-compassion was implemented in Pudahuel's Mental Health Center; the results were evaluated before starting the workshop, at the end, and on a follow-up that was made 6 months after the training. It was made a variance analysis (ANOVA mixed) that compared the treatment group (N=22) with two control groups, first an active control group, which received individual psychotherapy treatment (N=16) and a second control group of waiting list (N=15). Statistically significant results were found in the intervention group on mindfulness and self-compassion, on symptoms reduction (particularly in anxiety, depression) as well as the increase on wellbeing indicators (particularly in increasing psychological well-being, subjective happiness and positive affects). After the 6 months follow-up the changes were maintained on mindfulness, self-compassion, depression, psychological well-being and positive affects.

The training based on mindfulness and self-compassion has shown to be a clinical intervention with empirical validation, appearing as an effective complement to the clinical intervention on women with anxiety and depression symptoms that lived on a vulnerability context.

Key words: mindfulness, self-compassion, psycho-social intervention, mental health

## I. Introducción

Durante las últimas dos décadas ha existido un exponencial incremento en la investigación sobre los efectos de la práctica de mindfulness (Black, 2015). Hanh (1976/2007) ha definido mindfulness como la habilidad de “mantener viva la consciencia en la realidad presente” (p.11). Kabat-Zinn (2006), biólogo molecular y pionero en la realización de talleres de mindfulness para la reducción del estrés, define mindfulness como “prestar atención de un modo particular al momento presente, sin juicios mentales” (p.4); por su parte Bishop et al. (2004) ha señalado que mindfulness tiene 2 componentes centrales: prestar atención a la experiencia presente a lo que está ocurriendo, y segundo, con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación. Existe una consistente evidencia que muestra que la práctica sistemática de mindfulness contribuye en la disminución de síntomas de estrés y trastornos del ánimo como la depresión, la ansiedad, un mejor manejo de la rabia y el miedo (Brown & Ryan, 2003; Burgess, Propper, & Wilson, 2005; Carlson, Silva, Langley, & Johnson, 2013; Garland, Gaylord & Park, 2009), además de mejorar de calidad de vida en general (Brady, Laidig, Guy, & Norcross, 1999), ayudar a mejorar en la capacidad de crecer mediante la enfermedad (Brady, Laidig, Guy, & Norcross, 1999) y aumentar la capacidad de tolerar la incertidumbre y de generar un propósito constructivo para la vida (Garland et al., 2009).

Complementando la evidencia psicológica, en los últimos años se ha investigado sobre los efectos neurobiológicos de la práctica de mindfulness. Davidson y colaboradores (2003), en un clásico estudio, aplicaron un programa de 8 semanas basado en mindfulness. En sus resultados reportaron una mayor activación de la zona cerebral anterior izquierda en el grupo que participó del programa, área asociada a las emociones positivas, como también encontraron una mejor respuesta inmunológica en el grupo de intervención. Treadway y Lazar (2009) han encontrado una mayor activación de diferentes áreas cerebrales producto de la práctica de mindfulness, tanto en el corto como en el largo plazo, por ejemplo, una mayor activación de la corteza prefrontal dorso-lateral, asociada a las funciones ejecutivas de toma de decisiones y capacidad de atención; aumento en la actividad de la ínsula asociada a la interocepción. También Treadway y Lazar (2009) han encontrado que una práctica de mindfulness a largo plazo facilitaría cambios estructurales a nivel cerebral, como el aumento en el grosor de la corteza en la ínsula anterior, en la corteza sensorial, pre-frontal, el hipocampo y el giro temporal izquierdo.

Otro constructo que, al igual que mindfulness proviene de la psicología budista, y que ha comenzado a investigarse en los últimos años es la autocompasión. Neff (2012) ha señalado que la autocompasión implica ser cálidos y comprensivos con nosotros mismos en vez de criticarnos cuando estamos sufriendo, cuando sentimos que hemos fallado o cuando nos sentimos incompetentes. De acuerdo a Neff y Costigan (2014) la autocompasión implica dirigir una actitud de cuidado hacia nosotros mismos cuando estamos sufriendo o cuando las circunstancias externas de la vida son dolorosas o difíciles.

De acuerdo a Neff (2003a) la auto-compasión tendría tres componentes interrelacionados que, en su conjunto, permiten que la autocompasión emerja: 1. La bondad con uno mismo (self-kindness), que considera tratarse a uno mismo con cuidado y comprensión, en vez de hacerlo desde una perspectiva crítica (self-judgment); 2. La humanidad compartida (common humanity), que implica el reconocimiento que los demás pasan por sufrimientos similares a los propios, en contraposición al sentimiento de aislamiento (isolation) o desconexión; y finalmente 3. Mindfulness, entendido en el contexto de la autocompasión, como la capacidad de tener una conciencia equilibrada, integrada a la capacidad de tomar distancia de los propios pensamientos y sentimientos, en contraposición a la sobre-identificación o la evitación de la experiencia presente (Neff, 2003b).

La investigación ha ido mostrando que la autocompasión parece ser un factor clave por el cual los tratamientos basados en mindfulness realizados incrementan el bienestar (Baer, 2010; Holzerl et al, 2011). Gilbert y Irons (2005) sugieren que la autocompasión aumenta el bienestar, principalmente porque desactiva el sistema de amenaza y huida, asociado a la autocrítica, al apego inseguro y a la adopción de una actitud defensiva. La investigación también sugiere que el incremento en la autocompasión está correlacionado negativamente con estados emocionales negativos, tales como ansiedad, depresión y estrés (Neff y Costigan 2014). Según diversos estudios (Neff, 2003b; Neff & Germer, 2013; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007), existe una correlación negativa entre la autocompasión con la depresión y la ansiedad (Autocompasión y Depresión:  $r = -0.5$  y  $-0.7$ ; Autocompasión y Ansiedad:  $r = -0.6$  y  $-0.7$  respectivamente). De acuerdo al estudio de Leary et al. (2007), las personas con un alto nivel de autocompasión mostraron tener mayor perspectiva de sus problemas, se sintieron menos aisladas,



experimentaron una reducción significativa en sus niveles de ansiedad y también disminuyeron la tendencia al autocrítico.

Respecto a la evidencia neurobiológica, Gilbert y Irons (2005) señalan que la autocompasión activaría el sistema de regulación emocional de la calma y el cuidado, el cual cumple la función de tranquilizar y suavizar, favoreciendo una sensación básica de seguridad y bienestar, facilitando la generación de apego relacional, lo cual ayuda a reducir el sentimiento de miedo y aislamiento.

Rockcliff y colaboradores (2008) descubrieron que el incremento de la autocompasión está asociado a la reducción en los niveles de cortisol, la hormona del estrés, y también al aumento de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, que activa el sistema nervioso parasimpático y se asocia con una mayor capacidad de regular las emociones para que respondan a las demandas de las situaciones, por ejemplo, calmarse a uno mismo en momentos de estrés (Porges, 2007).

Al igual que con la práctica de mindfulness, se ha demostrado que la práctica de la autocompasión están asociadas al aumento en la materia gris en determinadas regiones cerebrales, tales como la corteza prefrontal, asociadas, entre otras habilidades, al desarrollo de la compasión (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, Davidson, & Baune, 2008) y la empatía (Lazar et al, 2005). En el estudio de Lutz y colaboradores (2008) se entrenó una compasión no referencial, pura y sin límites, y esta práctica activó las regiones cerebrales de la ínsula y la corteza interoceptiva, áreas asociadas a una mayor percepción interoceptiva.

Existe evidencia que muestra que la formación en compasión regula la actividad de la amígdala, asociada a la reducción de las emociones negativas e incremento de una conducta altruista. En el estudio de Lutz y colaboradores (2008), la amígdala de los practicantes más experimentados se activó intensamente durante la práctica de la compasión, como respuesta a los sonidos de sufrimiento, pero también tendió a recuperarse con mayor rapidez que en los no practicantes. De acuerdo a Gilbert (2010) y Leiber, Klimecki, & Singer (2011) las personas más autocompasivas a nivel cerebral también mostraron un mayor cambio en el comportamiento altruista.

Aunque los conceptos de mindfulness y autocompasión son complementarios, es importante distinguir que ambos constructos no son exactamente iguales. De acuerdo a Germer (2009),

mindfulness se refiere a la habilidad de prestar atención a toda la experiencia, sea esta positiva, negativa o neutra- con aceptación y ecuanimidad; mientras que la autocompasión sería una habilidad más específica, actuando sobre los pensamientos y sentimientos involucrados en el sufrimiento personal, mindfulness se centraría en la experiencia interna (sensaciones, emociones, pensamientos) en lugar de lo que propondría la autocompasión, que pone el foco en el experimentador. Por ejemplo, en el caso de dolor físico, mindfulness podría estar dirigida a las cambiantes cualidades de la sensación, mientras que la autocompasión estaría dirigida a la misma persona que está sufriendo el dolor. (Neff & Germer, 2013).

Kristin Neff y Christopher Germer (2013) desarrollaron el programa de entrenamiento en mindfulness y autocompasión (Mindful and Self-compassion [MSC], en su nombre y siglas originales en inglés), el cual busca explícitamente integrar la autocompasión y la práctica de mindfulness en un plan estructurado, de manera similar a los talleres de reducción del estrés basados en mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction [MBSR] en su nombre y siglas originales en inglés).

En estos programas se tiene a la base la realización de ejercicios experienciales, incluyendo prácticas de meditación formales e informales, tales como meditación sentada, meditación metta, etc., junto a diálogos a partir de las prácticas (Germer & Neff, 2013). El principal énfasis de este programa está puesto en ayudar a los participantes a desarrollar la autocompasión, incluye también, de modo secundario, la realización de prácticas básicas de mindfulness (1 de las 8 sesiones está destinada a mindfulness). Esto hace que este programa sea complementario al programa MBSR antes descrito.

De acuerdo a Neff y Germer (2013) el programa MSC puede ser considerado un programa híbrido, aplicable tanto a población general como a algunas poblaciones clínicas. Como el concepto de autocompasión es poco conocido aún, dentro del programa se considera explicar, de un modo fácil y comprensible, qué es la autocompasión y cuáles son los beneficios para la salud que reporta.

Aunque es muy reciente, ya existe importante evidencia que respalda la aplicación de este protocolo. Neff (2012) condujo un primer estudio sobre la implementación del programa MCS

Este estudio fue aleatorizado y controlado, y en él se compararon los resultados de un grupo de tratamiento (N = 25) con un grupo control de lista de espera (N = 27).

Los principales resultados indicaron que la participación en el programa se asoció con un importante aumento en la autocompasión, la atención plena o mindfulness, la compasión por otros y la satisfacción con la vida. Complementariamente, el entrenamiento se asoció con una importante reducción en los índices de depresión, ansiedad, estrés, e impacto del trauma.

Los análisis también exploraron si el incremento en el bienestar atribuido al programa estaba asociado al aumento de la autocompasión o de mindfulness.

La autocompasión predijo una importante parte de la varianza de las variables conexión social, depresión y ansiedad, mientras que autocompasión y mindfulness explicaron una importante parte del incremento en la felicidad y la reducción del estrés, y mindfulness sólo fue un significativo predictor de la respuesta favorable ante el impacto de un trauma. Este estudio sugiere que tanto la autocompasión como mindfulness son elementos complementarios para obtener un incremento en el bienestar subjetivo y en la reducción de síntomas. El seguimiento mostró que los resultados se mantuvieron a los 6 meses de haber concluido el programa (Neff, 2012).

A partir de este estudio se han desarrollado nuevas investigaciones que han mostrado una tendencia similar. En un estudio randomizado desarrollado por Neff y Germer (2013) el programa reportó un significativo incremento en autocompasión, mindfulness, compasión por otros y satisfacción con la vida, y una disminución en los niveles de depresión, ansiedad, estrés y evitación emocional, manteniéndose a los 6 meses y al año de realizada la intervención.

Para la realización de la presente investigación se adaptó el protocolo del programa de mindfulness y autocompasión y se realizaron talleres, dirigidos específicamente a mujeres con síntomas de ansiedad que viven en un contexto de vulnerabilidad psicosocial.

### **El presente estudio**

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar el impacto de una intervención basada en mindfulness y autocompasión, en los niveles de mindfulness y autocompasión, tanto como en los indicadores sintomáticos (ansiedad, depresión, estrés y afectos negativos), así como en los

indicadores de bienestar (bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos), en mujeres adultas con sintomatología ansiosa, que viven en una población con alta vulnerabilidad psicosocial.

Específicamente se buscó:

1. Evaluar los efectos de un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en las variables de mindfulness y autocompasión, en mujeres que viven en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.
2. Evaluar los efectos de un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en las variables sintomatológicas (ansiedad, depresión, estrés y emocionalidad negativa), en mujeres que viven en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.
3. Evaluar los efectos de un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en las variables de bienestar (bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos), en mujeres que viven en comunas con alto nivel de vulnerabilidad psicosocial.
4. Realizar un seguimiento a los efectos de un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, luego de seis meses de realizada la intervención, para evaluar si el impacto del taller se mantiene, reduce o aumenta.

Las hipótesis establecidas para estos cuatro objetivos fueron:

Ha1. El programa de mindfulness y autocompasión incrementará significativamente los niveles de mindfulness y autocompasión presentados por las mujeres participantes del taller.

Ha2. El programa de mindfulness y autocompasión reducirá significativamente los niveles de ansiedad, depresión, estrés y emociones negativas presentes en las mujeres participantes del taller.

Ha3. El programa de mindfulness y autocompasión aumentará significativamente los indicadores de bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos de las mujeres participantes del taller.

Ha4. Los efectos producidos por el taller de mindfulness y autocompasión se mantendrán o aumentarán en las mujeres participantes, luego de 6 meses de haber concluido el taller.

## II. Metodología

En la presente investigación se utilizó una metodología cuantitativa, dada las hipótesis establecidas y objetivos propuestos. En la presente investigación se utilizó un diseño cuasi-experimental de varianza mixta, dada la consideración de una medición entre-grupos (intervención, control psicoterapia y control lista de espera) e intra-grupos (midiendo a los participantes antes, inmediatamente después del taller y luego de 6 meses de finalizado el taller). El taller basado en mindfulness y autocompasión se constituyó en la variable independiente, la cual se esperaba que modificara los niveles de las variables dependientes, tales como los indicadores de mindfulness, autocompasión, los síntomas y los indicadores de bienestar psicológico.

Para medir la mantención de los efectos del taller, se realizó un análisis de varianza intra-sujeto de mediciones repetidas en el grupo de intervención, considerando los tiempos pre intervención, post intervención y a los 6 meses de seguimiento. Para evaluar en cuál de los tiempos se producían los cambios, se realizó un análisis de Bonferroni.

**a. Participantes:** El estudio se realizó con mujeres adultas (entre 19 y 76 años) que reportaban la presencia síntomas moderados o altos de ansiedad de acuerdo a la escala de ansiedad de Beck, y que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial. Participaron 53 mujeres en el estudio, las cuales participaron tanto en el grupo de intervención como en dos grupos de control. El promedio de edad fue de 41, 57 años, con una desviación estándar (DE) de 11, 6.

En el grupo de intervención, que incluía psicoterapia y la participación en el taller, se contó en total con 22 participantes (Edad promedio: 41,23 años, DE: 11,85).

Se consideraron también dos grupos de control. Un primer grupo de control, que estaba constituido por mujeres que estaban en psicoterapia individual, participando en este grupo 16 mujeres (Edad promedio: 38,97 años, DE: 11,6); un segundo grupo de control estaba constituido por participantes en lista de espera, y se evaluaron en este grupo a 15 mujeres (Edad promedio: 41,57 años, DE: 11,2). Para ver el detalle de edad por grupos ver tabla N°1. Todas las participantes del grupo de intervención asistieron al COSAM de Pudahuel, mientras que las participantes de los grupos de control asistieron tanto al COSAM de Pudahuel como al COSAM de Renca.

Tabla N°1

Edad de las participantes según grupo de intervención y grupos de control (Psicoterapia y lista de espera)

Edad	Intervención		Control Psicoterapia		Control Lista de espera		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19-29	1	4,5	2	12,5	3	20,0	6	12,3
30-39	5	22,7	2	12,5	9	60,0	16	31,7
40-49	4	18,2	9	56,3	1	6,7	14	27,0
50-59	12	54,5	2	12,5	2	13,3	16	26,8
60-76	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	2,1
Total	22	100	16	100	15	100	53	100

El 43,8% de las participantes del estudio son solteras, mientras que el 40,7 son casadas (ver detalle por grupo en tabla N°2).

Tabla N°2

Estado Civil	Estado Civil de las participantes							
	Intervención		Control Psicoterapia		Control Lista de espera		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casada	10	45,5	8	50,0	4	26,7	22	40,7
Soltera	6	27,3	6	37,5	10	66,7	22	43,8
Separada	4	18,2	1	6,3	1	6,7	6	10,4
Divorciada	0	0,0	1	6,3	0	0,0	1	2,1
Viuda	2	9,1	0	0,0	0	0,0	2	3,0
Total	22	100	16	100	15	100	53	100

Respecto a la ocupación, estas se distribuyen entre dueñas de casas (44,3%), realización de actividades manuales (19,5%) y trabajos en el área del comercio y ventas (13,3%), detalles por grupos en la tabla N°3.

Tabla N°3

Ocupación	Ocupación de las Participantes							
	Intervención		Control Psicoterapia		Control Lista de espera		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dueña de casa	8	36,4	8	50	7	46,7	23	44,3
Tareas administrativas	3	13,6	0	0	0	0	3	4,5
Actividades manuales	3	13,6	4	25	3	20,0	10	19,5
Alimentación	1	4,5	1	6,3	0	0	2	3,6
Comercio-Ventas	3	13,6	1	6,3	3	20	7	13,3
Independiente	1	4,5	1	6,3	2	13,3	4	8
Estudiante	1	4,5	1	6,3	0	0	2	3,6
Sin empleo	2	9,1	0	0,0	0	0	2	3
Total	22	100	16	100	15	100	53	100

**b. Procedimiento:** En primer lugar se realizó una adaptación del taller de mindfulness y autocompasión (Mindful Self-Compassion) desarrollado originalmente por Kristin Neff y Christopher Germer (2012), en segundo lugar, se contactó al COSAM de Pudahuel, quien manifestó interés en ser parte del estudio, donde se hizo una presentación al equipo directivo y a los profesionales, quienes luego derivaron a las participantes al taller.

Se implementaron 5 talleres de 8 sesiones, con una duración de 2 horas cada sesión. Se realizaron mediciones previas y posteriores al taller en el grupo de intervención y en los 2 grupos de control. Con las participantes del grupo de intervención se volvió a realizar una evaluación de seguimiento a los 6 meses luego de haber concluido el taller.

**c. Instrumentos:** Los constructos e instrumentos utilizados para las mediciones previas y posteriores a las 8 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.

2. Para evaluar la auto-compasión, se utilizó la escala de auto-compasión de Neff (2003a), validada originalmente en Estados Unidos y existiendo un trabajo de traducción y validación en una población chilena (Araya, et al., en prensa). Es una escala de 26 ítems que tiene 6 sub-escalas: bondad con uno mismo, auto-criticismo, humanidad compartida, aislamiento, mindfulness y sobre-identificación. En la evaluación de esta variable esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,89.

3. Para evaluar los índices de estrés, se utilizó la escala de estrés percibido de Cohen, Kamark y Mermelstein, con un trabajo de validación en Chile, realizado por Tapia, Cruz, Gallardo y Dasso (2007). Esta escala consta de 14 ítems que miden el grado en que las situaciones de la vida personal son evaluadas subjetivamente como estresantes, y cuenta con un alfa de Cronbach de 0,79.

4. Para evaluar los índices de ansiedad, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) desarrollado por el psicólogo Aaron Beck en el año 1988. Esta es una de las pruebas más utilizadas para diferenciar los cuadros de ansiedad de la depresión, siendo un instrumento que consta de 21 ítems de respuesta múltiples. La versión en español ha sido traducida y validada por Sanz y Navarro (2003). En la evaluación de esta variable esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,88.

5. Para evaluar los índices de depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-I), desarrollado por el psicólogo Aaron Beck. (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1988). Es una de las pruebas más utilizadas para medir el grado de depresión y corresponde a un instrumento auto administrado, que consta de 21 preguntas de respuestas múltiples. Se tomó la versión BDI-I, desarrollada en EEUU el año 1979. Se han aportado datos para la validación en



Chile en poblaciones adultas (Alvarado, Vega, Sanhueza, & Muñoz, 2005; Ojeda et al., 2003; Sanz & García-Vera, 2013). Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,91.

6. Para medir la emocionalidad positiva y negativa, se utilizó la escala de afectos positivos y negativos (Positive and Negative Scale-PANAS). Esta corresponde a una escala de 20 reactivos, diez de los cuales evalúan afectos positivos, y diez afectos negativos. Los reactivos consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Fue desarrollada por Watson, Clark, y Tellegen, (1988) y existe un trabajo de validación en español desarrollado por Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed, y Valiente (1999). Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach que va de 0,87 a 0,91.

7. Para evaluar los niveles de bienestar psicológico, se utilizó la escala de bienestar psicológico de Ryff, existiendo un trabajo de validación al español por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle, y Van Dierendonck (2006). Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach que va de 0,84 a 0,70 al reducir a 29 ítems la escala.

8. Finalmente, para evaluar los índices de felicidad subjetiva, se utilizó la escala de felicidad subjetiva de Lyubomirsky, la cual es una escala breve de 4 preguntas, desarrollada y validada inicialmente en Estados Unidos y Rusia por Lyubomirsky y Lepper (1999), existiendo un trabajo de validación a la población chilena desarrollado por Vera-Villaruel, Celis-Atenas, y Córdova-Rubio (2011). Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach que va de 0,73 a 0,87.

Para el análisis de la información cuantitativa, se realizó un análisis de varianza mixto, identificando el factor inter-sujetos que compara el grupo de intervención y los grupos de control, e intra-sujeto, que compara las mediciones pre y post del participante, junto con el análisis de la interacción entre ambos factores. Para cada una de las escalas se identificó si existe una relación estadísticamente significativa de la intervención en los niveles de las variables dependientes (mindfulness, autocompasión, ansiedad, depresión, emociones negativas, estrés, felicidad subjetiva, bienestar subjetivo y afectos positivos).

Se realizó también un análisis de varianza de mediciones repetidas con el grupo de intervención para identificar si las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre el tiempo pre y post intervención, se mantenían luego de 6 meses de haber finalizado la intervención. Finalmente, para calcular el tamaño del efecto se realizó un análisis manual, confirmando dicha información con el programa estadístico G-power.

### III. Resultados

A continuación se detallan los principales resultados obtenidos, ordenados según las hipótesis establecidas.

Sobre la primera hipótesis, que proponía que el programa implementado incrementaría significativamente los niveles de mindfulness (FMQ) y autocompasión (EAC) en las participantes del taller, los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de dicha hipótesis.

En el análisis de varianza mixto realizado, en la escala de mindfulness con un  $F(2,50)$  de 3,905 y un valor  $p$  de 0,0266 el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría que la interacción entre el factor tiempo y grupo sería estadísticamente significativa. Información que se complementa con el análisis de efectos principales y simples realizados, en donde el factor intra-sujeto (evaluación pre y post taller) con un  $F(1,50)$  de 26,876 y con un valor  $p$  de  $3.92e-06$ , (considerando un valor  $\alpha$  de 0,05) indicaría la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias fue en el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 10.2 y un  $p$  de 0.00266. No se encontraron resultados estadísticamente significativos en los grupos de control entre el tiempo pre y post intervención. Este conjunto de evidencia indicaría que pertenecer al grupo de intervención, que recibió el taller y la psicoterapia, se relacionaría con el aumento en los puntajes de mindfulness, al comparar las mediciones pre y post taller, a diferencia de quienes pertenecían a los grupos de control. A nivel descriptivo, al observar los promedios de los grupos, en la medición pre-intervención se observa que el grupo de intervención parte con puntajes más cercanos al grupo de control de lista, acercándose a través de la intervención a los puntajes del grupo de control que sólo recibía la psicoterapia. Por su parte, el análisis entre-sujeto (grupo intervención y control) no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el tamaño del efecto de la variable mindfulness, comparando el grupo de intervención con el grupo de control de lista de espera arrojó un valor de 0,58, el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992), se constituiría en un tamaño del efecto mediano, sin embargo, el tamaño del efecto del grupo de intervención, comparado con el grupo de control de psicoterapia arrojó un valor de 0,09; el cual

sería un tamaño del efecto casi inexistente a favor del grupo de control de psicoterapia, quien termina con un puntaje levemente mayor que el grupo de intervención.

En la escala de autocompasión, el análisis de varianza mixto señala que la interacción presentaría resultados estadísticamente significativos con un  $F(2,50)$  de 6,72 y con un valor  $p$  de 0,0026 considerando un valor  $\alpha$  de 0,05. Esta información se complementa con el análisis de efectos principales y simples de ambos factores (Tiempo y Grupo), en donde el factor intra-sujeto arrojó un valor  $F(1,50)$  de 15,336 con un valor  $p$  de 0,00027, considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, lo cual indicaría la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias sería el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 9.919 y un  $p$  de 0.00301. No se encontraron resultados estadísticamente significativos en los grupos de control entre el tiempo pre y post intervención. Por su parte, el análisis entre-sujeto del análisis de varianza mixto no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, sin embargo, al realizar el análisis de efectos simples se identifica una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el tiempo post intervención con un  $F(2,50)$  de 3,62 y un valor  $p$  de 0,034. Se realizó un análisis post-hoc de Tukey para identificar entre qué grupos se daría esta diferencia, identificándose con un valor  $p$  ajustado de 0,026 una diferencia estadísticamente significativa en el tiempos post intervención entre el grupo de intervención y el grupo de control de lista de espera. Finalmente, el tamaño del efecto de la variable autocompasión comparando el grupo de intervención con el grupo de control de lista de espera arrojó un valor de 0,8 el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992), se constituiría en un tamaño del efecto grande. Sin embargo, al calcular el tamaño del efecto del grupo de intervención en comparación con el grupo de control de psicoterapia este disminuye, obteniéndose un valor de 0,3, el cual se constituiría en un tamaño del efecto pequeño.

En síntesis, en el análisis de las variables de mindfulness y autocompasión habría evidencia a favor de la primera hipótesis, en donde las participantes del taller presentaron un aumento estadísticamente significativo en los niveles de mindfulness y autocompasión, en comparación con quienes participaron en los grupos de control, quienes no presentaron ese incremento.

Sobre la segunda hipótesis planteada que proponía que el programa de mindfulness y autocompasión reducirá significativamente los niveles de ansiedad, depresión, estrés y afectos negativos presentes en las mujeres participantes del taller. Los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de dicha hipótesis.

En la escala de ansiedad, el análisis de varianza mixto no arrojó resultados estadísticamente significativos en la interacción de los factores. Por otro lado, en el análisis de efectos principales y simples de ambos factores, el factor intra-sujeto arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(1,50)$  de 21,355 y con un valor  $p$  de  $2,71e-05$ , el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicarían una variación estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias estadísticamente significativas fue en el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 6,502 y un  $p$  de 0,0145. No se encontraron resultados estadísticamente significativos en los grupos de control entre el tiempo pre y post intervención. Por su parte, el análisis entre-sujeto no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el tamaño del efecto de la intervención en la variable ansiedad, comparando con el grupo de control de lista de espera arrojó un valor de 0,5 el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992) se constituiría en un tamaño del efecto mediano. Sin embargo, si comparamos con el grupo de control de psicoterapia, el tamaño del efecto disminuye a 0,2 el cual se constituiría en un tamaño de efecto pequeño. Por lo tanto, en términos descriptivos, el grupo de intervención parte con puntajes levemente más altos que el grupo de control de psicoterapia, sin embargo, en términos inferenciales reduciría de manera estadísticamente significativamente los puntajes entre el tiempo pre y post intervención, lo que no ocurre con los otros dos grupos de control.

En la escala de depresión, en el análisis de interacción los análisis no arrojaron resultados estadísticamente, pese a estar cercana a significativa con un valor  $p$  de 0,076. Por otro lado, en el análisis de efectos principales y simples de ambos factores, el factor intra-sujeto arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(1,50)$  de 30,247 y con un valor  $p$  de  $1,3e-06$ , el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias estadísticamente significativas fue en el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 12,67 y un  $p$

de 0,000938. No se encontraron resultados estadísticamente significativos en los grupos de control entre el tiempo pre y post intervención. Por su parte, el análisis entre-sujeto no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el tamaño del efecto de la intervención en la variable depresión al compararlo con el grupo de control de lista de espera arrojó un valor de 0,75, el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992) se constituirían en un tamaño del efecto mediano tendiendo a grande. Sin embargo, al comparar el tamaño del efecto con el grupo de control de psicoterapia, éste disminuye a 0,39 constituyéndose en un tamaño de efecto pequeño tendiente a mediano. Por lo tanto, en términos descriptivos, el grupo de intervención parte con puntajes levemente más altos que el grupo de control de psicoterapia siendo similar al grupo de control de lista de espera, sin embargo, en términos inferenciales reduciría de manera estadísticamente significativamente los puntajes entre el tiempo pre y post intervención, lo que no ocurre con los otros dos grupos de control.

El análisis de varianza mixto realizado en la escala de estrés, la interacción no presentó resultados estadísticamente significativos. Por otro lado, en el análisis de efectos principales y simples de ambos factores, el factor intra-sujeto arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(1,50)$  de 22,972 y con un valor  $p$  de  $1,51 \times 10^{-5}$ , el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría la existencia de una variación estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias estadísticamente significativas fue en el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 8,299 y un  $p$  de 0.00622. No se encontraron resultados estadísticamente significativos en los grupos de control entre el tiempo pre y post intervención. Por su parte, el análisis entre-sujeto no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el tamaño del efecto de la intervención en la variable estrés, al compararla con el grupo de intervención de lista de espera arrojó un valor de 0,47, el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992) se constituiría en un tamaño del efecto cercano a mediano. Sin embargo, al comparar el tamaño del efecto de la intervención con el grupo de control de psicoterapia, este disminuye a 0,23 siendo un valor pequeño según los criterios establecidos por Cohen (1992). Por lo tanto, en términos descriptivos, los 3 grupos parten con puntajes similares, en donde sólo el grupo de intervención reduciría de manera estadísticamente significativamente los puntajes entre el tiempo pre y post intervención.

En la escala de afectos negativos, el análisis de varianza mixto realizado no muestra resultados estadísticamente significativos en la interacción de los factores. Por otro lado, en el análisis de efectos principales y simples de ambos factores, el factor intra-sujeto arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(1,50)$  de 16,206 y con un valor  $p$  de 0,000193, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría la existencia de diferencias estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención. Por su parte, al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias estadísticamente significativas fue en el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 5,896 y un  $p$  de 0,0195. No se encontraron resultados estadísticamente significativos en los grupos de control entre el tiempo pre y post intervención. Por su parte, el análisis entre-sujeto también arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,50)$  de 3,997 y con un valor  $p$  de 0,0245, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría la existencia de una variación estadísticamente significativa entre los grupos. Al realizar el análisis de varianza para determinar en qué tiempo se encontraba esas diferencias, el análisis arrojó que una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo 2 (post intervención), con un  $F(2,50)$  de 3.19 y un  $P$  de 0.0497. Al realizar el análisis de Tukey para identificar entre qué grupos se daba dicha diferencia en el tiempo post intervención, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo la diferencia más cercana encontrada entre el grupo 1 y 3 el cual arrojó un  $p$  de 0,0608. Finalmente, el tamaño del efecto de la intervención en la variable afectos negativos, al compararla con el grupo de intervención de lista de espera arrojó un valor de 0,8 el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992) se constituiría en un tamaño del efecto grande. Sin embargo, al comparar la intervención con el grupo de intervención en psicoterapia, este tamaño de efecto disminuye, obteniéndose un valor de 0,02 el cual se consideraría casi inexistente y a favor del grupo de control de psicoterapia. Por lo tanto, en términos descriptivos, el grupo de intervención parte con puntajes levemente más altos que el grupo de control de psicoterapia, aunque cercanos, sin embargo, en términos inferenciales reduciría de manera estadísticamente significativamente los puntajes entre el tiempo pre y post intervención, lo que no ocurre con los otros dos grupos de control.

En síntesis, de acuerdo a los resultados obtenidos habría evidencia a favor de la segunda hipótesis, en donde 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 con los grupos de control.

Sobre la tercera hipótesis que proponía que el programa de mindfulness y autocompasión aumentaría significativamente los indicadores de bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos de las mujeres participantes del taller, los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de dicha hipótesis.

En la escala de bienestar psicológico, en el análisis de interacción de los factores (grupo y tiempo) el análisis no arrojó resultados estadísticamente significativos, sin embargo, el análisis de efectos principales y simples de ambos factores, el factor intra-sujeto arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos pre y post intervención con un  $F(1,50)$  de 12,128 y con un valor  $p$  de 0,00104 considerando un valor  $\alpha$  de 0,05. Al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias estadísticamente significativas fue en el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 5,92 y un  $P$  de 0,0193. No se encontraron cambios estadísticamente significativos en los grupos de control entre el tiempo pre y post intervención. Resulta relevante señalar, que en este caso, a nivel descriptivo, los puntajes iniciales entre el grupo de intervención y el de control de psicoterapia se observan diferentes (siendo más bajos los puntajes del grupo de intervención), llegando con el taller a igualar y superar levemente los puntajes del grupo de control de psicoterapia, siendo estadísticamente significativo este cambio. Por su parte, el análisis entre-sujeto no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el tamaño del efecto de la intervención en la variable bienestar psicológico, comparado con el grupo de control de lista de espera, arrojó un valor de 0,65 el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992) se constituiría en un tamaño del efecto medio. Sin embargo, al comparar el tamaño del efecto de la intervención con el grupo de control de psicoterapia, el valor disminuye a 0,13, considerado un tamaño de efecto pequeño.

En la escala de felicidad subjetiva, el análisis de varianza mixto no arrojó resultados estadísticamente significativos en la interacción entre los factores. Por otro lado, en el análisis de efectos principales y simples de ambos factores, el factor intra-sujeto arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(1,50)$  de 11,152 y con un valor  $p$  de 0,00159, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría la existencia de una relación estadísticamente

significativa entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples, se identificó que el grupo en el cual se producen estas diferencias estadísticamente significativas fue en el grupo de intervención, con un  $F(1,42)$  de 6,439 y un  $p$  de 0,0152. Resulta relevante señalar, que en este caso, a nivel descriptivo, los puntajes iniciales entre el grupo de intervención y el de control de psicoterapia se observan diferentes (siendo más bajos los puntajes del grupo de intervención), llegando con el taller a acercarse a los puntajes obtenidos por el grupo de control de psicoterapia, siendo estadísticamente significativo este cambio. Por su parte, el análisis entre-sujeto no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el tamaño del efecto de la intervención en la variable de felicidad subjetiva, al compararlo con el grupo de control de lista de espera arrojó un valor de 0,73 el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992) se constituiría en un tamaño del efecto mediano tendiente a grande. Al realizar la comparación con el grupo de intervención de psicoterapia, este número disminuye a 0,133.

En la escala de afectos positivos, el análisis de varianza mixto no arrojó resultados estadísticamente significativos en la interacción de los factores. Sin embargo, en el análisis de efectos principales y simples de ambos factores, el factor intra-sujeto arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(1,50)$  de 9,842 y con un valor  $p$  de 0,00286, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples para identificar en qué grupo se daban dichas diferencias, no se encontraron resultados estadísticamente significativos, sin embargo, el grupo de intervención tuvo el valor más cercano con un  $F(1,42)$  de 3,373 y un  $p$  de 0,0734, mientras que los valores del grupo de control de psicoterapia, fueron con un  $F(1,30)$  de 0,008 y un  $p$  de 0,928, mientras que el grupo de control de lista de espera registró un  $F(1,28)$  de 0,459 y un  $p$  de 0,504. En este caso, a nivel descriptivo, el valor inicial del grupo de intervención es similar al grupo de control de lista de espera, siendo menor que el psicoterapia, con el taller, los puntajes del grupo de intervención suben y se acercan al del grupo de control de psicoterapia, sin embargo, este cambio no se observa como estadísticamente significativo. Por su parte, el análisis entre-sujeto no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, el tamaño del efecto de la intervención en la variable afectos positivos, al compararla con el grupo de control de lista de espera, arrojó un valor de 0,49 el cual según los criterios establecidos por Cohen (1992) se constituiría en un



tamaño del efecto medio. Sin embargo, al comparar el tamaño del efecto de la intervención con el grupo de control de psicoterapia, este arroja un valor de 0,05 el cual es casi inexistente.

En síntesis, los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de la tercera hipótesis. El análisis de varianza en las variables medidas aporta cierta evidencia a favor de la tercera hipótesis planteada, en donde en las tres variables el análisis de varianza mixto arroja diferencias estadísticamente significativas en el factor tiempo, entre el tiempo pre y post intervención.

El detalle del ANOVA mixto y el tamaño del efecto en las variables estudiadas puede observarse con detalle en la tabla N°4.

**[Insertar tabla N°4 aproximadamente aquí]**

Tabla N°4

*Resultados ANOVA MIXTO*

Escalas	Grupo de Intervención		Grupo de Control Psicoterapia		Grupo de Control de Lista de Espera		Interacción		Factor Entre-sujeto (Grupos)		Factor Intra-sujeto (Tiempo)	
	M(SD) Tiempo 1	M(SD) Tiempo 2	M(SD) Tiempo 1	M(SD) Tiempo 2	M(SD) Tiempo 1	M(SD) Tiempo 2	F	P	F	P	F	P
FFMQ	107,05 (22,03)	127,5 (20,42)	123,75 (20,69)	129,38 (16,60)	107,8 (20,37)	116,07 (18,97)	3,905	0,027	2,637	0,082	26,876	3,92e-6
EAC	2,71 (0,72)	3,41 (0,77)	3,11 (0,6)	3,19 (0,6)	2,69 (0,78)	2,75(0,83)	6,719	0,003	1,886	0,162	15,336	0,0003
PANASP	28,14 (8,14)	32,77 (8,6)	32,06 (7,5)	32,31 (7,89)	27,00 (8,99)	28,93 (6,43)	2,663	0,08	1,248	0,296	9,842	0,003
PANASN	28,05 (8,7)	21,91 (8,04)	25,75 (10,58)	22,13 (9,39)	33,6 (8,17)	28,87 (9,61)	0,368	0,694	3,997	0,025	16,206	0,002
BAI	27,05 (16,91)	15,09 (14,05)	24,13 (17,12)	17,81 (13,91)	31,06 (17,4)	22,73 (15,34)	0,737	0,484	0,942	0,397	21,355	2,71e-05
BDI	18,91 (12,05)	8,23 (7,28)	15,94 (10,2)	11,56 (9,96)	20,00 (13,33)	15,2 (11,67)	2,709	0,076	0,898	0,414	30,247	1,3e-06
EPGE (estrés)	44,55 (10,65)	35,64 (9,85)	43,69 (11,04)	38,44 (12,24)	44,4 (10,35)	40,0 (8,40)	1,113	0,337	0,234	0,792	22,972	1,51e-05
BIENESTAR PSICOLÓGICO	115,0 (20,22)	128,91 (17,60)	121,63 (24,42)	126,56 (19,39)	107,93 (27,49)	115,8 (23,58)	1,017	0,369	1,755	0,183	12,128	0,001
EFLS	3,89 (1,28)	4,8 (1,01)	4,33 (1,01)	4,93 (1,32)	3,93 (1,14)	4,07 (0,99)	1,667	0,1996	1,667	0,200	11,291	0,002

El detalle del efecto comparado entre el grupo de intervención y los 2 grupos de control se puede observar en la Tabla N°5

Tabla N°5

*Tamaño del efecto comparando: mediciones post entre grupo de intervención/control de lista de espera y mediciones post entre grupo de intervención/control de psicoterapia*

Variable	Grupo	M	(DE) POST	d Cohen
FMQ	Intervención	127.50	(20.41)	
	Control Lista de Espera	116.06	(18.97)	0.5764228
	Control Psicoterapia	129.38	(16.60)	0.0993868
EAC	Intervención	3.41	(0.77)	
	Control Lista de Espera	2.75	(0.82)	0.8350417
	Control Psicoterapia	3.19	(0.60)	0.3124236
PANASP	Intervención	32.77	(8.60)	
	Control Lista de Espera	28.93	(6.43)	0.4920087
	Control Psicoterapia	32.31	(7.99)	0.0550816
PANASN	Intervención	21.90	(8.04)	
	Control Lista de Espera	28.87	(9.61)	0.8009600
	Control Psicoterapia	22.13	(9.39)	0.0266568
BAI	Intervención	15.09	(14.05)	
	Control Lista de Espera	22.73	(15.33)	0.5241674
	Control Psicoterapia	17.81	(13.91)	0.1943991
BDI	Intervención	8.22	(7.27)	
	Control Lista de Espera	15.2	(11.67)	0.7518545
	Control Psicoterapia	11.56	(9.96)	0.3931729
EPGE	Intervención	35.63	(9.84)	
	Control Lista de Espera	40.00	(8.40)	0.4703567
	Control Psicoterapia	38.44	(12.24)	0.2576945
EBSR	Intervención	128.9	(17.60)	
	Control Lista de Espera	115.8	(23.58)	0.6483381
	Control Psicoterapia	126.56	(19.39)	0.1274021
EFSL	Intervención	4.800	(1.01)	
	Control Lista de Espera	4.066	(0.99)	0.7322381
	Control Psicoterapia	4.933	(1.32)	0.1332347

Finalmente se contrastó una cuarta hipótesis que sostenía que los efectos producidos por el taller de mindfulness y autocompasión se mantendrán o aumentarán en las mujeres participantes, luego de 6 meses de haber concluido el taller. Para contrastar esta hipótesis se realizó un análisis de varianza de mediciones repetidas en el grupo de intervención en los tiempos pre intervención, post intervención y el correspondiente a los 6 meses de seguimiento. En este cálculo, sólo se contempló a las personas participantes en el grupo de intervención que respondieron los cuestionarios los 3 tiempos, contando con un N de 14 personas.

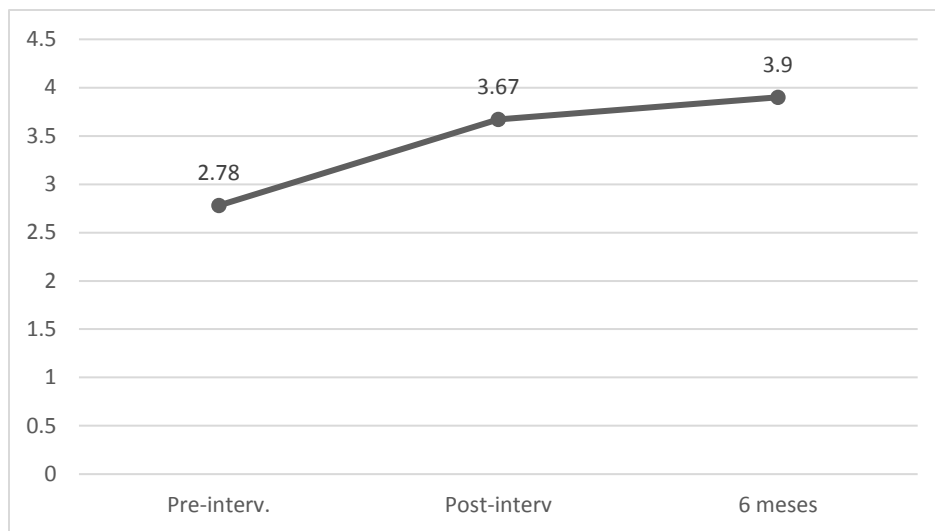
Los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de dicha hipótesis.

En la escala de mindfulness descriptivamente se observa que los puntajes tienden a seguir subiendo. Luego, el análisis de varianza arroja que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos (pre intervención, post intervención y a los seis meses de seguimiento), con un  $F(2,26)$  de 10,9 y con un valor p de 0,000364, menor al valor  $\alpha$  establecido de 0,05. Para conocer específicamente entre qué tiempos se daría la diferencia estadísticamente significativa, se realizó un análisis entre pares de Bonferroni. La prueba arrojó que la diferencia se daría entre el tiempo pre intervención y el seguimiento, con un valor p de 0,018. En este caso no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención, como sí se observó en el análisis mixto, probablemente por la disminución del N considerado en el análisis y por lo tanto la disminución de potencia, que sería la capacidad de detectar diferencias estadísticamente significativas cuando las hay.

En la escala de autocompasión descriptivamente se observa que los puntajes tienden a seguir subiendo. El análisis de varianza arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,26)$  de 13,33 y con un valor p de 0.000104, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicaría que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. Para conocer específicamente entre qué tiempos se daría la diferencia estadísticamente significativa, se realizó un análisis entre pares de Bonferroni, la prueba arrojó que la diferencia se daría tanto entre el tiempo pre intervención y post intervención, con un valor p de 0,016; como entre el tiempo pre intervención y el seguimiento, con un valor p de 0,013.

De manera gráfica se ilustra esta tendencia en autocompasión en la figura N°1.

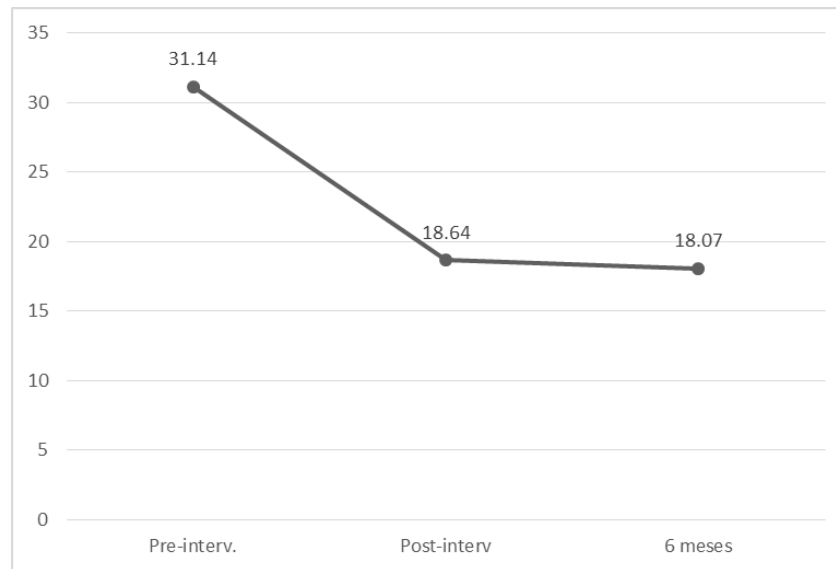
Figura N°1. Niveles de autocompasión en participantes antes, después y luego de 6 meses de concluir el taller de mindfulness y autocompasión.



En la escala de ansiedad, a nivel descriptivo se observa que los puntajes tienden a seguir bajando. El análisis de varianza arrojó diferencias estadísticamente significativas con un  $F(2,26)$  de 10,98 y con un valor  $p$  de 0.000349, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicaría que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. En el análisis de Bonferroni realizado para conocer entre qué tiempos se daría la diferencia, la prueba no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, tampoco se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención, como sí se observó en el análisis mixto, probablemente por la disminución del  $N$  considerado en el análisis y por lo tanto la disminución de potencia, que sería la capacidad de detectar diferencias estadísticamente significativas cuando las hay.

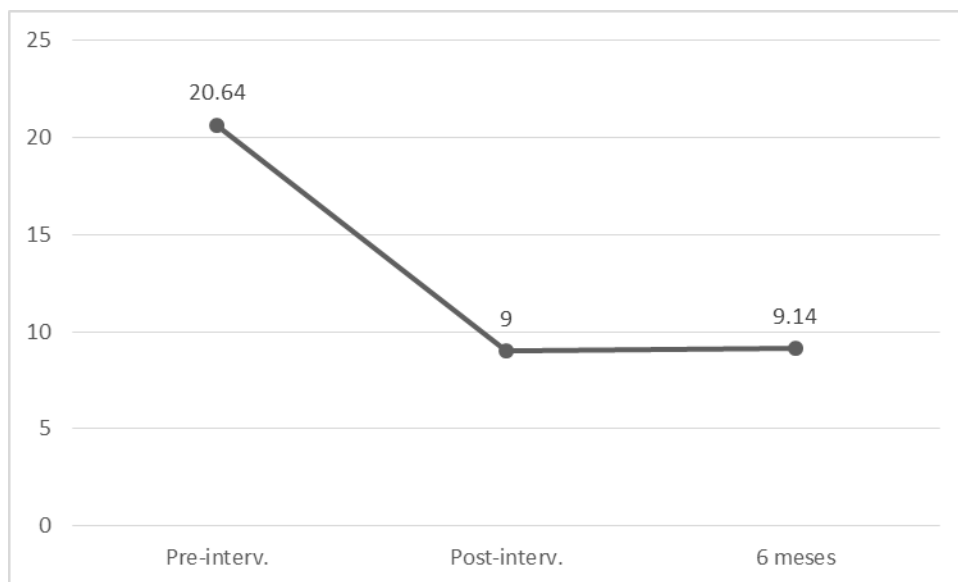
De manera gráfica se ilustra esta tendencia en ansiedad en la figura N°2.

Figura N°2. Niveles de ansiedad en las participantes antes, después y luego de 6 meses de concluir el taller de mindfulness y autocompasión.



En la escala de depresión, el análisis arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,26)$  de 15,51 y con un valor  $p$  de  $3.68e-05$ , el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05 indicaría que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. En el análisis de Bonferroni realizado para conocer entre qué tiempos se daría la diferencia, la prueba arrojó que la diferencia se daría tanto entre el tiempo pre intervención y post intervención, con un valor  $p$  de 0,013; como entre el tiempo pre intervención y el seguimiento, con un valor  $p$  de 0,015. De manera gráfica se ilustra esta tendencia en ansiedad en la figura N°3.

Figura N°3. Niveles de depresión en las participantes antes, después y luego de 6 meses de concluir el taller de mindfulness y autocompasión.



En la escala de estrés en términos descriptivos se observa que los puntajes bajan entre el tiempo pre y post intervención, sin embargo suben levemente entre el tiempo post intervención y el seguimiento. El análisis de varianza arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,26)$  de 7,497 y con un valor  $p$  de 0.00269, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicaría que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. En el análisis de Bonferroni realizado para conocer entre qué tiempos se daría la diferencia, la prueba no arrojó resultados estadísticamente significativos. Por lo tanto, tampoco se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención, como sí se observó en el análisis mixto, probablemente por la disminución del  $N$  considerado en el análisis y por lo tanto la disminución de potencia, que sería la capacidad de detectar diferencias estadísticamente significativas cuando las hay.

En la escala de emociones negativas, en términos descriptivos se observa que los puntajes bajan entre el tiempo pre y post intervención, sin embargo suben levemente entre el tiempo post intervención y el seguimiento. El análisis de varianza arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,26)$  de 7,78 y con un valor  $p$  de 0.00225, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicarían que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. En el análisis de Bonferroni realizado para conocer entre qué tiempos se daría la diferencia, la prueba no arrojó resultados estadísticamente significativos. El valor más cercano se encuentra en la comparación entre el tiempo pre-intervención y post intervención,

con un valor de 0,071, lo cual en el análisis de varianza mixto sí resulta ser estadísticamente significativo, lo cual dada la disminución del N del análisis puede no estar siendo reflejado en el análisis de mediciones repetidas.

En la escala de bienestar psicológico a nivel descriptivo se observa que los puntajes tienden a seguir creciendo. El análisis de varianza arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,26)$  de 13,35 y con un valor p de 0.000103, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicarían que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. En el análisis de Bonferroni realizado para conocer entre qué tiempos se daría la diferencia, la prueba arrojó que la diferencia se daría tanto entre el tiempo pre intervención y post intervención, con un valor p de 0,05; como entre el tiempo pre intervención y el seguimiento, con un valor p de 0,013.

En la escala de felicidad subjetiva a nivel descriptivo, los puntajes tienden a subir entre el tiempo pre y post intervención, disminuyendo levemente en el seguimiento. El análisis de varianza arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,26)$  de 6,775 y con un valor p de 0.00428, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicarían que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. En el análisis de Bonferroni realizado para conocer entre qué tiempos se daría la diferencia, la prueba arrojó que la diferencia se daría tanto entre el tiempo pre intervención y post intervención, con un valor p de 0,02; como entre el tiempo pre intervención y el seguimiento, con un valor p de 0,042.

En la sub-escala de afectos positivos, en términos descriptivos se observa que los puntajes tienden a seguir subiendo. El análisis de varianza arrojó diferencias estadísticamente significativas, con un  $F(2,26)$  de 9,14 y con un valor p de 0.000985, el cual considerando un valor  $\alpha$  de 0,05, indicarían que no todas las mediciones serían estadísticamente iguales en los 3 tiempos medidos. En el análisis de Bonferroni realizado para conocer entre qué tiempos se daría la diferencia, la prueba arrojó que la diferencia se daría entre el tiempo pre intervención y el seguimiento, con un valor p de 0,086. En este caso no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo pre y post intervención, como sí se observó en el análisis mixto, probablemente por la disminución del N considerado en el análisis y por lo tanto la disminución de potencia, que sería la capacidad de detectar diferencias estadísticamente significativas cuando las hay.



En síntesis, ante la hipótesis que sostenía que los efectos producidos por el taller de mindfulness y autocompasión se mantendrán o aumentarán en las mujeres participantes, luego de 6 meses de haber concluido el taller, los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de dicha hipótesis. El análisis descriptivo y de mediciones repetidas en las diferentes variables evaluadas arroja resultados estadísticamente significativos que indican que no todos los tiempos son iguales.

El detalle de los puntajes en todas las escalas en los tres tiempos se puede observar en la tabla N°6.

Tabla N°6

*Resultados ANOVA de mediciones repetidas en grupo de Intervención*

Escalas	M Tiempo 1	M Tiempo 2	M Tiempo 3	F	P	BONFERRONI	
						Tiempo 1 y 2	Tiempo 1 y 3
FFMQ	110,36	132,5	137,43	10,9	3,64e-04	0,066	0,018
EAC	2,78	3,67	3,69	13,33	1,04e-04	0,016	0,013
PANASP	29,0	34,43	37,29	9,142	9,85e-04	0,13	0,009
PANASN	29,93	22,21	23,86	7,78	0,002	0,07	0,22
BAI	31,14	18,64	18,07	10,98	3,49e-04	0,14	0,11
BDI	20,64	9,0	9,14	15,51	3,68e-05	0,013	0,015
EPGE (estrés)	44,42	35,29	36,93	7,497	0,003	0,11	0,25
BIENESTAR PSICOLÓGICO	114,57	133,5	138,0	13,35	1,03e-04	0,058	0,013
EFLS	3,87	5,17	5,04	7,016	0,004	0,020	0,042

## Conclusiones y Discusión

Respondiendo al objetivo que buscaba evaluar el impacto de un taller de mindfulness y autocompasión en mujeres que viven en contexto de vulnerabilidad psicosocial, en base a los resultados obtenidos, es posible identificar evidencia a favor de ciertos efectos positivos de este taller en sus participantes.

La primera hipótesis planteaba que el programa de mindfulness y autocompasión incrementaría los niveles de estas variables en las mujeres participantes del taller. 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 (Neff, 2012; Neff & Germer, 2013), aportándose evidencia en favor del incremento en estas variables en mujeres con síntomas de ansiedad que viven en contextos de vulnerabilidad psicosocial. Las participantes del taller presentaron un aumento estadísticamente significativo en los niveles de mindfulness y autocompasión, en comparación con quienes participaron en los grupos de control, quienes no presentaron ese incremento. Al observar los datos descriptivos, se observó que en ambos casos el grupo de intervención, que recibió la psicoterapia más el taller, inicia el taller con puntajes más cercanos al grupo de control de lista de espera que al de psicoterapia, que sería contrario a lo que se podría esperar, en donde el grupo de control de psicoterapia y de intervención podrían haber sido más similares dado que ambos están recibiendo psicoterapia. En este contexto, el impacto que tendría el taller es, en el caso de mindfulness, en alcanzar los puntajes obtenidos por el grupo de psicoterapia, siendo estadísticamente significativo este cambio, y en el caso de autocompasión, lo que hace es alcanzar y superar los puntajes obtenidos por el grupo de control de psicoterapia, diferenciándolo en el tiempo post intervención significativamente del grupo de control de lista de espera. A su vez, es posible señalar que el tamaño del efecto de la intervención es más grande cuando se compara con el grupo de intervención de lista de espera que al compararlo con el grupo de psicoterapia.

En relación a la segunda hipótesis, que señalaba que el programa de mindfulness y autocompasión reduciría los niveles de síntomas en las mujeres participantes del grupo de intervención, los resultados entregan evidencia a favor de dicha hipótesis, en donde 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. En este conjunto de variables, en términos descriptivos todas ellas cuentan con una medición pre-intervención cercana entre el grupo de intervención y control de psicoterapia, sin embargo, sólo en el grupo de intervención (que recibe el taller y la psicoterapia) se observan cambios estadísticamente significativos en los puntajes. A su vez, el tamaño del efecto de la intervención encontrado en estas variables, al compararlo con el grupo de control de lista de espera es grande o cercano a grande en el caso de depresión y emociones negativas, y mediano en el caso de estrés y ansiedad, según los criterios establecidos por Cohen (1992). Sin embargo, en todos los casos al realizar la comparación con el grupo de control de psicoterapia, el tamaño del efecto tiende a ser pequeño, cercano a 0,2 e incluso en un caso casi inexistente. Esta información es consistente con lo planteado en la literatura sobre los efectos de mindfulness y autocompasión en la reducción de síntomas, particularmente en la reducción de estrés, depresión y ansiedad (Brown & Ryan, 2003; Burgess, Propper, & Wilson, 2005; Carlson, Silva, Langley, & Johnson, 2013; Garland, Gaylord & Park, 2009). El presente estudio reveló que el mayor efecto de la intervención se dio en la reducción de los síntomas de depresión y emociones negativas, lo cual es coherente con lo señalado por Segal, Williams y Teasdale (2006) quienes señalan que el cambio en los niveles de depresión y en la emocionalidad negativa provendría 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". Lo que es complementario con lo señalado por Neff (2012) quien señala que la capacidad de tomar perspectiva y no sobre-identificarte, junto con el desarrollo de una actitud bondadosa hacia mismas, en los momentos de dificultad son habilidades claves que aportaría la autocompasión al bienestar psicológico y a la reducción de síntomas. En relación a esta capacidad, las participantes señalan el percibir cambios en el modo de estar en el día a día, en donde notan una mayor capacidad para estar presentes, detenerse y por lo tanto "observar con mayor perspectiva. Esto iría de la mano con el aumento de la capacidad de ser amables y bondadosas con ellas mismas. También señalan el aumento de la capacidad para mirar lo desagradable y relacionarse

más sanamente con las emociones desagradables, a pesar de que las situaciones externas no hayan cambiado, su actitud ante lo que les ocurría fue diferente.

En relación a la tercera hipótesis que proponía que el programa de mindfulness y autocompasión aumentaría significativamente los indicadores de bienestar psicológico, felicidad subjetiva y afectos positivos de las mujeres participantes del taller, los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de dicha hipótesis, complementando lo que señala la literatura en este punto (Garland et al., 2009; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). El análisis de varianza en las variables de las tres variables medidas aportan cierta evidencia a favor de la tercera hipótesis planteada, en donde en las tres variables el análisis de varianza mixto arroja diferencias estadísticamente significativas en que el cambio estaría entre el tiempo pre y post intervención. Al realizar el análisis de efectos simples, se observa que en las escalas de bienestar psicológico y felicidad subjetiva dichas diferencias se estarían presentando en el grupo de intervención. En la variable de afectos positivos en cambio, no se encontraron resultados estadísticamente significativos, sin embargo, los valores más cercanos se dan en los grupos de intervención. En términos descriptivos se puede observar que las medias del grupo de intervención en estas variables tienden a ser más bajas que el grupo de control de psicoterapia y más cercana al grupo de control de lista de espera. En este contexto el taller tiende a acercar los valores del grupo de intervención con el de control de psicoterapia, siendo estadísticamente significativo este cambio en la escala de bienestar psicológico y de felicidad, no así en la sub-escala de afectos positivos. En estas 3 variables los tamaños de efecto, al comparar la intervención con el grupo de control de lista de espera, son medianos. Al comparar el tamaño de efecto de la intervención con el grupo de control de psicoterapia los tamaños de efecto son pequeños o casi inexistentes.

Finalmente sobre la cuarta hipótesis que sostenía que los efectos producidos por el taller de mindfulness y autocompasión se mantendrán o aumentarán en las mujeres participantes, luego de 6 meses de haber concluido el taller, los resultados indicaron la presencia de evidencia estadísticamente significativa a favor de dicha hipótesis, lo cual va en la misma línea de lo señalado en la literatura sobre la mantención de los efectos de los talleres mindfulness y autocompasión en otras poblaciones (Neff, 2012; Neff & Germer, 2013). El análisis de mediciones repetidas en las diferentes variables evaluadas arroja resultados estadísticamente

significativos que indican que no todos los tiempos son iguales. En la escala de mindfulness, autocompasión, depresión, bienestar psicológico y afectos positivos, se logran identificar que dichas diferencias se darían entre el tiempo de medición pre-intervención y seguimiento, encontrándose también diferencias entre el tiempo pre-intervención y post-intervención en las escalas de autocompasión, depresión y bienestar psicológico. Sin embargo, en las escalas de ansiedad, estrés, emociones negativas y felicidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre tiempos específicos al realizar el análisis de Bonferroni. La disminución del N para realizar el análisis de mediciones repetidas (n=14) podría estar influyendo en que la prueba ANOVA de mediciones repetidas no detecte diferencias que eran estadísticamente significativas en el análisis de varianza mixto, probablemente por la disminución de la potencia del análisis al reducir el número de casos analizados.

### **Limitaciones y alcances del estudio**

Una primera limitación se encuentra en 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, encontrándose a nivel descriptivo ciertas diferencias, en algunas escalas, entre grupos que debían ser similares antes de implementar el taller (entre el grupo de intervención y control de psicoterapia dado que ambos estaban recibiendo psicoterapia). Esta diferencia inicial no fue estadísticamente significativa, sin embargo, fue posible de observar a nivel descriptivo. Algunos factores que podrían estar explicando esta diferencia inicial podría ser la existencia de algún criterio implícito, no declarado, de derivación de pacientes al taller por parte de sus terapeutas, que quizás haya influido en que llegaran al taller participantes con puntajes más bajos en algunas escalas. Como también pudieron existir variables de auto-selección, dada la voluntariedad del taller, quizás llegaron a este quienes sentían que lo necesitaban más y por lo tanto presentaban puntajes más bajos en algunas escalas. Estas son sólo hipótesis, dado que en el presente estudio no fue posible controlar dichas variables.

Una segunda limitación fue que en términos metodológicos, los resultados cuantitativos se realizaron únicamente a partir de auto-reportes, y podrían en futuros estudios complementarse

con otras evaluaciones de terceros, como psicoterapeutas o familiares, incorporando una dimensión relacional a la evaluación.

Una tercera limitación metodológica radica en que no pudieron realizarse los análisis de seguimiento a todas las participantes del grupo de intervención, debido a razones prácticas (cambio de domicilio, finalización de sus procesos terapéuticos, etc.) se pudo realizar el seguimiento sólo a 14 de las 22 participantes, reduciéndose así la potencia de los análisis de mediciones repetidas en el grupo de intervención, dejando de detectar algunos resultados que en el análisis de varianza mixto sí resultaron estadísticamente significativos, como también quizás hay otros resultados que dada la baja en la potencia no fueron posibles ser detectadas, pese a que quizás existan, por ejemplo la posible presencia de algunas interacciones significativas entre los factores.

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 directamente (no como complemento a la psicoterapia)? ¿Qué efectos tendría un estudio con similares características en una población con diagnóstico de depresión? ¿Qué efectos tendría una intervención como la realizada en una población de hombres con síntomas de ansiedad? 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 (en población no clínica)?

Debido a los resultados obtenidos sobre la reducción de síntomas e incremento del bienestar, resulta relevante explorar los efectos del taller en otras poblaciones, como por ejemplo en personas que presenten elevados síntomas de estrés, o en personas que estén expuestas a sobrecarga laboral, como profesionales y personal del ámbito de salud, educación y que trabaje en los servicios públicos, tales como médicos, enfermeras, asistentes sociales, docentes, psicólogos, etc.

## Referencias

- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G., & Muñoz, M.G. (2005). Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 278-286.
- Araya, C., Moncada, L., Fauré, J., Mera, L., Musa, G., Cerda, J,... & Brito, G. (En prensa). Adaptation and validation of the self-compassion scale in a Chilean context. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, Santiago de Chile.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2, 125-143.
- Baer, R., Smith, G., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., y Williams, J. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Baer, R. (2010). *Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance based treatments*. En R. Baer & R. Baer (Eds.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. (pp.135-153). Oakland, CA New Harbinger Publications.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 3, 230-241.
- Black, D. (2015). American Mindfulness Research Association-AMRA-Data base. Extraído de: <https://goamra.org/resources/>
- Brady J., Laidig, J., Guy, J., & Norcross, J. (1999) *Managing your own distress: Lessons from psychotherapists healing themselves*. Sarasota. Florida: Professional Resource Press.

- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Burgess, S., Propper, C., & Wilson, D. (2005). *Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence*. London: Centre for Economic Policy Research.
- Carlson, K., Silva, S., Langley, J., & Johnson, C. (2013). Mindful-Veteran: The implementation of a brief stress reduction course. *Complement The Clin Pract*, 19(2), 89-96.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 4.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 3, 572-7.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore*, 5 (1), 37-44.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. New York, NY: Guilford Press
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.



- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 8 (4), 500.
- Hanh, T. (1976/2007). *El Milagros de mindfulness*. Barcelona: Oniro.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 6, 537-559.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad* (2° ed.). Barcelona: Kairos.
- Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., Gray, J., Greve, D., Treadway, M., McGarvey, M... Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16, 17, 1893-7.
- Leary, M., Tate, E., Adams, C., Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant event: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Leiberg, S., Klimecki, O., & Singer, T. (2011). *Short-Term Compassion Training Increases Prosocial Behavior in a Newly Developed Prosocial Game*. Public Library of Science.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, R., & Baune, B. (2008). Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *Plos One*, 3, (3): e1897. doi: 10.1371/journal.pone.0001897
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2 (3), 223-250.

- Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.
- Neff, K. (2012). The Science of self-compassion. In C. G. R. Siegel (Ed.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Neff, K. & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 114-117.
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41 (1), 139-154.
- Ojeda, C., Silva, H., Cabrera, J., Tchimino, C, De La Carrera, C., & Molina, A. (2003). Validez interna y concurrente de una escala breve auto-administrada de siete ítems para la depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton: estudio preliminar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41, 31-38.
- Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 2, 116-143.
- Rockcliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M., & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 37-51.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). *Anales De Psicología*, 29, 1, 66-75.

- Sanz, J., & Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 91, 59-84.
- Schmidt, C., & Vinet, E. (2015) Atención plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica* 33(2)93-101.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002/2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology an introduction, recuperado de <http://psych.upenn.edu/seligman/apintro.html>.
- Tapia, D., Cruz, C., Gallardo, I. & Dasso, M. (2007). Adaptación de la escala de percepción global de estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, 1(2), 109-119.
- Treadway, M. & Lazar, S. (2009). *The neurobiology of mindfulness*. En Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (pp. 45-57). New York, E.E.U.U: Springer.
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish Journal of Psychology*, 16.
- Vera-Villaruel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *Terapia Psicológica*. 29 (1), 127-133.
- Watson, D., Clark, L & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.

**Artículo N°4.** Enviado a: Revista Latinoamericana de Psicología. **ISI Journal.**

**Practicando la presencia plena y la amabilidad hacia sí mismas: Reflexiones y resultados cualitativos de una intervención grupal basada en mindfulness y auto-compasión, en mujeres chilenas en contexto de vulnerabilidad social**

**Practicing mindfulness and kindness toward themselves: Reflections and qualitative results of a group intervention based on mindfulness and self-compassion in Chilean women in a social vulnerability context**

Claudio Araya Véliz<sup>1,3</sup>, Laura Moncada<sup>2</sup>, Maximiliano Becerra<sup>2</sup>, Alberto González<sup>2</sup>, Claudio Acosta<sup>2</sup>, Paloma Medina<sup>2</sup>, Denisse Ramos<sup>2</sup>, Marisela Alfaro<sup>2</sup>, Paulina Araya<sup>2</sup>, Luis Felipe Concha<sup>2</sup>, Javiera Cerda<sup>2</sup>, Gada Musa<sup>2</sup>, Paula Fernández<sup>2</sup>, Sandra Muñoz<sup>2</sup>.

**Resumen:** Este es un estudio enfocado en describir la experiencia que tienen mujeres adultas, que viven en un contexto de vulnerabilidad psicosocial, que presentan síntomas de ansiedad y depresión, y que participaron en un taller de mindfulness y autocompasión complementario a la psicoterapia individual. El objetivo del estudio fue determinar cuáles fueron los significados asociados al modo que tienen de relacionarse con ellas mismas, tras participar en el taller. En los talleres realizados participaron veintidós mujeres de entre 18 y 76 años, que asistieron al Consultorio de Salud Mental-COSAM de Pudahuel. Tras concluir el taller se realizaron entrevistas semi-estructuradas y un grupo focal, y se hizo además un seguimiento a los 6 meses de concluido el taller. Las grabaciones de las entrevistas fueron transcritas y analizadas

---

1 Pontificia Universidad Católica de Chile

2 Universidad de Chile

3. Correspondencia a carayav@uc.cl

cuantitativamente desde la Teoría Fundada. Los resultados sugieren, como fenómeno central, el desarrollo de un modo de relación amable y comprensiva con ellas mismas, el cual resultó ser un modo eficaz de afrontamiento ante momentos de dificultad. Este modo de relación amable influyó favorablemente en el modo de relacionarse con las demás personas y en su vida cotidiana, contribuyendo a la reducción de síntomas y al incremento de la sensación de bienestar subjetivo.

**Palabras Claves:** mindfulness, autocompasión, intervención psicosocial.

**Abstract:** This is a study focused on describing the experience of adult women who lived in a vulnerability psychosocial context, with anxiety and depression symptoms that participated on a mindfulness and self-compassion training which was complementary to individual psychotherapy.

The study's objective was to determine which were the associated meanings to the way they relate with themselves, after they finished the workshop. Twenty two women among 18 and 76 years old from Pudahuel's COSAM (Mental Health Clinic) participated in these workshops.

When the training ended, semi-structured interviews and a focal group was done, also, it was done a 6 month follow up after the workshop was concluded. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using the Grounded Theory. Results suggest, as the main phenomenon, the development of a gentle and comprehensive way to relate with themselves, which resulted on an efficient way to manage difficult moments. This gentle way to relate to themselves, influenced positively in the way they relate to others and in their daily life, contributing to symptoms reduction and to increment subjective wellbeing.

**Key words:** mindfulness, self-compassion, psychosocial intervention.

## **Introducción**

De acuerdo a Black (2015) el interés por la investigación en mindfulness se han incrementado exponencialmente en la última década, este interés investigativo ha ido acompañado de un incremento en los abordajes de cuadros clínicos y no clínicos desde esta perspectiva, además el interés de aplicar mindfulness se ha ido ampliando en diferentes poblaciones y contextos

culturales (Carlson, Silva, Langlely, & Johnson, 2013; Burgess, Propper, & Wilson, 2005; Brown & Ryan, 2003; Delgado, Guerra, Perakakis, & Vera, 2010; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004).

Mindfulness puede ser entendido en el ámbito clínico como la habilidad de estar en el momento presente, sin juicios y con aceptación, (Germer, Siegel, & Fulton, 2013) aumentando una posición de atención con mayor claridad y menor ansiedad.

La autocompasión, por su parte, también ha recibido una creciente atención de la comunidad académica, especialmente por ser considerado una variable clave en el incremento del bienestar psicológico y en la reducción de síntomas, especialmente de la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

Según Neff y Germer (2013) la autocompasión puede ser entendida como la habilidad para establecer una relación de bondad y comprensión hacia uno mismo, especialmente cuando se está afrontando un momento de dificultad. De acuerdo a Neff (2003a, b) se distinguen tres componentes centrales de la autocompasión: mindfulness, la humanidad compartida y la bondad hacia uno mismo.

En Chile, diversos indicadores muestran las elevadas tasas de ansiedad y depresión presente en la población (MINSAL, 2007) y al mismo tiempo, éstas afectan con mayor fuerza a las personas que viven en comunas con elevados indicadores de vulnerabilidad psicosocial. (MINSAL, 2010; Muñoz, Quezada, Sanhueza y Cruz, 2008). Lo anterior vuelve relevante investigar en las temáticas de mindfulness y autocompasión especialmente donde son elevados los indicadores de ansiedad y depresión en Chile.

En base a la literatura revisada, no existe información que describa y sistematice cómo las participantes de talleres de mindfulness y autocompasión se relacionan con ellas mismas y cómo un taller que precisamente busca entrenar el estar presente y el ser más amable con ellas mismas influye en esta relación. La presente investigación cualitativa pretende abordar este vacío de conocimiento, especialmente buscando responder a la pregunta: *-¿Cuáles son los significados asociados al modo en que mujeres, que viven en contexto de vulnerabilidad psicosocial se relacionan consigo mismas, después de realizar un taller de mindfulness y autocompasión?*

## **Antecedentes Teóricos y Empíricos**

Mindfulness puede ser entendido en el ámbito clínico como la capacidad de estar en el momento presente, sin juicios y con aceptación, aumentando una posición de atención hacia el otro con menos ansiedad (Germer, et al., 2013).

La palabra inglesa mindfulness no tiene una traducción exacta en el idioma español, algunos autores lo han traducido como: presencia plena o atención plena o consciencia plena (Vallejo, 2006), pero estos términos no logran capturar del todo el sentido original y completo del término, ya que reflejan sólo una parcialidad del sentido, la mayoría de las veces marcando un énfasis cognitivo. Una traducción bastante reconocida en el ámbito científico es la desarrollada por Varela, Thompson y Rosch (1997), quienes señalaron que mindfulness es la capacidad que todas las personas poseen de mantenerse con una presencia plena, junto con una consciencia abierta; dos habilidades que integradamente permitirían dar cuenta de mindfulness.

En la búsqueda por sistematizar los diferentes mecanismos psicológicos a la base de mindfulness, Shapiro y Carlson (2009) señalaron que cuando la práctica de mindfulness se presenta hay tres componentes interactuando entre sí, siendo cada uno de ellos indispensable para que la práctica de mindfulness emerja. Estos tres componentes son: Intención (I), Atención (A) y Actitud (A). Según las autoras, mindfulness sólo se daría en un modelo que incluya estos tres componentes (IAA) en interacción.

La intención es entendida en este modelo como la fuerza invisible que precede a la conducta. Aunque puedan ser imposible de observar directamente, las intenciones corresponden a los anhelos, pensamientos e impulsos que conducen a actuar de una determinada forma. En la práctica de mindfulness están continuamente en juego pequeñas y grandes intenciones.

La atención por su parte, se refiere a la capacidad de prestar atención y de discernir a qué se le presta atención, constituyen en gran parte la experiencia percibida, definiendo también la manera en que se responde al entorno y a los demás. Mindfulness pone énfasis en el entrenamiento y desarrollo de una atención equilibrada a lo que ocurre en la experiencia presente.

Finalmente, la actitud se refiere al modo o al cómo se trae al momento presente la atención, incluyendo al tono con el cual se hacen las cosas, el cómo se realiza el qué. Incluso al practicar con una buena intención y con una atención bien enfocada, podría no realizarse con una actitud amable—si por ejemplo, tenemos una actitud competitiva o crítica, juzgándonos constantemente por no hacer las prácticas a la perfección— Es en la actitud donde comienza a estar en juego la compasión, entendiéndola como la actitud de brindar bondad y cuidado, dirigida hacia nosotros mismos o hacia los demás, especialmente cuando se enfrentan momentos de dificultad.

En síntesis, mindfulness implica practicar el estar atentos, con intenciones y actitudes coherentes, entre las que se cuentan el ser amables, ecuánimes y menos reactivos.

Diversos estudios muestran los efectos favorables de esta práctica, como la disminución de síntomas de estrés y trastornos del ánimo (Brown & Ryan, 2003; Burgess et al., 2005; Carlson et al., 2013), la mejora en el manejo de la rabia, la ansiedad y el miedo (Garland et al., 2009), la reducción de los trastornos del sueño (Carlson et al., 2005), la mejora de la calidad de vida y la capacidad de crecer mediante la enfermedad (Brady et al., 1999), junto con el aumento de la capacidad de tolerar la incertidumbre y de generar un propósito constructivo para la vida (Garland et al., 2009).

Recientes meta-análisis sugieren que mindfulness es una intervención efectiva en diversos problemas de salud mental en población clínica, como también en ámbitos no clínicos (Fjorback, Arendt, Ornbøl, & Walach, 2011; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010), disminuyendo el estrés y aumentando el bienestar y calidad de vida de las personas que lo practican (Nyklicek, Son & Pouver, 2010).

Si la inclusión de mindfulness es reciente en el ámbito investigativo, la inclusión de la autocompasión lo es aún más, recién en el año 2003 se publicaron los primeros dos artículos académicos sobre autocompasión (Neff 2003a, b), que buscaron comprender y sistematizar el concepto, para luego tratar de investigarlo con mayor rigurosidad.

Germer (2011) especifica que la autocompasión implica darnos a nosotros el mismo el cuidado, consuelo y serenidad que de forma natural hacemos llegar a quienes queremos cuando están sufriendo, cuando fracasan o cuando se sienten inadecuados. Según Neff (2003a) la autocompasión puede ser entendida como establecer una relación de bondad y comprensión hacia



uno mismo, del mismo modo que una persona lo haría con un ser querido. De acuerdo a la misma investigadora, se distinguen tres componentes básicos de la auto-compasión: la bondad hacia uno mismo, mindfulness y la humanidad compartida.

De acuerdo a Barnard y Curry (2011) la bondad hacia uno mismo involucra la auto-afirmación cuando se presenta un momento de dificultad o sufrimiento, reconociendo en uno mismo el amor, la felicidad y el afecto. La auto-crítica como contraparte involucra un sentimiento de hostilidad y una constante demanda hacia diferentes aspectos de uno mismo (Neff, 2003a).

La humanidad compartida, por su parte, puede ser entendida como la conciencia y el sentimiento de la existencia de una íntima conexión entre los seres humanos (Neff, 2003a). Esta perspectiva se fundamenta en la noción de interdependencia (Barnard y Curry, 2011). De acuerdo a Neff y Tirsch (2014), cuando se produce un momento de sufrimiento, existe la posibilidad de que predomine un sentimiento de aislamiento o soledad, incrementándose la sensación de sentirse separado de los demás, sin embargo, con la autocompasión, es posible adoptar la posición de ser compasivo con nosotros mismos, a través de este acto se incrementa la toma de perspectiva, generándose nuevamente una visión inclusiva y de conexión con los demás.

El tercer componente es mindfulness, que en el contexto de la autocompasión implica el permitirnos estar con los sentimientos dolorosos que emergen, observándolos y aceptándolos (Barnard & Curry, 2011), en vez de suprimirlos (Neff, 2003a). El opuesto a mindfulness sería la sobre-identificación, la cual involucra una constante rumiación mental que gira en torno a las propias limitaciones (Barnard & Curry, 2011), teniendo una escasa capacidad de observar los hechos con ecuanimidad.

Estudios sobre la importancia y los efectos de la práctica de la auto-compasión se han incrementado sostenidamente desde el año 2003 hasta la fecha. Estudios recientes muestran que existe una correlación negativa entre auto-compasión por un lado, y depresión y estrés por otro lado (Neff, 2003; Neff & Germer, 2013). Además, según Baer, Peters y Lykins (2012) existiría una alta correlación entre auto-compasión y bienestar psicológico en poblaciones no clínicas.

En relación a la flexibilidad y apertura, la autocompasión se asocia con mayores habilidades de toma de perspectiva (Neff & Pommier, 2012) menos dogmatismo y más flexibilidad cognitiva (Martin, Staggars & Anderson, 2011), lo cual implica que las personas más autocompasivas

tienden a tener una mayor apertura y una mayor capacidad de cambiar respuestas cognitivas y de conductas dependiendo de las circunstancias. De acuerdo a Neff y Tirsch (2014) las personas con mayor autocompasión son menos propensas a suprimir sus pensamientos y emociones no deseadas, del mismo modo que están más dispuestas a experimentar sentimientos difíciles y reconocer que sus emociones son válidas e importantes (Neff, et al., 2007). De acuerdo a Neff y Tirsch (2014) la autocompasión no reemplaza los sentimientos negativos con sentimientos positivos, sino que las emociones positivas que se generan permiten aceptar las emociones negativas.

En relación al bienestar psicológico, un estudio sobre la felicidad y el bienestar desarrollado por Baer, et al., (2012) encontró una alta correlación positiva entre autocompasión y bienestar psicológico en poblaciones no clínicas. Según Deci y Ryan (1995) las personas auto-compasivas han mostrado tener en mayor medida diversas fortalezas psicológicas, entre las que se cuentan: mayor felicidad, optimismo, curiosidad y exploración, iniciativa personal y afectos positivos, además la autocompasión está directamente relacionada con el incremento de las emociones positivas (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff & Costigan, 2014; Neff, et al., 2007).

La nutrida evidencia en favor de las prácticas de mindfulness y auto-compasión han sido estudiadas a la fecha mayormente con una población Estadounidense o Europea, de nivel socioeconómico medio o medio-alto, y previamente interesados en la meditación, siendo escasos los estudios en un contexto latino y en contexto de vulnerabilidad psicosocial. Además, no se encontraron estudios sobre la influencia de las prácticas de mindfulness y autocompasión en mujeres, que abordara particularmente el modo que tenían de relacionarse con ellas mismas y las influencias que las prácticas de mindfulness y autocompasión tenían en esta relación. El presente estudio buscó investigar este tema.

## **Metodología**

### **Diseño General**

El diseño de esta investigación fue transversal de tipo descriptivo y de carácter cualitativo. Se optó por una metodología cualitativa, pues por sus características se consideró como la más

pertinente para acceder las perspectivas particulares de las participantes, rescatando su experiencia vividas en el taller e indagando en cómo este influyó en el modo de relacionarse con ellas mismas.

## **Participantes**

Las mujeres fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico, de carácter intencional, en base a los siguientes criterios de inclusión: (1) Mujeres, (2) Mayores de 18 años y menores de 80 años, (3) Con residencia en comunas con altos niveles de vulnerabilidad psicosocial e (4) Inscritas en el programa de trastornos emocionales de un COSAM.

Participaron 22 mujeres (Edad promedio: 41,23 años, DE: 11,85), 10 de ellas estaban casadas (45,5%) 6 eran solteras (27,3%), 4 eran separadas (18,2%) y 2 eran viudas (9,1%).

Sobre las ocupaciones de las participantes, 8 eran dueñas de casa (35,4%), 3 trabajaban en tareas administrativas (13,6%) 3 en actividades manuales (13,6%), 3 en el sector de ventas y comercio (13,6%), 2 estaban desempleadas (9,1%), mientras que había 1 estudiante (4,5%) y 1 participante que señaló tener un trabajo independiente (4,5%).

## **Procedimiento**

Se expuso primero a la directiva y al equipo de profesionales del COSAM las características generales del estudio, que indicaba los criterios de inclusión de las participantes. De esta manera, se invitó a los terapeutas a que derivaban paciente que pudieran beneficiarse del taller propuesto. Todas las participantes estaban en paralelo en un proceso psicoterapéutico individual, junto con participar del taller.

Se realizó una primera sesión de orientación al taller, donde se explicó las características del estudio y del taller. A las participantes interesadas se les invitaba a venir a la semana siguiente a la primera sesión del taller, y se les invitaba a firmar un consentimiento informado. Luego de lo cual se procedió a realizar el taller compuesto por ocho sesiones (una vez por semana) con duración de dos horas. Entre los años 2013 al 2015 se hicieron 5 talleres.

Tras concluir el taller, se invitaba a las participantes a tener una entrevista individual semiestructurada. Tanto las entrevistas como el grupo focal fueron realizados por algún miembro del equipo que no hubiera participado directamente en el taller. Por otro lado, hubo un

grupo de seis personas que fueron convocadas a un grupo focal. El guion temático apuntaba a: identificar el modo de cómo se relacionaban con ellas mismas y su entorno y la influencia que había tenido el taller en el desarrollo de esa relación; además de los cambios y aprendizajes adquiridos durante el taller. Posteriormente, se hizo un seguimiento a cada una de las participantes luego de seis meses de concluida la intervención, a través de entrevistas individuales.

### **Recolección de datos**

Inicialmente se realizó una revisión de la literatura que comprendió revisar las bases de datos, entre ellas: Web of Science, PsycINFO y Proquest, junto con la revisión de libros y artículos sobre las temáticas de mindfulness y autocompasión, con el propósito indagar el estado de la investigación en estos temas y fundamentar teóricamente la intervención y el estudio.

Tras diseñarse el estudio se realizaron entrevistas episódicas semi-estructurada a las participantes, además de un grupo focal, los cuales fueron realizados al concluir el taller, finalmente se hicieron entrevistas de seguimiento a los 6 meses tras haber concluido la intervención.

Se realizaron 16 entrevistas al concluir el taller y 1 grupo focal, donde participaron 6 mujeres, lo que da 22 participantes en la evaluación posterior al taller. Tras 6 meses de haber concluido el taller, de las 22 participantes se entrevistaron a 21, no pudiendo entrevistarse a 1 de las participantes del taller. En total se incluyeron en este estudio 43 entrevistas y 1 grupo focal.

### **Análisis de datos**

En paralelo a la transcripción de las primeras entrevistas, se dio inicio a la etapa de codificación de estas. A partir de lo relatado por las distintas participantes, basado en los principios de la Teoría Fundada (Glaser & Strauss, 1967), se articularon los conceptos y teorías desde los datos con grado de abstracción creciente. Basados en la Teoría Fundada, se realizó primero una codificación abierta de los antecedentes centrales relatados por las entrevistadas, como con el desarrollo de una teoría emergente. De acuerdo a Glaser & Strauss (1967) este enfoque permite combinar de manera armoniosa la inclusión de información novedosa, junto con el desarrollo de una teoría sistemática. Para asegurar la rigurosidad de los resultados las interpretaciones

finales fueron realizadas a través de un proceso de triangulación, generando las categorías finales a través de un acuerdo intersubjetivo del equipo investigador completo. Tras realizar la codificación abierta se desarrolló la codificación axial y selectiva, en un creciente grado de abstracción.

### **Consideraciones éticas**

El proyecto de investigación fue aprobado por la Comisión de Ética de la Escuela de Psicología de Pontificia Universidad Católica de Chile. Se consideraron diferentes resguardos éticos en todo el proceso investigativo, entre los que están: El uso de la información sólo con fines investigativos, el resguardo de la confidencialidad sobre la identidad y la información proporcionada por las participantes, el cuidado en la cadena de custodia de la información y el establecimiento de canales formales de respuesta y resolución de conflictos, en caso de presentarse algún inconveniente. El consentimiento informado ofreció garantías explícitas a las participantes, entre las que estuvieron: la libertad de para abandonar el estudio en cualquier momento sin dar explicación alguna, además de solicitar información de los resultados finales consolidados, cuando estos estuvieran disponibles.

### **Resultados**

Siguiendo las directrices de la Teoría Fundada (Glaser & Strauss, 1967) se realizó primero un análisis descriptivo y luego un análisis relacional en dos etapas: codificación axial y codificación selectiva. A continuación presentaremos el análisis descriptivo y relacional.

#### **Análisis descriptivo**

Por medio del procedimiento de codificación abierta (Glaser & Strauss, 1967) se realizó un análisis descriptivo al discurso de las 22 mujeres participantes en los talleres de mindfulness y autocompasión.

De este análisis emergieron siete categorías: 1) Relación consigo mismas antes del taller; 2) Sintomatología previa al taller; 3) Experiencias de aprendizaje y recursos adquiridos durante el taller; 4) Valoración positiva del taller en general y de las actividades desarrolladas en él; 5) Impacto del taller en las participantes; 6) Dificultades para practicar en la vida cotidiana; y 7) Aspectos por trabajar no resueltos por el taller.

Respecto a la relación que establecían con ellas mismas antes del taller, aparece como aspectos centrales: una percepción desvalorizada de sí misma, cuyo matiz fue percibirse a ellas mismas con una alta fragilidad, postergadas, y con la vivencia de un mal trato auto-enjuiciamiento hacia ellas mismas.

Respecto a la sintomatología previa al taller, las participantes relatan una variada sintomatología física, afectiva, cognitiva y relacional. Respecto a sintomatología física, relatan falta de apetito, disminución del peso, insomnio y efectos secundarios de los medicamentos. Sobre la sintomatología afectiva, aparecen síntomas ansiosos (llanto y labilidad emocional) y síntomas en la línea depresiva (pocas ganas de vivir, sentimientos de pena y tristeza, sensación de aislamiento, soledad, y falta de sentido ante la vida). Sobre los principales síntomas cognitivos, se describe un ensimismamiento en sus propios pensamientos, visión negativa del mundo, desconcentración, confusión mental y excesiva rumiación mental. Sobre la sintomatología relacional, aparecen dos tendencias principales, por un lado una falta de interés en el contacto con los demás, y por otro lado, una dificultad para comunicarse y establecer vínculos afectivos, junto con una sobrevaloración de la opinión de los demás, en desmedro de la opinión propia.

La tercera categoría obtenida en el relato guarda relación con los aprendizajes y recursos adquiridos durante el taller, aquí destacan una mayor conciencia de su bienestar, incluyendo un mayor contacto con sus afectos positivos y liberación o toma de perspectiva de las emociones negativas; aparece también la sensación de una humanidad compartida, caracterizada por una mayor empatía y conexión con los demás; otros aprendizajes relevantes fueron el aprender a manejar situaciones difíciles, el tomar decisiones y asumir las consecuencias de sus acciones; la aceptación y reconocimiento de la propia historia vital; la conciencia del propio proceso de cambio y el aprendizaje de algunas herramientas concretas, como por ejemplo, el implementar técnicas de relajación y de autocuidado.

Las participantes valoraron positivamente el taller y las actividades realizadas en él, lo consideraron un espacio de cuidado para sí mismas, valorando los contenidos, pero principalmente valorando el compartir en grupo y el vínculo con el monitor. Las participantes señalaron que el taller era un buen complemento a la psicoterapia.

Respecto a la quinta categoría, denominada impacto del taller en las participantes, resalta una mayor conciencia de su propio funcionamiento, un cambio favorable en el modo de relacionarse consigo mismas (dándose bondad a sí mismas, perdonándose y dándose tiempo para sus necesidades e intereses), así como también un cambio en el modo de relacionarse con los demás (expresando lo que sienten, pidiendo lo que necesitan y marcando límites), incluyéndose en el relato una sensación de mayor apertura y compasión hacia los demás. Las participantes describen también el desarrollo de nuevas herramientas personales, (como comunicarse mejor y tranquilizarse a ellas mismas) una re-significación de sus vivencias, una disminución tras el taller de su sintomatología, acompañado de un incremento en su bienestar.

Respecto a la sexta categoría, aparecen algunas dificultades para practicar en la vida cotidiana, entre las que destacan dificultades personales (como el no poder permanecer presentes por mucho tiempo), así como también dificultades contextuales, tales como el contar con poco tiempo, exceso de trabajo o el haber perdido los audios del taller.

Finalmente, las participantes describen algunos temas no resueltos tras concluir el taller, entre los que están: el tomar decisiones de mejor manera, el manejo de la rabia y el deseo de perfección.

### **Análisis Relacional**

Siguiendo las directrices de la Teoría Fundada (Glaser & Strauss, 1967), con la información recopilada se realizó un análisis relacional en dos etapas: codificación axial y codificación selectiva.

#### **1. Codificación axiales**

En la primera codificación axial, el fenómeno central descrito es la percepción amable de sí mismas. Este es un fenómeno que va emergiendo gradualmente en las participantes, en la medida que avanzaba el taller. Este fenómeno central es una autopercepción renovada de sí mismas, que se caracteriza porque las participantes se re-visibilizaban a sí mismas y establecen un cambio en la cualidad de las narrativas sobre ellas mismas (un volver a mirarse y un volver a tratarse de modo afectuoso). En el discurso aparece un cambio en el tono emocional y un emerge una actitud amable y comprensiva hacia ellas mismas.

En el comienzo de la codificación axial está descrito un modo autocrítico de relacionarse con ellas mismas, que es el que presentan las participantes antes de comenzar el taller. Este modo está caracterizado por el uso de un lenguaje auto-castigador y auto-exigente, que genera tensiones y sentimientos de culpa. En las narrativas autocríticas aparecen dos partes diferenciadas, por un lado, aparece una parte que critica, y por otro lado, emerge la parte que está siendo criticada. Ambas narrativas son antagónicas y generan tensión en las mujeres, incrementando su sentimiento de malestar e insatisfacción vital y un distanciamiento con las emociones de disfrute.

Luego, se observa el paso desde un modo autocrítico a una percepción más amable de sí mismas, mediado por las experiencias de practicar el permanecer plenamente presentes, y por entrenar un sentimiento de autocompasión; aparece allí una alternativa al modo que tenían las participantes de relacionarse con ellas mismas previo a la realización del taller.

Las prácticas de presencia plena y de autocompasión modularon el paso desde el modo autocrítico a una percepción amable de sí, y esta autopercepción, permitió que se fuera desarrollando un nuevo modo de relación compasiva en general, que incluye un modo autocompasivo de relación con ellas mismas, lo que a su vez influye en establecer un modo de relación compasivo con los demás, estableciéndose un modo de relación compasivo global.

A nivel de relación con ellas mismas, se fue estableciendo una reconexión con sus necesidades profundas, con su ser mujer y su femineidad.

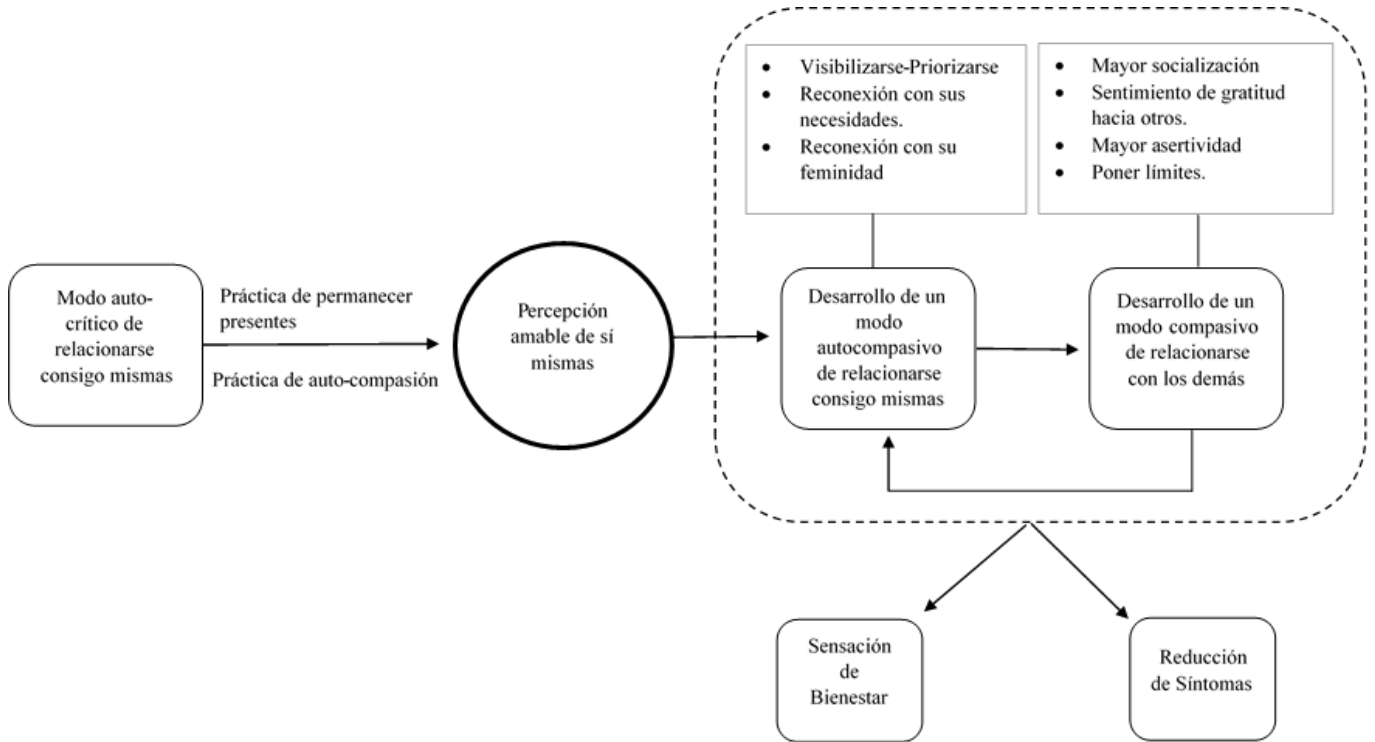
A nivel de relación con los demás, se describe una doble tendencia, por un lado, una mayor socialización y desarrollo de un modo más afectuoso de relación con otros, especialmente con las personas más cercanas, aunque no exclusivamente; mientras que por otro lado, se fue desarrollando una mayor asertividad, pudiendo pedir lo que necesitan y estableciendo límites. Estas dos tendencias aparecen como complementarias y no antagónicas.

Este nuevo modo de relación compasivo, redundó en una mayor sensación de bienestar y en una reducción de los síntomas.

La primera codificación axial se ilustra en la figura N°1, que lleva por título: Cambio en el modo de relacionarse consigo mismas.



Figura N°1 Cambio en el modo de relacionarse consigo mismas.



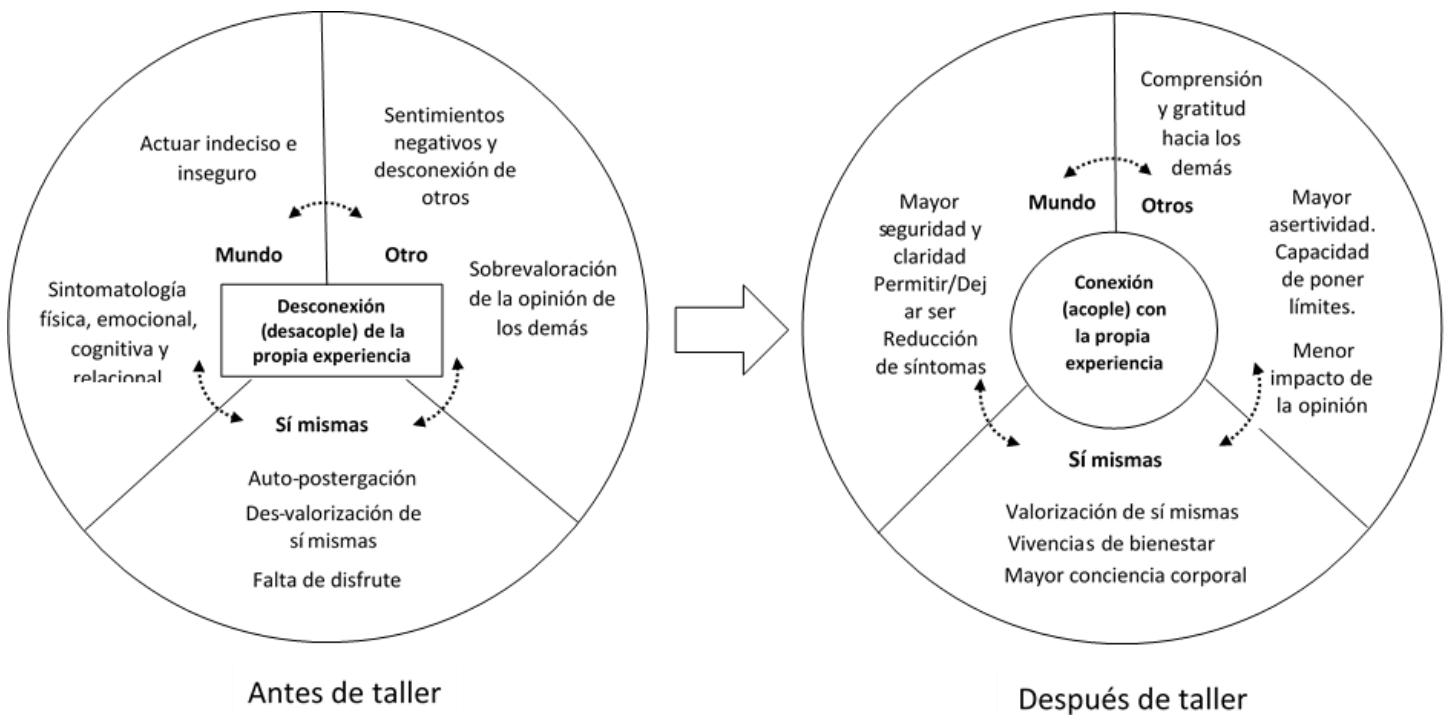
La segunda codificación axial tiene como fenómeno central la conexión (acople) con la propia experiencia, que es un fenómeno que emerge después del taller. Este fenómeno central se refiere al grado de integración que las participantes desarrollaron en diferentes dimensiones de sus vidas, entre las que están las dimensiones del sí mismo, de la relación con otros y con el mundo.

Antes del taller, es descrita por las participantes una experiencia disociada en diferentes ámbitos de su experiencia. En relación al sí mismo, aparece una marcada auto-postergación, una desvalorización y una desconexión con las experiencias de disfrute; en relación con los otros, aparece una doble tendencia, una sobrevaloración de la opinión de los demás, por sobre la propia opinión, y al mismo tiempo, son descritos sentimientos negativos y de desconexión. En relación con el mundo, aparece un sentimiento de inseguridad y distanciamiento vivido en la vida cotidiana (sentirse ajenos o desconectados con las circunstancias que les rodean).

Contrario a la anterior tendencia, luego del taller emerge una mayor integración o acople en las mismas tres dimensiones, en la dimensión del sí mismo, aparece una mayor conciencia

corporal, una mayor valoración de sí y una mayor sensación de disfrute; en relación a la relación con los demás, aparece un sentimiento de mayor gratitud y conexión, y al mismo tiempo, una mayor asertividad; mientras que en la relación con el mundo, emerge un sentimiento de mayor conexión y seguridad, lo que contribuye a un mayor permitir y dejar ser cuando las circunstancias no se pueden manejar.

En la Figura N°2 se grafica la segunda codificación axial, que lleva por título: Desacople-experencial de las participantes.



En el relato de las participantes se ilustran cuatro dimensiones centrales por las cuales se caracteriza la emergente relación más amable con ellas mismas, dimensiones que se retroalimentan entre sí, siendo estas: 1) una dimensión cognitiva; 2) una dimensión emocional; 3) una dimensión conductual y 4) una dimensión relacional.

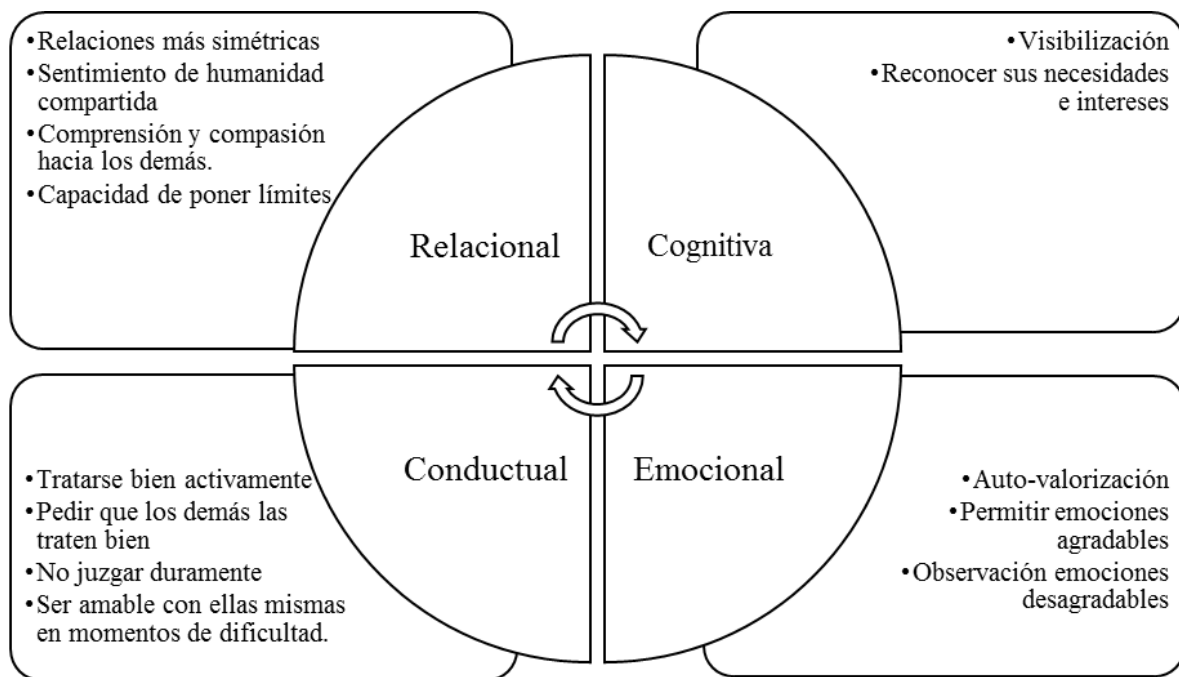
La dimensión cognitiva se caracteriza por una re-percepción de ellas mismas más atenta y amable (descrita parcialmente en la figura N°1). Aquí aparece una visibilización de sus necesidades y gustos, dimensiones que antes no aparecían como relevantes.

La dimensión emocional por su parte, se caracteriza por el surgimiento de emociones y sensaciones agradables, un sentimiento de valía personal y un modo más atento de relacionarse con sus emociones desagradables, caracterizado por un mayor distanciamiento y mayor perspectiva.

En la dimensión conductual, aparecen acciones verbales y no verbales significativas, dentro de las acciones verbales aparece el no juzgarse duramente y el establecer un discurso amable con ellas mismas, mientras que algunas acciones observadas fueron: el tratarse bien activamente, permitiéndose tiempos para descansar, para darse regalos, etcétera, y también se describen acciones de pedir y actuar de modo asertivo.

Finalmente, la dimensión relacional está caracterizada por el establecimiento de relaciones más simétricas con los demás, lo cual se manifiesta en una doble tendencia complementaria (detallada en la figura N°1) Por un lado, un sentimiento de mayor compasión y comprensión hacia los demás, y por otro lado una mayor capacidad de establecer límites.

En la figura N°3 se grafica la codificación axial que lleva por título: Dimensiones de la relación amable con ellas mismas.



## **2. Codificación selectiva.**

Finalmente de este modo amable de relacionarse con ellas mismas emerge un modo de relacionarse con toda la experiencia, que tiene un carácter dinámico y que se pone de manifiesto cuando aparecen momentos de dificultad. Las participantes describen dos modos diferentes de afrontamiento ante las experiencias desagradables, donde el fenómeno central es el modo de relacionarse ante las experiencias desagradables.

Por un lado, las participantes actúan rechazando activamente la experiencia, lo que paradójicamente genera que la experiencia desagradable insista o aparezca con igual o mayor fuerza, generando un mayor malestar. Por otro lado, se da un segundo modo de afrontamiento, caracterizado por una sobre-identificación con la experiencia, es decir, la experiencia desagradable influye y afecta todas las dimensiones de la vida de las mujeres, a tal punto, que llega a generar una reificación de la experiencia desagradable en la mujer, es decir, la experiencia desagradable pasa a formar parte de ella, volviéndola parte de la identidad, por ejemplo, cuando una de las mujeres manifestaba no sólo sentirse ansiosa, sino ser una persona ansiosa “Porque yo soy ansiosa, entonces me anticipo a lo que me va a pasar” (LZ184-185). Aunque son dos estrategias diferentes, ambas se transforman en estrategias de afrontamiento disfuncionales, ya que generan un incremento en la sintomatología y un distanciamiento en las sensaciones de bienestar.

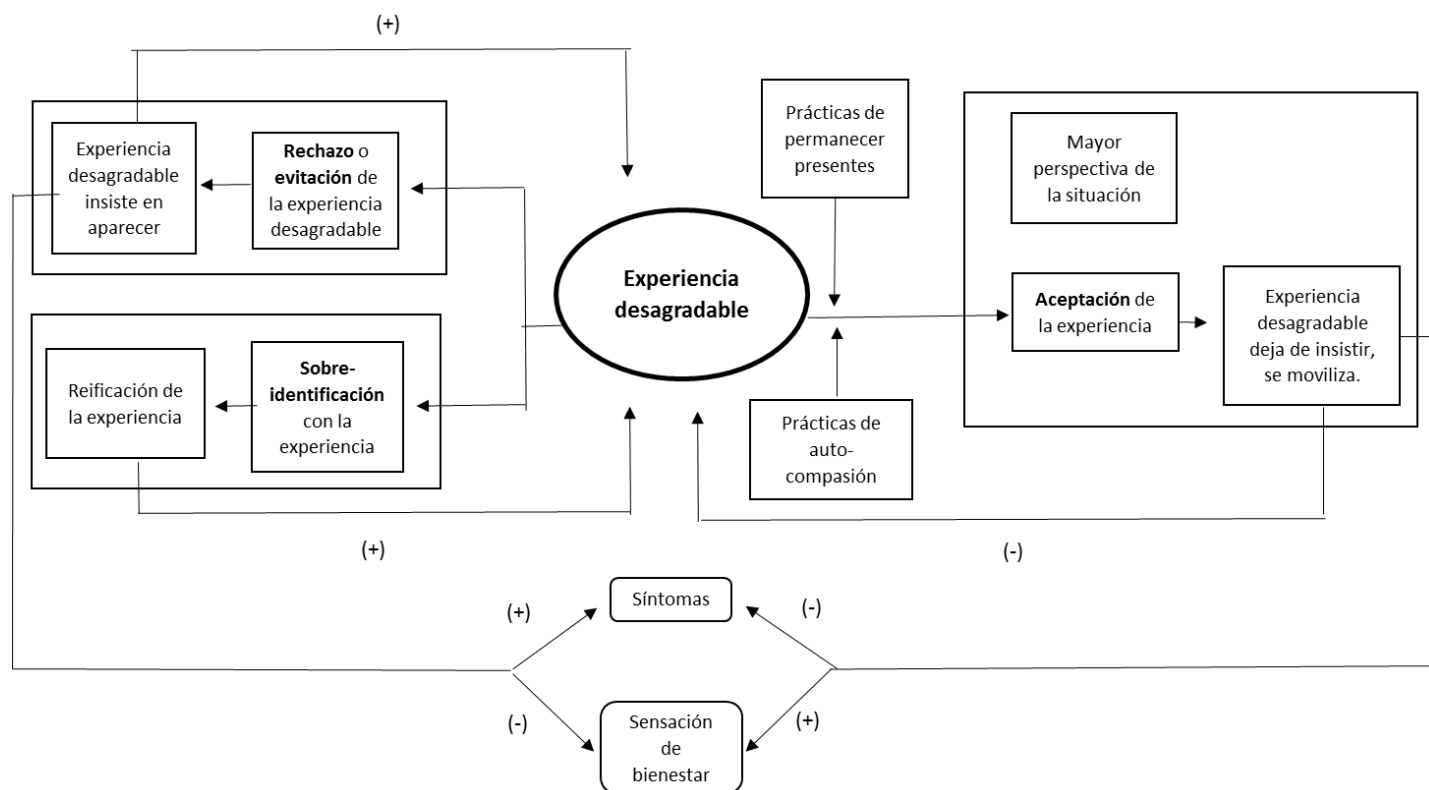
Una alternativa a este modo de afrontamiento de las experiencias desagradables es aquel que reportan las participantes de mayor aceptación de la experiencia, el cual es producido mediado por las prácticas de presencia plena y de autocompasión. Esta mayor aceptación se caracteriza porque las participantes desarrollan una mayor perspectiva de la situación (sin sobre-identificarse ni rechazar la experiencia) desarrollando una mayor “ecuanimidad” o justa distancia con la experiencia desagradable, una distancia que permite manejar las situaciones difíciles de mejor manera, lo anterior se puede ver reflejado en la siguiente cita de una de las participantes:

"...he podido tomar de mejor forma los problemas que antes quizás me hubieran agobiado demasiado y hubiera terminado peor, pero tomo mejor los problemas, los evalúo, veo cómo

lo puedo hacer, cómo lo puedo solucionar y tranquilidad, tengo mucha tranquilidad la verdad, entonces eso me hace sentir feliz" (AB-s 192-195).

Ante este emergente modo de relación, la experiencia desagradable deja de insistir y se moviliza, lo que hace que la misma experiencia desagradable se transforme. Este modo de afrontamiento alternativo tiene un efecto contrario al modo de afrontamiento antes descrito, se incrementan las sensaciones de bienestar y se reducen los síntomas. La dinámica de estos dos modos de relación son representados en la figura N°4.

Figura N°4. Modo de afrontamiento ante experiencias desagradables.



## Discusión

Los resultados del presente estudio complementan la evidencia que muestra los efectos favorables de mindfulness y la autocompasión (Baer, et al., 2012; Neff, 2003b; Neff, 2007), explicitando el rol que tienen las prácticas de mindfulness y autocompasión en el desarrollo de los mecanismos de cambio psicoterapéuticos, como por ejemplo, el desarrollo de una mayor perspectiva de la situación, una mayor aceptación y una re-significación de las experiencias desagradables, transformando así una experiencia desagradable.

Resultan congruentes los fenómenos centrales descritos con lo señalado en la literatura. El desarrollo de una percepción más amable de sí mismas resultó ser un factor clave en el desarrollo de una perspectiva global más compasiva, lo cual influye en el desarrollo de un mayor bienestar y en una reducción del sufrimiento (Baer, 2010; Holzerl et al, 2011). El desarrollo de una percepción más amable de sí mismas integra tanto las perspectivas de mindfulness (con la re-percepción más atenta y consciente) con la autocompasión (con la cualidad de amabilidad). El presente estudio permite reconocer con más detalles la relevancia que tiene este fenómeno central, una re-percepción amable de sí mismas permite transformar la experiencia subjetiva e intersubjetiva, favoreciendo un modo más amable de vivir la experiencia.

La re-percepción amable de sí mismas es coherente con el fenómeno central de la segunda axial, donde se observa un nuevo modo de relación con la experiencia. La re-percepción amable de sí mismas favorecería el volver a acoplarse con una experiencia encarnada, vital e integrada en las dimensiones del sí mismo, de los otros y del mundo. Esto permitiría explicar los mecanismos que estarían de trasfondo de cómo mindfulness y autocompasión operarían en las participantes del taller.

Siendo coherente con la sistematización que Shapiro y Carlson (2009) hacen sobre mindfulness, explicando mindfulness con la interacción de la atención, la intención y la actitud; el presente estudio muestra como la atención plena (mindfulness), combinadas con la intención y una actitud compasiva ayudan a desarrollar un nuevo modo de relación con toda la experiencia, mostrando un cambio profundo, donde no sólo cambian los pensamientos e ideas de las participantes, sino que cambia el modo de estar y experimentar el mundo vivido.

El presente estudio también permitió sistematizar diferentes dimensiones del modo de relación autocompasivo (en la tercera codificación axial), resultando ser un fenómeno multidimensional. Esta relación amable consigo misma se manifiesta a nivel cognitivo (percepciones y pensamientos amables), emocional (auto-valoración), conductual (conductas auto-altruistas y pro-sociales) y relacional (ampliando la autocompasión a la compasión por otros). Esta comprensión multidimensional de la relación amable consigo mismas abre posibilidades de comprender de manera más detallada los mecanismos mediante los cuales la autocompasión es efectiva para el cambio terapéutico, además abre posibilidades para utilizarla de manera aplicada en el ámbito clínico, pudiendo desarrollarse estrategias de prácticas de autocompasión, que consideren o enfatizen una de las dimensiones descritas (cognitiva, emocional, conductual o relacional).

Uno de los aportes fundamentales del presente estudio tiene que ver con que da información sobre la relevancia que tiene la relación con uno mismo en el cambio psicoterapéutico. El desarrollo de la autocompasión permite afrontar de un modo diferente los momentos de dificultad y sufrimiento, activando mecanismos de afrontamiento ante esos momentos de dificultad, tal como se sistematiza en codificación selectiva. El presente estudio sistematiza los mecanismos mediante los cuales la presencia y la autocompasión contribuirían al desarrollo de una actitud protectora y de bienestar encarnado ante momentos de dificultad, lo que trae como efectos una reducción de los síntomas y un incremento significativo y más rápido del bienestar.

Finalmente, tomando perspectiva surge la pregunta de ¿Cómo las prácticas de mindfulness y autocompasión contribuyen, no sólo a una transitoria reducción de síntomas y a un incremento transitorio del bienestar, sino que más bien, contribuyen a que las personas puedan desarrollar un proyecto de vida con sentido, centrado en el autocuidado y el cuidado de los demás? Aun cuando los mecanismos precisos mediante los cuales el taller de mindfulness y autocompasión contribuyen con ese propósito siguen siendo un misterio; el presente estudio nos muestra como las mujeres participantes de un taller, día a día, expresan sus fortalezas, su amor, y su pasión por la vida, y mediante las prácticas de mindfulness y autocompasión visibilizan su inestimable valor. Esta investigación no es más que una pequeña contribución en el desarrollo de una investigación que está por venir, del estudio que contribuya a co-construir con otros una vida

con mayor sentido, con mayor calidad de vida y sin discriminación alguna, pudiendo encarnar en lo cotidiano la humanidad compartida.



## Referencias

- Black, D. (2015). American Mindfulness Research Association-AMRA-Data base. Extraído de: <https://goamra.org/resources/>
- Baer, R., Smith, G., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., y Williams, J. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Baer, R., Peters, J., & Lykins, E. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched no meditators. *Journal of Positive Psychology*, 7 (3), 230-238.
- Barnard, L., & Curry, J. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15 (4), 289-303.
- Brady J., Laidig, J., Guy, J., & Norcross, J. (1999) *Managing your own distress: Lessons from psychotherapists healing themselves*. Sarasota. Florida: Professional Resource Press.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Burgess, S., Propper, C., & Wilson, D. (2005). *Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence*. London: Centre for Economic Policy Research.
- Carlson, K., Silva, S., Langley, J., & Johnson, C. (2013). Mindful-Veteran: The implementation of a brief stress reduction course. *Complement The Clin Pract*, 19(2), 89-96.
- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., & Vera, M. N. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training program based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 1-10.

- Fjorback, L., Arendt, M., Ornbøl, E., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy- a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2):102
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore*, 5 (1), 37-44.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Hawthorne, N.Y: Aldine de Gruyter.
- Germer, C. (2011). *El poder del "mindfulness": Libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas*. Madrid: Paidós.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2013). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 8 (4), 500.
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 2, 169-183.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Marin, M., Stagers, S. & Anderson, C. (2011). The relationship between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency and self-compassion. *Communication Research Reports*, 28, 275-280.
- MINSAL (2007). Segundo Estudio de Calidad de Vida y Salud Mental. Ministerio de Salud de Chile.

MINSAL (2010). Encuesta Nacional de Salud ENS 2009.2010. Ministerio de Salud de Chile.

Muñoz, G., Quezada, A., Sanhueza, J. & Cruz, C. (14 de abril del 2008). Resultados preliminares de estudio de Estrés y Felicidad en Chile. UAI. Extraído de [http://www.uai.cl/prontus\\_newsletter/site/artic/20080728/pags/20080728163411.htm](http://www.uai.cl/prontus_newsletter/site/artic/20080728/pags/20080728163411.htm)  
1

Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2 (3), 223-250.

Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.

Neff, K. & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 114-117.

Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.

Neff, K., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41 (1), 139-154.

Neff, K., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12, 160–176. doi:10.1080/15298868.2011.649546

Neff, K., & Tirch, D. (2014) La autocompasión y la ACT. En Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J (Eds.) *Mindfulness, aceptación y psicología positiva: Las siete bases del bienestar (pp.101-133)*. Barcelona: Obelisco.

Nyklicek, I., Son, J., & Van, Pouwer (2010). Two recently published meta-analyses on the effectiveness of mindfulness-based interventions: What should the reader make of it? *Journal of Psychosomatic Research* Vol.69 (6), 613-614.

Shapiro, S., & Carlson, L. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27, 92-99.

Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1997). *De cuerpo presente: Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.

## 5. Conclusiones generales

A continuación se desarrollaran las principales conclusiones extraídas, considerando los resultados obtenidos y las hipótesis, preguntas directrices y objetivos planteados en el estudio. Se tomará como eje articulador de la conclusión la temática del cambio psicoterapéutico vivido por las participantes y los aprendizajes que este proceso dejó en ellas.

Se distinguirán cuatro temáticas principales.

1. Cuáles fueron los principales cambio observados en las participantes del taller.
2. Cuáles fueron las cualidades que tuvo ese cambio.
3. Cuáles fueron los niveles de profundidad del aprendizaje vivenciado por las participantes, considerando el cambio terapéutico vivido, y finalmente.
4. Cuáles fueron los principales factores que permiten explicar y comprender el cambio observado.

Se concluirá con una reflexión final, sobre el aporte que pueden ofrecer las prácticas de mindfulness y autocompasión al cambio psicoterapéutico.

### 1. Principales cambios observados.

#### *Desarrollo de un aprendizaje sobre la experiencia y sobre el modo de relacionarse con la experiencia.*

De acuerdo a los resultados cuantitativos y cualitativos descritos, las participantes del taller desarrollaron un cambio profundo en su manera en entenderse a sí mismas y de entender el mundo que vivían. De modo general, se observó el desarrollo de un aprendizaje en al menos 2 niveles lógicos diferentes, 1. Aprendizajes sobre la propia experiencia y 2. Aprendizajes sobre cómo las participantes se relacionaban con esas experiencias, incluyendo la dimensión de la relación con ellas mismas. Podría señalarse que se observó un aprendizaje de primer y segundo orden. En las reflexiones tras los ejercicios se reconocieron diálogos en ambos niveles. Algunos de los comentarios y de las vivencias respondían a la pregunta ¿Qué te ocurrió con esta experiencia? (primer orden) y también se identificaron comentarios a las preguntas: ¿Cómo te

relacionas con tu propia experiencia? y ¿Qué aprendizajes rescatas del modo que tienes de relacionarte contigo misma? (segundo orden).

El aprendizaje en estos dos niveles lógicos es coherente con los niveles de aprendizajes descritos por Bateson (1998) y con la perspectiva del cambio 1 y cambio 2 desarrollada por Watzlawick, Weakland y Fisch (1985). Más allá de los cambios conductuales (e incluyéndoles) las participantes desarrollaron un cambio que iba en la dirección de la re-significación de la propia experiencia, y en esa dirección, generaron un cambio en el modo de relacionarse con ellas mismas.

### ***Cambio de un modo de ser.***

De acuerdo a lo señalado por las participantes del taller, ellas describieron un tipo de cambio que influyó en su modo de ser. Dándose un cambio en la lógica que ellas tenían hasta antes de participar en el taller, observándose un paso desde un saber qué -know that- a un saber cómo-know how (Varela, Thompson & Rosch, 1997).

Según fue descrito por algunas de las participantes, a lo largo del taller fue emergiendo un saber ser y estar, en contraposición a un saber de contenido.

Resulta interesante señalar que aquí se desarrolló lo que Varela (1996) denominó el desarrollo de una habilidad ética, es decir, un modo ser-en-el mundo, caracterizado por resaltar el cuidado propio y de los demás.

La relevancia de este cambio radica en que fueron habilidades orientadas a su uso en la vida cotidiana, independientemente del contenido y de los cambios en el contexto, y que por lo mismo se puede volver autónomo y auto-generativo, ya que estas habilidades están en juego en todo momento.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, este cambio engloba otros aprendizajes que se detallan a continuación, como un cambio global, que puede dar cuenta de la profundidad de los cambios vividos por las participantes durante el taller.

### ***Desarrollo de una actitud amable hacia ellas mismas.***

Según Shapiro y Carlson (2009), mindfulness posee tres dimensiones simultáneas e inseparables: la atención, la intención y la actitud. Siendo la actitud el modo práctico mediante el cual se percibe y actúa. El taller investigado puso un fuerte énfasis en el entrenamiento de una actitud de compasión dirigido a las mismas participantes. Esta actitud, que al comienzo podía parecer extraña e inusual, con el paso de las sesiones se fue haciendo más y más cercana y natural, y al ponerla en práctica de forma sistemática, fue generando cambios en las participantes, que ellas mismas iban reportando. Los resultados cualitativos y cuantitativos mostraron que las participantes fueron adquiriendo un modo comprensivo y amable de relacionarse con ellas mismas, practicándolo en diferentes circunstancias, especialmente cuando se vieron enfrentadas a momentos de dificultad, donde reportaron que les parecía especialmente valioso tenerlo presente.

El desarrollo de esta actitud autocompasiva, creemos que resultó clave en el proceso psicoterapéutico experimentado por las participantes. Los resultados cualitativos axiales dan cuenta de una íntima relación entre el desarrollo de esta actitud compasiva y un nuevo modo de experimentar la experiencia, caracterizado por un mejor manejo de las dificultades y por un incremento del bienestar vivido, lo cual es coherente con la evidencia científica que existe sobre mindfulness y autocompasión.

## **2. Cualidades del cambio**

Considerando los resultados cuantitativos y cualitativos, se describen algunas cualidades del aprendizaje alcanzado por las participantes, entre las que se encuentran: Que fue un aprendizaje encarnado y autodidacta. A continuación se describen estas dos cualidades y su relevancia.

### ***Desarrollo de una perspectiva encarnada.***

El aprendizaje vivido por las mujeres durante el taller no estuvo centrado en la adquisición de nuevos conocimientos, sino más bien, estuvo centrado en la experiencia de detenerse, observar y actuar conscientemente en la propia experiencia. En este sentido, fue desarrollándose un aprendizaje encarnado o corporizado, es decir, se dio un aprendizaje que incluyó las dimensiones corporales, emocionales, cognitivas y relacionales. Las participantes manifestaron reconocer con mayor claridad sus molestias físicas, y en vez de actuar automáticamente para buscar aliviarlas, podían observarlas y sentirlas con mayor curiosidad, y desde ese

reconocimiento actuar de un modo conveniente para ellas. Este prestar atención a sus molestias de un modo presente y amable con ellas mismas permitió ir transformando su propia experiencia de dolor, a veces mejorando la relación con este dolor, aunque no se modificara, y a veces reduciendo esas molestias. Este aprendizaje corporizado refleja un aprendizaje complejo, muy cercano al darse cuenta y a la integración de las dimensiones mental y corporal. Un aprendizaje que desde la práctica modifica la experiencia de dualidad mente-cuerpo, para dar paso a una experiencia de integración de las vivencias de las participantes.

### ***Desarrollo de un aprendizaje autodidacta.***

Una segunda característica central del aprendizaje observado en las participantes, fue que desarrollaron un aprendizaje generativo y autodidacta. Se observó una inclusión de las prácticas en sus vidas cotidianas, que con las nuevas experiencias fue tomando nuevos matices. Esta cualidad generativa del aprendizaje se observó cuando las participantes manifestaron que adaptaron algunas de las prácticas a su propia experiencia, además señalando que les servía practicar, no importando lo que ocurriera en su entorno. Lo anterior se ve confirmado por los resultados cuantitativos del seguimiento, donde las participantes mantuvieron o incrementaron los efectos de la práctica tras seis meses de haber concluido el taller. Queda en este punto planteada la pregunta por el alcance de los aprendizajes alcanzados, ¿Se seguirán incrementando? ¿Darán inicio a nuevos aprendizajes? ¿Qué contribuye mantener o ampliar estos aprendizajes después de los seis meses? ¿Cómo influyen en el largo plazo estos aprendizajes en otras personas significativas? Es difícil determinar con claridad cuáles son los alcances del aprendizaje alcanzados, y si lo aprendido se va ampliando a partir de lo vivenciado en el taller. Para poder ahondar en estas preguntas sería valioso realizar un estudio longitudinal, que pueda dar cuenta del modo y los efectos de la incorporación sistemática en la vida cotidiana.

Tomando en cuenta lo anterior, la presente investigación ofrece evidencia incipiente que muestra que algunos de los aprendizajes se mantuvieron o incluso se incrementaron luego de 6 meses de haber concluido el taller, volviéndose necesario indagar en futuras investigaciones los mecanismos que permiten mantener y ampliar los cambios experimentados. De los aprendizajes que se mantuvieron, resaltan los aprendizajes encarnados, asociados a experiencias concretas y que ellas mismas podían volver a realizar, así por ejemplo, una de las participantes, en la entrevista de seguimiento señaló que una práctica que fue significativa para ella y que continúa



realizando es la práctica de llevar la mano a la zona del corazón y respirar con atención, esa práctica le genera calma y la vuelve a conectar cada vez que lo necesita.

### **3. Aprendizaje experiencial en 4 niveles de profundidad.**

Junto con los dos niveles lógicos antes descritos, se pudieron describir en las participantes 4 niveles de aprendizajes de mindfulness y autocompasión, aprendizajes que fueron desde la adquisición del aprendizaje conceptual asociado al taller, a un aprendizaje que incluye mindfulness y autocompasión como modos integrados de vida:

1. Un primer nivel de aprendizaje observado lo podríamos denominar de contenido o conceptual, en el cual las participantes utilizan conceptos o ideas que aplican a su vida. Por ejemplo, cuando las participantes incorporan distinciones que les resultan útiles, como los elementos de la autocompasión, la diferencia entre autoestima y autocompasión, o cuando incluyen las distinciones entre responder y reaccionar, conversadas en el taller.
2. Siguiendo la progresión, un segundo nivel de aprendizaje que se pudo observar fue cuando las participantes realizan algunas prácticas de forma esporádica. En este nivel las participantes señalan que además de incorporar determinados conceptos, incorporan a su vida algunas de las prácticas aprendidas en el taller, aunque sea de modo esporádico. Las participantes mencionan que recuerdan y aplican las prácticas aprendidas en el taller, cuando vivencian momentos de dificultad, así por ejemplo, cuando alguna de las mujeres expresa estar teniendo una crisis de pánico e incluye en ese momento la práctica de la atención plena a la respiración, lo cual le ayuda a manejar de mejor manera la situación difícil. A pesar de lo importante y aliviador que resulta esta práctica, no se incorpora como un hábito o como una acción preventiva, sino que parece estar encapsulado a momentos particulares.
3. Un tercer nivel de aprendizaje observado da un paso más allá, e incluye la realización de prácticas de mindfulness y autocompasión de modo permanente, realizándose en diferentes momentos de la vida cotidiana de las participantes, comenzando a establecerse incipientemente como un hábito. En este tercer nivel se hace presente la capacidad de ir más allá de la contingencia y de actuar anticipándose a los momentos de dificultad, observándose así una actitud más proactiva de autocuidado. Las participantes reportan

realizar esfuerzos para incluir estas prácticas en su vida cotidiana, las cuales valoran, ya que a pesar de ese esfuerzo inicial, les reporta beneficios mayores a largo plazo, al poder prevenir de mejor manera el afrontamiento en los momentos de dificultad. Un ejemplo de lo anterior es el que manifiesta una de las participantes del taller, quien menciona que reserva 5 a 10 minutos del día para realizar la práctica de la atención a la respiración aprendida en el taller.

4. Finalmente, un cuarto nivel de aprendizaje observado es el que podríamos denominar aprendizaje de mindfulness y autocompasión como un modo de ser-en-el-mundo. En este cuarto nivel se da un paso más allá del nivel anteriormente descrito, y se reconoce que las participantes van incorporando la práctica de mindfulness y autocompasión en sus vidas cotidianas de un modo transversal. En este nivel, a diferencia del anterior, se observa una incorporación más natural de la actitud aprendida a los diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

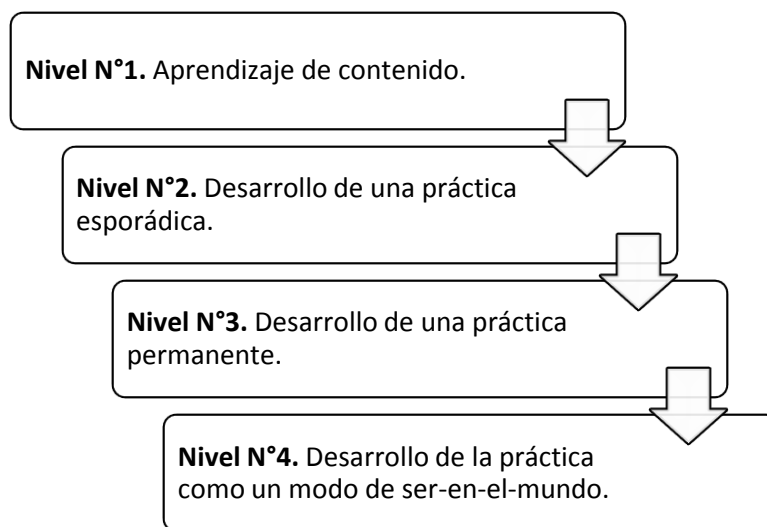
En este cuarto nivel se mantienen las prácticas de autocuidado habituales, pero se le agrega una actitud y una intención coherentes con los principios del mindfulness y la autocompasión en los diferentes momentos de su vida cotidiana. Ocurriendo así, que algunas de las actividades de la vida cotidiana que antes les resultaban tediosas o trabajosas, se ven influidas por una actitud de mayor presencia y amabilidad. Este nivel implica un alto compromiso, además de un contexto cultural que contribuya a su mantención, así como espacios de práctica compartida por otros, que contribuyan a esta práctica.

Curiosamente, en este nivel la prácticas de mindfulness y autocompasión se fue volviendo menos una tarea que requiere un alto esfuerzo, para irse transformando en un modo de ser y estar habitual. Un aprendizaje en este nivel fue descrito sólo rara vez en algunas de las participantes del taller.

Un factor institucional que puede haber contribuido a que este nivel se mantuviera en el tiempo está dado por la existencia en el mismo COSAM de un espacio de práctica de meditación, al cual varias de las participantes comenzaron a asistir luego de participar en el taller, convirtiéndose en un espacio que contribuye a la mantención de la práctica de mindfulness como un estilo de vida.

Estos cuatro niveles de aprendizaje descritos reflejan un proceso gradual de profundización, que va desde un compromiso inicial incipiente a un compromiso y prácticas habituales, reflejando un paulatino tránsito desde un aprendizaje conceptual a la adopción de la práctica como un hábito influyente en la vida cotidiana. La figura N° 6 ilustra este proceso.

Figura N°6. Niveles de profundidad del aprendizaje en mindfulness y autocompasión



#### **4. Factores que favorecieron el cambio psicoterapéutico.**

Finalizando las conclusiones, resulta relevante reconocer cuales fueron algunos de los factores observados que influyeron en el cambio psicoterapéutico. Entre los factores reconocidos están: la exposición directa a la experiencia, la relación entre las participantes, el cambio de perspectiva y finalmente la aceptación y la autocompasión.

Se finalizará compartiendo una reflexión global sobre la dimensión terapéutica del entrenamiento en mindfulness y autocompasión.

##### ***La exposición directa a la experiencia.***

Un factor observado que favoreció el cambio terapéutico fue la exposición directa a la experiencia, produciéndose una conexión no mecánica con las circunstancias de vida que tenían las participantes. La exposición directa ayudó a cuestionar las preconcepciones y prejuicios establecidos y permitió que aparecieran ideas emergentes sobre la experiencia y sobre ellas

mismas. En este sentido, la práctica de mindfulness facilitó el desarrollo de lo que Daniel Siegel (2007) denomina procesos neurobiológicos de abajo-arriba (bottom-up), es decir, desde la experiencia a la construcción de significado, en contraposición a los procesos cognitivos más comunes, que son desde los conceptos a la experiencia (top-down).

Durante el taller se alcanzó un aprendizaje más profundo gracias a la elocuencia de la propia experiencia, por sobre lo que otros digan o por sobre las preconcepciones. Los ejercicios de mindfulness invitaban a explorar amablemente en la propia experiencia de manera directa y aprender de ella. Desde allí, se fue desarrollando una mayor confianza y apertura, incluso una sensación de “quiero más de esa experiencia”, generándose un aprendizaje auto-guiado. Durante el taller se invitó en todo momento a ir a la experiencia directa, especialmente si se trataba de experiencias personales (emociones, sensaciones corporales, etc.), privilegiando el creerle a la propia experiencia, en vez de los juicios pre-establecidos.

En las participantes del taller, tal como se señala en los resultados cualitativos, se observó un paso desde la experiencia desconectada de ellas mismas, a una experiencia más conectada y vívida, lo cual puede comprenderse desde una visión fenomenológica, en la perspectiva de Heidegger (1926/1998) quien describe un modo de ser-en-el-mundo auténtico, que se toca cuando se da un paso desde una experiencia de quiebre a la experiencia de trasfondo existencial.

En el caso de algunas participantes, bastó que hicieran uno o dos ejercicios prácticos para que volvieran a conectar con la confianza en ellas mismas. Por ejemplo, cuando una participante describió que al prestar atención a su respiración podía sentirse plena, que no necesitaba nada más o que ese momento para ella era suficiente. Aunque prestar atención a la respiración pueda parecer una actividad en extremo simple, la participante pudo notar por primera vez el ser plenamente consciente. Esta sencilla práctica generó un importante cambio en la percepción de ella misma y de su experiencia, reconoció que nunca antes se había dado cuenta con atención de cómo respiraba, y luego comenzó a preguntarse ¿de cuántas otras cosas no me he percatado? ¿Qué pasaría si pudiera estar con la misma atención a otras cosas? ¿A los demás? ¿A ella misma? Abriéndose a una dimensión de la experiencia no explorada por ella antes. Puede pensarse que esta es la puerta de entrada a los siguientes ejercicios que producen cambios, que implica revisar algunos de los aspectos dolorosos de sus vidas, desarrollar una actitud de autocompasión frente

a sucesos difíciles, etc. Cuando las mujeres participantes creen primero en ellas mismas, luego las siguientes propuestas las aceptan con mayor confianza y van a la búsqueda de sus recursos.

***La relación entre las participantes como factor clave del cambio terapéutico.***

Resulta relevante señalar que la relación construida con las compañeras de taller favoreció el proceso psicoterapéutico, entregando una nueva óptica a las vivencias personales de las participantes. Dicho de otra manera, la dimensión relacional se transformó en una caja de resonancia empática para las experiencias personales. Esto se puede ver cuando las participantes resaltaban que las vivencias de las compañeras eran parecidas a las de ellas, y ese hecho las ayudaba, ya que podían entender y ser entendidas, predominando los aspectos comunes y compartidos. El compartir con las compañeras les ayudaba a afrontar de mejor modo sus propias vivencias. Esto resultó particularmente relevante si reconocemos que la práctica de la autocompasión considera como uno de sus pilares teóricos fundamentales la humanidad compartida. El contexto del taller abría un espacio para re-significar la propia experiencia desde una perspectiva más amplia, considerando la propia experiencia de mujeres que habían pasado por experiencias similares.

Aunque la empatía y la dimensión relacional pueden aparecer en cualquier proceso psicoterapéutico grupal, en un taller de mindfulness y autocompasión tomaron un nuevo matiz. La humanidad compartida se ponía en juego al realizar prácticas de escucha atenta, o cuando se dialogó sobre el perdón y la autocompasión ante las emociones difíciles y las relaciones difíciles. Al momento de compartir naturalmente aparecía la empatía, el resonar con la experiencia de la compañera, y el sentimiento de común humanidad emergía. Lo anterior es coherente con lo descrito en la literatura sobre el efecto de los procesos terapéuticos grupales, y los efectos que este proceso compartido tiene.

Una cita de Serebrinsky (2012), refiriéndose al proceso psicoterapéutico grupal refleja desde la literatura lo vivido en el taller:

Si bien cada historia de vida es única, en la dinámica grupal pueden aparecer similitudes entre las situaciones relatadas por los integrantes, lo que va a permitir el grupo es que se develen distintos modos de percibir las y resolverlas. Los otros pueden ayudar a descubrir las fortalezas que cada uno tiene, o incluso co-construir aquellas ausentes, desconocidas o nunca aplicadas...

Se refuerza la esperanza y la autoestima entre los miembros cuando se sienten comprendidos, capaces de ayudar al otro, aprender de los otros y ser, a vez, objetos de imitación. El ayudar a otra persona provoca conductas activas y permite salir del soliloquio personal en el que los propios padecimientos son sobrevalorados y las capacidades para sobrellevarlos son minimizadas. El observar los cambios en otras personas que tienen problemas similares o no, motiva el propio proceso de cambio". (p. 141)

***Ampliación de la mirada, tomando mayor perspectiva.***

Un tercer factor que favoreció el cambio terapéutico producido en el taller fue la ampliación de perspectiva que tuvieron las participantes de sí mismas y sus dificultades. Esta mayor amplitud la podemos entender tanto por el darse cuenta vivido en su propia experiencia como por el desarrollo de nuevas distinciones prácticas que les abrieron nuevas posibilidades.

Por un lado, las prácticas de mindfulness pudieron favorecer ampliar el foco de atención, el cual antes del taller estaba excesivamente centrado en sus dificultades, a un foco más amplio en el cual las dificultades son sólo una parte de la experiencia, abriendo posibilidades para que las participantes pudieran manejar de mejor forma las experiencias difíciles. Lo anterior es coherente con lo propuesto en el marco teórico, particularmente con lo planteado Segal, Williams y Teasdale (2002/2006), quienes describen la capacidad de tomar perspectiva de los propios pensamientos como una habilidad central que favorece el cambio; lo cual es congruente con el planteamiento de Kabat-Zinn (1990) quien señala que mindfulness favorece el capacidad de relacionarnos con los propios pensamientos, permitiendo establecer una relación con mayor distancia emocional. Por otro lado, varias de las distinciones ofrecidas en el taller no eran parte de su vocabulario, y al ser compartidas, permitieron también ampliar el mundo de significados, lo que a su vez contribuye a ampliar sus posibilidades de manera práctica.

Algunas de estas distinciones compartidas y que fueron reportada como más valiosas por las participantes fueron: reconocer el espacio entre el estímulo y la respuesta, la diferencia entre narrativas autocríticas, por un lado, versus identificar las narrativas autocompasivas, por otro lado, o el que observar con mayor atención contribuye a desarmar el piloto automático. Estas distinciones abrieron posibilidades y generaron una re-significación de la propia experiencia.

### *Aceptación y autocompasión como factores claves del cambio terapéutico*

Varias participantes relataron que ante las experiencias de sufrimientos, lo que más les ayudó fue practicar la autocompasión. Detectando cuando aparecían narrativas de autocastigo y discursos autocríticos, y como alternativa a ellos, ofrecerse a ellas mismas narrativas más comprensivas.

La autocompasión como práctica encarnada contribuyó a salir de la lógica del deber ser, salir de la lógica de la autocrítica, para pasar a la lógica del reconocimiento y la auto-aceptación. El deber tiene implícito un ideal con el cual se compara, y esa comparación puede generar sufrimiento, sin embargo, desde la lógica de valorar lo presente y el ser amable con quien ya se es, se da un cambio hacia una lógica diferente, desde el deber al ser.

De acuerdo a diversos estudios clínicos (por ejemplo Baer, Peters y Lykins, 2012; Deci y Ryan, 1995; Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Neff & Costigan, 2014; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007) la autocompasión parece ser un factor clave en el incremento del bienestar psicológico, lo cual puede deberse a lo influyentes que son las narrativas sobre la propia identidad. De acuerdo a Blatt (1995) el auto-criticismo parece ser un factor crítico en el desarrollo de la depresión, cuando los discursos autocríticos se vuelven dominantes se comienza a gestar una depresión. Del mismo modo, es posible pensar que las narrativas autocompasivas generan un efecto contrario, transformándose en un antídoto ante la depresión, potenciando el bienestar.

El taller la autocompasión permitió que las mujeres fueran transformando sus discursos y fueran asumiendo un rol cada vez más protagónico en la narrativa de sus vidas. La autocompasión les invitaba a acogerse a ellas mismas cuando vivían algún momento de dificultad. Esta práctica, en la medida que se iba practicando fue generando una mayor autonomía, mayor conciencia de sí mismas y de los otros. La autocompasión resultó ser una herramienta terapéutica para afrontar los momentos difíciles y para cultivar un estado de mayor bienestar.

## 6. Discusión general

A partir de los principales resultados y conclusiones del estudio, se discutirán tres temas centrales: 1. La relevancia terapéutica que tiene la dimensión de la relación con el sí mismo, 2. El valor terapéutico de una intervención basada en mindfulness y autocompasión, y 3. Limitaciones y aspectos a desarrollar del estudio.

### 1. Relevancia terapéutica del modo de relación con el sí mismo.

En términos generales, resulta valioso conocer y explorar intervenciones terapéuticas que apunten a trabajar en el modo en que las personas se relacionan consigo mismas, donde puede construirse un cambio a nivel de narrativas sobre la propia identidad.

Tanto los resultados cualitativos como los resultados cuantitativos del estudio pusieron de manifiesto la relevancia que tiene el modo de relación que se establece con uno mismo, en el caso del presente estudio, el modo de relación que establecieron las mujeres consigo mismas, el cual hacia el final del taller se caracterizó por ser más atento, cuidadoso y amables, y junto con ello, más conscientes en la relación que establecían con las demás personas y con su contexto. Lo anterior en comparación con un modo de relacionarse con ellas mismas más desconectado emocionalmente y autocrítico, que presentaban antes de participar en el taller.

Este modo de relación más atento y amable con ellas mismas se fue desarrollando a partir de su participación en el taller y afectó significativamente diferentes dimensiones de sus vidas, por ejemplo, el modo en que se relacionaban con los demás (familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.), y también en su manera de comprender y relacionarse con su mundo circundante. Aparece aquí la relevancia que el modo de relacionarse con ellas mismas tiene, influyendo en las dimensiones interpersonales y en la construcción de mundo.

De acuerdo a lo observado, creemos que el modo de relación con el sí mismo posee una significativa influencia terapéutica, ya que es la relación más cercana y directa que podemos establecer, y sin embargo, puede pasar fácilmente desapercibida u olvidada en los contextos terapéuticos, privilegiándose la mirada de sí mismo del paciente en relación al mundo exterior. Este enfoque de la autocompasión enfatiza, tanto en las participantes como en el mismo monitor



del taller poner el foco en la relación con el sí mismo, como una dimensión ineludible a la cual es necesario prestarle atención.

La relación con el sí mismo posee algunas características interesantes, se va desarrollando con el paso del tiempo y va siendo influida por las diferentes circunstancias de vida, es además una relación que está estrechamente vinculada con la construcción de la identidad personal.

En términos pragmáticos, la relación que vamos estableciendo con nosotros mismos depende en gran medida de nosotros mismos. Esta última característica hace que esta relación resulte tener una especialmente relevancia terapéutica. Dicho en términos simples, la relación con nosotros está en gran medida en las propias manos, ya que sólo depende de nosotros y desde allí se puede gestionar para desarrollar un mayor bienestar, mientras que la relación con los demás y con el mundo circundante nunca depende directamente de nosotros e influyen otros factores.

Al entrelazar las transformaciones subjetivas descritas por las participantes del taller, con los favorables resultados en la reducción de síntomas e incremento en los indicadores de bienestar, que muestran los resultados cuantitativos, es viable considerar que el tipo de intervenciones como el investigado en la presente tesis (que apuntan a trabajar con las narrativas del sí mismo) pueden resultar particularmente efectivas y favorecedoras del cambio terapéutico, no sólo en los resultados inmediatos de la intervención, sino también a mediano y largo plazo, ya que se ve influenciada el modo de relación y la identidad.

Aunque la presente investigación se enfocó en describir los cambios a corto plazo y mediano plazo (luego de 6 meses de concluida la intervención), aparece como relevante para futuros estudios indagar si el cambio se mantiene o se transforma en el largo plazo y si se generan efectos a nivel de identidad.

### ***Cambio en las narrativas sobre la identidad.***

Este taller buscó influir directamente en las narrativas sobre sí mismas. Este es un objetivo ambicioso y a la vez compartido entre el taller y la psicoterapia individual, ya que un cambio a nivel de identidad permite re-estructurar otras dimensiones psicológicas que dependen de ella.

Aunque no todas las participantes vivieron un cambio a nivel de identidad, pero sí se puede afirmar que algunas desarrollaron narrativas alternativas sobre sí mismas, que en algunos casos

co-existían con las narrativas dominantes previas, y en otros casos, llegaron a cuestionar la visión que tenían de sí mismas. Varias participantes reportaron cambios en el modo en el que se entendían a ellas mismas, lo cual se refleja en unas de las frases enunciada por una de las participantes: "...puedo vivir con esa pena ahora, puedo proyectarme en la vida aunque me cueste, y aun me cuesta todavía tomar decisiones sola, porque siempre las tomo el o las tomamos juntos, pero de a poco voy saliendo, he logrado tomar otras decisiones, mirar la vida hacia atrás no como un fracaso, sino como una experiencia de vida por la cual yo pase, en la cual ahora aprendí a salir adelante, a buscarme a mí misma y a perdonar a los demás y a perdonarme a mí misma" (MN-s 19-24).

*Autocompasión para el desarrollo de una nueva narrativa sobre la identidad.*

Lo que cada persona se dice a sí misma no es un texto plano, no es puro contenido carente de tono emocional, al contrario, el relato narrativo en todo momento posee una cadencia y tono emocional que influye y afecta el modo de habitar el mundo, definiendo un modo de ser-en-el mundo específico y único.

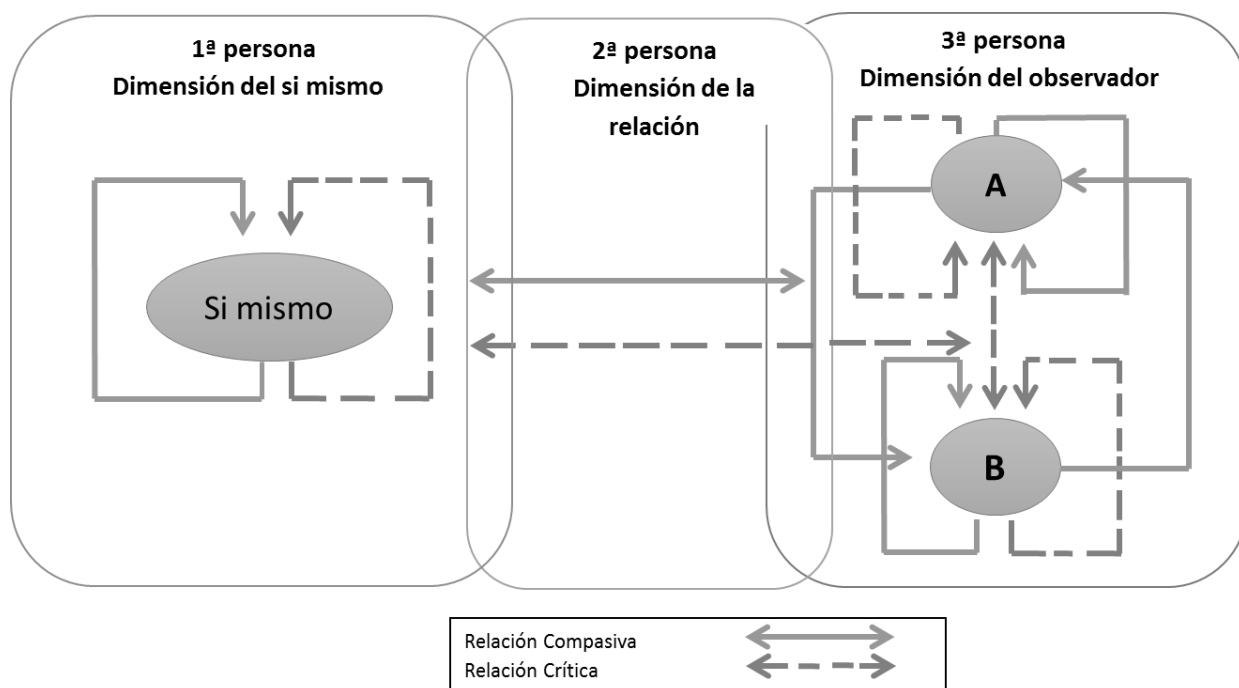
La autoexigencia posee un tono emocional, la autocrítica también, así también la autocompasión. Si la persona puede ampliar o transformar sus narrativas, ese tono emocional asociado a la narrativa también cambia, y junto con ella cambia la experiencia, así, mirar la narrativa personal desde la perspectiva de la autocompasión puede influir favorablemente en el modo de relación establecida con la experiencia.

La autocompasión podría estar ligada a la construcción y mantención de las narrativas sobre la identidad, entendiendo que la autocompasión trata sobre el modo y actitud con la cual las personas se relacionan consigo mismas, desarrollando en lo específico un modo amable y comprensivo, especialmente cuando se están viviendo momentos de dificultad. Al entrenarse la habilidad de tratarse amablemente a sí mismas, se está influyendo directamente en cómo se va construyendo la identidad relacional.

Lo que hemos planteado como una perspectiva encarnada relacional, es el modo que una persona tiene de relacionarse consigo misma, y como esta forma de relación está vinculada con el modo de relacionarse con las demás personas y con el mundo circundante, así, si se desarrolla un modo autocrítico de relación con el sí mismo, ese modo de relación va a influir directamente en el

modo de relación con los demás, el cual también será crítico y exigente; del mismo modo, si se desarrolla una perspectiva autocompasiva, el modo de relación con las demás personas y el mundo también adquirirá la misma afectividad compasiva. La gráfica de esta perspectiva se puede observar en la Figura N°7.

Figura N°7. Modos de relación en primera, segunda y tercera persona.



Desde la perspectiva propuesta en la figura, la autocompasión se transforma en una relevante herramienta terapéutica, que puede afectar también las relaciones inter-personales; es un modo de re-escribir la historia personal y al mismo tiempo, influir en las persona con quienes se interactúa, así, el modo en que se trata una persona así misma influye en cómo se relaciona con los demás.

Desde esta perspectiva, la autocompasión puede ayudar a transformar la propia historia y las narrativas que se desprenden de ella.

***Resignificando la propia historia.***

La re-significación de la propia historia es una de las metas más relevantes, a la que un proceso psicoterapéutico puede aspirar. En la presente investigación se pudo observar que algunas

participantes resignificaron el modo verse y comprenderse a sí mismas, alcanzándose al menos parcialmente este propósito.

Durante el taller, las participantes desarrollaron habilidades de mindfulness y autocompasión, las cuales contribuyeron a renovar su historia personal. Al ofrecerse narrativas alternativas y al reconocer un nuevo lenguaje para referirse a ellas mismas, cuestionando las narrativas dominantes de dolor y resignación.

Ante situaciones difíciles, que antes podía producir culpa y sufrimiento, desde la perspectiva de la autocompasión puede generar narrativas de comprensión y perdón, esto redefine la relación misma con el sufrimiento. Cuando nos vemos enfrentados ante momentos de sufrimiento, es un buen momento para practicar la autocompasión.

## **2. La relevancia terapéutica del taller basado en mindfulness y autocompasión**

Concordando con los principalmente resultados cualitativos, las participantes reportaron que los aprendizajes vividos en el taller contribuyeron de forma importante en sus vidas. En las entrevistas se observó una re-significación de su experiencia. En el esquema del entrenamiento de un taller de habilidades se experimentó un proceso terapéutico de cambio.

Resulta interesante reflexionar que estas vivencias terapéuticas de cambio, se desarrollaron en un formato de taller estructurado de 8 sesiones. En el cual, cada sesión tenía objetivos específicos. La estructura del taller ofrecía a las participantes la posibilidad de dirigir su atención hacia temáticas comunes y compartidas, como por ejemplo, practicar el estar presente, reconocer las voces autocríticas y las voces autocompasivas, aprender a desarrollar estrategias para manejar las emociones difíciles, etc., y a partir de estos temas, se profundizaba en sus experiencias y vivencias personales. Desde esta perspectiva, es posible reconocer que el taller favoreció, enriqueció y potenció el proceso psicoterapéutico individual que las mujeres estaban teniendo.

El impacto que tuvo el taller puede deberse en parte a que las temáticas abordadas eran complementarias y estaban alineadas con los temas que las participantes vivían en sus procesos psicoterapéuticos individuales, por ejemplo: el manejo de las emociones difíciles y el manejo

de las relaciones difíciles; por ejemplo, en el taller se trabajó el modo de afrontamiento ante el miedo, la rabia y la tristeza.

El trabajo realizado en el taller buscó re-definir el modo en el cual las participantes se relacionaban con ellas mismas, y en este sentido, las prácticas de mindfulness y autocompasión vividas en el espacio del taller ofrecieron una alternativa práctica para observar desde una nueva óptica su proyecto de vida.

### ***Relevancia del desarrollo de una relación terapéutica compasiva***

Siguiendo la reflexión de Paul Gilbert (2012), la práctica de la compasión emerge en la relación terapéutica misma, no como un concepto abstracto, emerge en el espacio relacional entre terapeuta y paciente; la compasión adquiere entonces una dimensión pragmática, no es sólo una declaración de buenas intenciones ni un ejercicio de verificación, sino más bien incluyen intenciones y sobre todo actos constructivos y generativos.

Como una cualidad viva, la compasión se pone en juego en las diferentes relaciones que se viven al interior del taller, en las relaciones entre las mismas participantes y en las relaciones que las participantes establecen con el monitor. Todas estas interacciones relacionales van modelando e influyendo las relaciones autocompasivas de las participantes del taller.

### ***Relación compasiva entre las participantes del taller***

Sobre la relación establecida entre las participantes del taller, los resultados mostraron que las participantes valoraron y reconocieron la importancia de la relación con las otras participantes, lo cual facilitó los procesos de cambio personal.

El vínculo compasivo se fue ampliando entre las participantes del taller, en la medida que iban interactuando y en la medida que unas con otras iban conociendo sus historias de vida y el modo que tenían de hacer frente a sus dificultades.

En el taller se daba un espacio para compartir y reflexionar sobre sus experiencias, en ese momento las participantes podían reconocer que las experiencias personales eran también experiencias compartidas con las otras mujeres, este fue un factor especialmente relevante, según lo reportado por las participantes, incrementándose la sensación de humanidad

compartida. Las mujeres percibían que no estaban solas y se sentían acompañadas y entendidas en sus experiencias de dificultad y dolor.

Por lo relatado por las participantes, se observó una resonancia empática entre las participantes, lo cual contribuyó a generar un contexto de escucha, aceptación y no juicio, que a su vez, contribuyó a un facilitar un cambio favorable en el modo de relacionarse con ellas mismas. El compartir estas experiencias de sufrimiento desde la actitud de mindfulness y autocompasión, contribuyó a comprender el propio sufrimiento desde una nueva óptica, no puramente individual, sino más bien relacional.

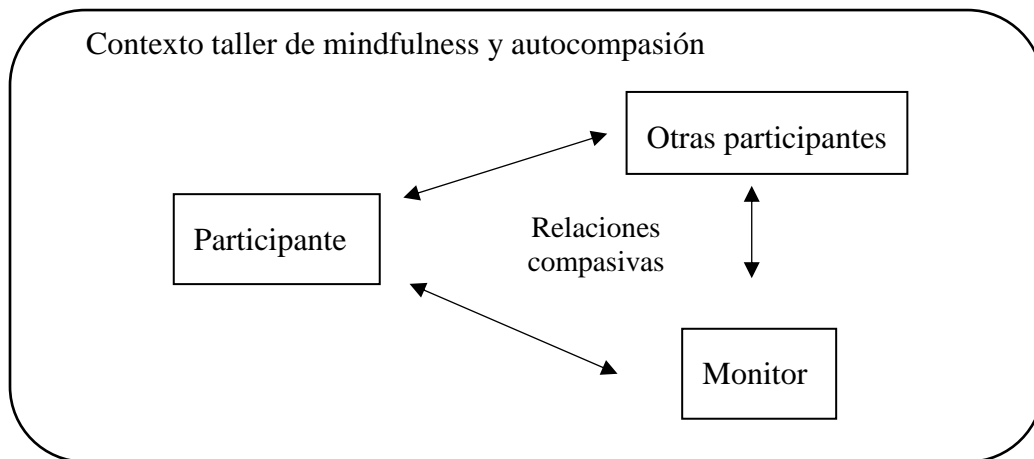
#### *Relación compasiva con el monitor*

Es en el espacio terapéutico donde el monitor tiene la posibilidad de jugar un rol modelador activo de las relaciones compasivas, por medio de su actitud, sus palabras y sus conductas.

El monitor del taller es el encargado de abrir un espacio para que las participantes puedan expresarse de un modo no enjuiciador y comprensivo, manifestando una presencia empática y contenedora. También en la misma relación se pone de manifiesto el trabajo personal del monitor y su modo de relación consigo mismo, pudiendo ser más autocrítico o más autocompasivo. En este punto, resulta relevante la formación y coherencia que el monitor muestre al grupo.

Si el taller trata sobre presencia y autocompasión, es relevante que el monitor encarne estas cualidades en todas las relaciones que establece, en especial en la relación que establece con las participantes. Creemos que el modelamiento del monitor fue un factor clave que facilitó el proceso de cambio en las participantes, lo cual se ve respaldado por la percepción de las participantes tuvieron en la relación con el monitor.

La figura N°8 Interacciones compasivas presentes en el espacio del taller de mindfulness y autocompasión.



***Concordancia con la investigación en factores comunes de cambio terapéutico.***

Tomando como marco comprensivo la evidencia científica que existe sobre la relevancia de los factores comunes de cambio en psicoterapia, es posible afirmar que el presente estudio aporta evidencia en la línea de ratificar la importancia que posee en el cambio psicoterapéutico los factores comunes. Se observó que fue un factor clave para el cambio el desarrollo un fuerte vínculo de trabajo entre el monitor y las participantes del taller. Creemos que las prácticas de mindfulness y autocompasión favorecieron directamente al desarrollo de una alianza de trabajo.

***Relevancia social y política de un taller basado en mindfulness y autocompasión***

Resulta relevante discutir la relevancia social y política de realizar intervenciones como las estudiadas en el presente estudio.

Basado en los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos, creemos que el taller de mindfulness y autocompasión es una alternativa adecuada para complementar la psicoterapia individual, con mujeres en contextos de vulnerabilidad psicosocial, y considerando esto, se vuelve una alternativa psicoterapéutica basada en evidencia que contribuye a la reducción de síntomas de las participantes y al incremento de su bienestar.

Algunas características del taller contribuyen a que este modelo pueda ampliarse a otros contextos similares al del presente estudio, un formato esquematizado en sesiones, los relativos bajos costos de implementación y la mayor cobertura, al ser un tratamiento grupal, hacen que esta intervención pueda ser fácilmente replicada en otros consultorios y COSAM de Chile.

Más allá del carácter grupal de la intervención, creemos que los contenidos psicoterapéuticos tratados y las prácticas de mindfulness y auto-compasión entrega herramientas para el desarrollo de una vida más consciente y plena, en este sentido la presente intervención se desmarca de favorecer la pura adaptación a su contexto, sino que favorece la toma de perspectiva, la concienciación y el asumir la responsabilidad del modo de vida, para si corresponde, buscar transformarlo. Mirado desde este punto de vista, el desarrollo de las habilidades de mindfulness y autocompasión, trascienden el bienestar individual y abordan al menos parcialmente el bienestar relacional y social.

Finalmente, a modo de síntesis no quisiéramos dejar de consignar la dimensión existencial del cambio terapéutico vivenciado. Tal como se expresa en los resultados cualitativos, en la codificación axial N°2, se observó en las participantes el paso desde un quiebre a un trasfondo (Heidegger, 1926/1998), desde el desacople o desajuste con su existencia, a un acople o ajuste con la propia experiencia. En esta dimensión, la práctica de la presencia plena y autocompasión contribuyen a que las mujeres pudieran reconectarse o acoplar con su propia vivencia, volviendo a sentirse valoradas, cuidadas y respetadas, primero por ellas mismas, y luego con los demás. En este sentido, se dio una compasión auto-generativa, que posee independencia de las circunstancias e independencia de las otras personas. En este sentido, podemos entender que la autocompasión es un modo en que las personas se hacen responsables de su proyecto de vida, asumiendo una actitud proactiva y de autocuidado.

Quien puede practicar la presencia plena y la autocompasión, se está haciendo responsable de sí misma, ya no culpando a otros ni a sí mismas, sino aprendiendo a vivir el propio camino de la vida con propiedad.

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

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 las participantes fueron asignadas por los investigadores al grupo de intervención, esto debido a razones prácticas



y clínicas, ya que se invitó a las mujeres a participar en el taller y a los grupos de control. Si se hacía aleatoria la asignación a los grupos, existía un alto riesgo que algunas participantes quedaran sin atención, mientras otras lo tenían o también que no se mantuvieran como parte del estudio. Del mismo modo, con el grupo de lista de espera no fue posible asignar al azar a los integrantes del grupo, sino que se invitó a participar a las mujeres que cumplían las condiciones. Por lo tanto, se hace necesario considerar en futuras investigaciones condiciones metodológicas más rigurosas, con un diseño experimental, que incluya la aleatorización de las participantes al comienzo del estudio.

Otra limitación del presente estudio fue que no se consideró la evaluación directa de los efectos del taller sobre los familiares y amigos de las participantes, la información recopilada sobre este ítem fue sólo indirecta, ya que está mediado por el relato de las mismas participantes del taller, quienes lo reportaron. En futuros estudios se recomienda establecer algunas medidas directas para indagar los efectos del taller en las personas cercanas, lo cual podría realizarse mediante entrevistas en profundidad y cuestionarios a familiares y amigos.

Finalmente, resulta relevante señalar una dificultad práctica. Durante el estudio fue difícil conseguir participantes para ambos grupos de control, en algunos casos, se invitó a participar a mujeres y se les consideraba en la evaluación preliminar, sin embargo, a las 8 semanas no fue posible contactarlas o no respondían la batería. Esto llevó al equipo a tomar la decisión de solicitar ayuda al COSAM de Renca, donde se pudo ampliar el número de participantes y así incluir a más participantes que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio. Esto permitió ampliar el número de participantes de ambos grupos de control, pero aun así, no se alcanzó el mismo número de participantes que se alcanzó en el grupo de intervención.

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

En base a los resultados y conclusiones alcanzados en el estudio, se generan nuevas preguntas que podrían ser abordadas en futuros estudios, como por ejemplo: ¿se mantienen o amplían los efectos del taller tras 1 año de la intervención? ¿Cuáles son las condiciones personales y contextuales que favorecen el cambio? De los factores que favorecieron el cambio, ¿Cuál de ellos resultó más relevante, desde el punto de vista de las participantes? Futuros estudios podrían

contribuir a intentar responder estas interrogantes y profundizar el conocimiento sobre el proceso de cambio vivido en talleres de estas características.

Debido al creciente interés en la temática de la autocompasión, resulta relevante indagar sobre sus efectos en otras poblaciones, como por ejemplo en personas que trabajen o tengan a cargo el cuidado de otras personas, y que estén expuestas a sobrecarga laboral y estén expuestas a los efectos del burnout, por ejemplo, investigar cuál es el efecto de las prácticas de mindfulness y autocompasión en profesionales y personal del ámbito de la salud, la educación y los servicios públicos, tales como médicos, enfermeras, asistentes sociales, docentes, psicólogos, etc.

Otras poblaciones relevantes, y con quienes aún está pendiente investigar los efectos de la autocompasión son con niños, adolescentes, hombres y familias.

# Referencias

- Adams, C., & Leary, M. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social & Clinical Psychology, 26*, 1120–1144. doi:10.1521/jscp.2007.26.10.1120.
- Alvarado, R., Vega, J., Sanhueza, G., & Muñoz, M.G. (2005). Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública, 18*, 278-286.
- Allen, A., & Leary, M. (2010). Self-Compassion, Stress, and Coping. *Social and Personality Psychology Compass, 4*, 2, 107-118.
- Araya, C. (2010). *El mayor avance es detenerse, mindfulness en lo cotidiano*. Santiago: Mago Editores.
- Armstrong, K. (28 de febrero del 2008) Charter for compassion. Recuperado de <http://www.charterforcompassion.org/>
- Baer, R. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance based treatments. En R. Baer & R. Baer (Eds.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*. (pp.135-153). Oakland, CA New Harbinger Publications.
- Baer, R., Peters, J., & Lykins, E. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched no meditators. *Journal of Positive Psychology, 7* (3), 230-238.
- Balslev, A., & Evers, D. (2011). *Compassion in the world's religions: Envisioning human solidarity*. Berlin: Lit Verlag.
- Barnard, L., & Curry, J. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15* (4), 289-303.

- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen
- Beck, A., Brown, G., Epstein, N., & Steer, T. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.
- Beck, A., & Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Biglan A (1989). *A contextual approach to the clinical treatment of parental distress*. In GHS Singer & LK Irvin (Eds.), *Support for caregiving families: enabling positive adaptation to disability* (pp. 299-311). Baltimore, MD: Brookes.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 3, 230-241.
- Black, D. (2015). American Mindfulness Research Association-AMRA-Data base. Extraído de: <https://goamra.org/resources/>
- Blatt, S. (1995). Representational structure in psychopathology. En D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition and representation*, Vol.6 (pp.1-34). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Block, J. (2003). Acceptance or change of private experiences: A comparative analysis in college student with public speaking anxiety. *Dissertation Abstract International*, *63* (09) 4361
- Bodhi, B (2013). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. En Williams, J. M. G., & Kabat-Zinn, J. (Eds.) *Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins and applications*. London, England: Routledge.

- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B...Marlatt, G.A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 343-347
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*.30, 205-305.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, G., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014) Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized *JAMA Psychiatry*, 71, 5, 547-56.
- Brady J., Laidig, J., Guy, J., & Norcross, J. (1999) *Managing your own distress: Lessons from psychotherapists healing themselves*. Sarasota. Florida: Professional Resource Press.
- Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology* 52, 199–214.
- Breine, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-1143.
- Brentano, F. (1995). *Psychology from an empirical standpoint*. London: Routledge.
- Brito, G. (2014). Cultivating healthy minds and open hearts: A mixed-method controlled study on the psychological and relational effects of compassion cultivation training in Chile (Tesis de Doctorado) Sofía University.

- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Burgess, S., Propper, C., & Wilson, D. (2005). *Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence*. London: Centre for Economic Policy Research.
- Cacioppo, J., Berntson, G., Bechara, A., Tranel, D., & Hawkey, L. (2011). Could an aging brain contribute to subjective wellbeing? The value added by a social neuroscience perspective. In A. Todorov, S. T. Fiske, & D. Prentice (Eds.), *Social Neuroscience: Toward Understanding the Underpinnings of the Social Mind* (pp. 249-262). New York: Oxford University Press.
- Carrascoso, F. (2000). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in panic disorder with agoraphobia: A case study. *Psychology in Spain*, 4, 120-128.
- Carlson, J. & Segal, Z. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. APA psychotherapy videos Series VI, Spirituality [Video]. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Carlson, K., Silva, S., Langley, J., & Johnson, C. (2013). Mindful-Veteran: The implementation of a brief stress reduction course. *Complement The Clin Pract*, 19(2), 89-96.
- Carter, O., Presti, D., Callistemon, C., Ungerer, Y., Liu, G., & Pettigrew, J. (2005). Meditation alters perceptual rivalry in Tibetan Buddhist monks. *Current Biology: Cb*, 15, 11, 412-3.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: Norton.

- Chiesa A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593
- Chiesa A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441.
- Dalrymple, K & Herbert, J. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder. *Behavior Modification*, 31, 543-568.
- Davidson, R. (2015). Affective chronometry has come of age. *Emotion Review*, 7(4), 368-370.
- Davidson, R., & Kaszniak, A. (2015). Conceptual and Methodological Issues in Research on Mindfulness and Meditation. *American Psychologist*, 70, 7, 581-592.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Davidson, R., Coe, C., Dolski, I., & Donzella, B. (1999). Individual differences in prefrontal activation a symmetry predict natural killer cell activity at rest and in response to challenge. *Brain, Behavior, and Immunity*, 13, 93-108.
- Davidson, R. (2004). Well-being and affective style: neural substrates and biobehavioural correlates. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 359, 1449, 1395-1411.
- Dalai Lama. (2002). *El arte de la compasión, la práctica de la sabiduría en la vida diaria*. Barcelona: Grijalbo.
- Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (1997). *Managing your drug or alcohol problem-- therapist guide*. San Antonio: Psychological Corp.
- Deci, E., & Ryan, R. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M.H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency and self-esteem* (pp. 31-49). New York: Plenum Press.

- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., & Vera, M. N. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training program based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 1-10.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jimenez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Dougher, M. & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst*, 17, 321-334
- Eifert, G., Forsyth, J., Arch, J., Espejo, E., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368-385.
- Fagan & Shepard. (1989). *La teoría Paradójica del Cambio, Teoría y Técnica de la psicoterapia Gestáltica*, Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Fehr, B., Sprecher, S., & Underwood, L. (2009). *The science of compassionate love: Theory, research, and applications*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Fjorback, L., Arendt, M., Ornbøl, E., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy- a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2):102
- Forman, E., Hoffman, K., McGrath, K., Herbert, D., Brandsma, L., & Lowe, M. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: an analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2372-2386
- Fredrickson, B., Coffey, K., Pek, J., Cohn, M., & Finkel, S. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045–1062. doi:10.1037/a0013262



- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M.-J., & Gallacher, J. (2014). Effect of kindness-based meditation on health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 6, 1101-1114.
- Gard, T., Hölzel, B., & Lazar, S. (2014). The potential effects of meditation on age-related cognitive decline: a systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307, 1, 89-103.
- Garland, E., Gaylord, S., & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore*, 5 (1), 37-44.
- Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness: Libérate de los pensamientos y las emociones autodestructivas*. Madrid: Paidós.
- Germer, C., & Neff, K. (2013) *The Mindful Self Compassion training program*. En Singer, T., & Bolz, M. (2013). *Compassion: Bridging practice in Science*. (pp. 364-394) Munich: Max Planck Society.
- Germer, C., & Neff, K. (2015). *Cultivating self-compassion in trauma survivors*. In V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, D. I. Rome, V. M. Follette,... D. I. Rome (Eds.) *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (pp. 43-58). New York, NY, US: Guilford Press.
- Germer, C., & Siegel, R. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy: deepening mindfulness in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Germer, C., Siegel, R., & Fulton, P. (2013). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London; New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland, Calif: New Harbinger Publications.

- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2012). *Compassion focused therapy*. In W. Dryden (Ed.), *Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 140–165). London, UK: Sage.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 1, 6-41.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516.
- Gilbert, P., & Choden (2013) *Mindful Compassion*. Robinson: London.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Gillath, R., Shaver, O. & Mikulincer, M. (2005). *An attachment-theoretical approach to compassion and altruism*. En Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. (pp. 121-147). London: Routledge.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine De Gruyter.
- Goetz, J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull*, 136 (3): 351-374. doi: 10.1037/a0018807
- Goleman, D. (2003). *Emociones destructivas: Un dialogo científico con el Dalai-Lama*. Buenos Aires: Vergara.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 8 (4), 500.
- Hanh, T. (1976/2007). *El Milagros de mindfulness*. Barcelona: Oniro.

- Hanh, T. (1998). *Interbeing: Fourteen guidelines for engaged Buddhism*. Berkeley, Calif: Parallax Press.
- Hanh, T. (2000). *El corazón de las enseñanzas de Buda: el arte de transformar el sufrimiento en paz, alegría y liberación*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Hanh, T. N. (2002). *La ira: el dominio del fuego interior*. Barcelona: Ediciones Oniro.
- Hanh, T. N. (2004). *Construir la paz*. Barcelona: RBA.
- Hanh, T. N. (2009). *Beyond the Self Teachings on the Middle Way*. Berkeley: Parallax Press.
- Hayes, S. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1, 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heffner, M., Eifert, G., Parker, B., Hernández, D., & Sperry, J. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-38.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G., & Detweiler, M (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.
- Heidegger, M. (1926/1998). *Ser y tiempo*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Hirsch, H. (2006). *Seminario sobre Estética de las conversaciones difíciles*. Universidad Adolfo Ibáñez-CAPSIS.

- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 2, 169-183.
- Holahan, C. & Moss, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(5)946-955.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences, 50*, 222-227.
- Hölzel, B., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., & Vaitl, D. (2008). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 3*, 1, 55-61.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*, 6, 537-559.
- Husserl, E. (1976). *Investigaciones lógicas*. Madrid: Revista de Occidente.
- Hutcherson, C., Seppala, E., & Gross, J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion, 8*, 5, 720-4.
- James, W. (1890/1981). *The principles of psychology*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J., Gross, J., & Goldin, P. (2013). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion, 38*, 1, 23-35.

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 1, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*; 2003; Vol 8 (2); 73-107.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation for everyday life*. London: Piatkus.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163–190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). 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*, 3, 1, 60.
- Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 333–352
- Kabat-Zinn, J., Chapman, A., & Salmon, P. (1997). The relationship of cognitive and somatic components of anxiety to patient preference for alternative relaxation techniques. *Mind/Body Medicine*, 2, 101–109.

- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943
- Kashdn, T., & Ciarrochi, J. (2014). *Mindfulness, aceptación y psicología positiva: Las siete bases del bienestar*. Barcelona: Ediciones Obelisco.
- Kim, J.-W., Kim, S.-E., Kim, J.-J., Jeong, B., Park, C... Son, A., Song, J... Ki, S. (2009). Compassionate attitude towards others' suffering activates the mesolimbic neural system. *Neuropsychologia*, 47, 10, 2073-2081.
- Klimecki, O., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. Oxford University Press.
- Klimecki, O., Ricard, M., & Singer, T. (2013). Empathy versus Compassion, lessons from 1es and 3er person methods. En Singer, T., & Bolz, M. (2013). *Compassion: Bridging practice in Science*. (pp. 464-484) Munich: Max Planck Society.
- Klimecki, O. & Singer, T. (2012). Empathic Distress Fatigue Rather Than Compassion Fatigue? Integrating Findings from Empathy Research in Psychology and Social Neuroscience. In B. Oakley, A., Knato, G., Madhavan, & Wilson, D. (eds.) *Pathological altruism* (pp.368-383). New York: Oxford University Press.
- Kocovski, N, Fleming, J, & Rector, N. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 276-289.
- Koons, C., Robins, C., & Tweed, J. (2001) Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther.* 32:371–90.
- Kornfield, J. (2008). *The wise heart: a guide to the universal teachings of Buddhist psychology*. New York: Bantam Books.

- Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., Gray, J., Greve, D., Treadway, M., McGarvey, M... Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16, 17, 1893-7.
- Leary, M., Tate, E., Adams, C., Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant event: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Leiberg, S., Klimecki, O., & Singer, T. (2011). Short-Term Compassion Training Increases Prosocial Behavior in a Newly Developed Prosocial Game. Public Library of Science.
- Levitt, J., Brown, T., Orsillo, S. & Barlow, D. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747-766.
- Linehan, M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, New York.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 12, 1060-4.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 7, 757-66.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 4, 279-292.

- Longe, O., Maratos, F., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49, 2, 1849-1856.
- Luciano, C. & Cabello, F. (2001). Trastorno por duelo y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 339-424.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, Evitación Experiencial, y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 333-372.
- Luciano, C. & Gutiérrez, O. (2001). Ansiedad y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 373-398.
- Luders, E., Toga, A. W., Lepore, N., & Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: Larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *Neuroimagen*, 45, 3, 672-678.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, R., & Baune, B. (2008). Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *Plos One*, 3, (3): e1897. doi: 10.1371/journal.pone.0001897
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Magnus, C., Kowalski, K., & McHugh, T. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9, 363-382. doi:10.1080/ 15298860903135073



- Marin, M., Stagers, S. & Anderson, C. (2011). The relationship between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency and self-compassion. *Communication Research Reports*, 28, 275-280.
- Marlatt, G., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2008) Prevención de la Recaída Basada en Mindfulness para el Tratamiento de las Adicciones. En Hick, S., & Bien, T. (Eds.). *Mindfulness y psicoterapia*. (pp.159-179) Barcelona: Kairós.
- MNSAL (2007). Segundo Estudio de Calidad de Vida y Salud Mental. Ministerio de Salud de Chile.
- MINSAL (2010). Encuesta Nacional de Salud ENS 2009.2010. Ministerio de Salud de Chile.
- Montesinos, F. (2003). ACT, orientación sexual y disfunción eréctil. Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 503-524.
- Morón, R. (2005). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso a un caso de crisis de angustia con agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 470-498.
- Muñoz, G., Quezada, A., Sanhueza, J. & Cruz, C. (14 de abril del 2008). Resultados preliminares de estudio de Estrés y Felicidad en Chile. UAI. Extraído de [http://www.uai.cl/prontus\\_newsletter/site/artic/20080728/pags/20080728163411.htm](http://www.uai.cl/prontus_newsletter/site/artic/20080728/pags/20080728163411.htm)
- 1
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college student's well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97.
- Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2 (3), 223-250.

- Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.
- Neff K. (2012). The Science of self-compassion. In C. G. R. Siegel (Ed.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Neff, K. & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing, and happiness. *Psychologie in Österreich*, 114-117.
- Neff, K., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287. <http://dx.doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Neff, K., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41 (1), 139-154.
- Neff, K., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12, 160–176. doi:10.1080/15298868.2011.649546
- Neff, K., & Tirch, D. (2014) La autocompasión y la ACT. En Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J (Eds.) *Mindfulness, aceptación y psicología positiva: Las siete bases del bienestar (pp.101-133)*. Barcelona: Obelisco.
- Niemiec, R. (2014). *Mindfulness and character strengths: A practical guide to flourishing*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 4, 569-582.

- Nyklicek, I., Son, J., & Van, Pouwer (2010). Two recently published meta-analyses on the effectiveness of mindfulness-based interventions: What should the reader make of it? *Journal of Psychosomatic Research* Vol.69 (6), 613-614.
- Ojeda, C., Silva, H., Cabrera, J., Tchimino, C, De La Carrera, C., & Molina, A. (2003). Validez interna y concurrente de una escala breve auto-administrada de siete ítems para la depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton: estudio preliminar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 41, 31-38.
- Ossman, W., Wilson, K., Storaasli, R., & McNeill, J. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in group treatment for Social Phobia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 397-416.
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 3, 296-321.
- Peterson, B., Eifert, G., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430-442.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6):1032.
- Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 2, 116-143.
- Ramaswamy, T. (2006). *Your God My God: Journey of the Quivering Heart*. Philadelphia: Xlibris.
- Real Academia Española de la Lengua (08 de julio de 2013). Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición [versión on-line]. Extraído de: <http://lema.rae.es/drae/?val=autocompasi%C3%B3n>

- Rein, M. Atkinson, R. & McCraty, G. (1995). The physiological and psychological effects of compassion and anger. *Journal of advancement in medicine*, 8, 2. 87-105.
- Reyes, D. (2012). Self-compassion: a concept analysis. *Journal of holistic nursing. Official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30 (2), 81-89.
- Rockcliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Roemer, L. & Orsillo, S. (2007). An open trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Ryff, C. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Salmon, P., Santorelli, S. F., & Kabat-Zinn, J. (1998). Intervention elements promoting high adherence to mindfulness based stress reduction programs in the clinical behavioral medicine setting. In S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockene, & W. L. McBee (Eds.), *Handbook of health behavior change* (2nd ed., pp. 239–266). New York: Springer.
- Salzberg, S. (1997). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Boston: Shambala.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M., & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 37-51.
- Sanz, J., & Navarro, M. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 91, 59-84.

Sbarra, D., Smith, H., & Mehl, M. (2012). When leaving your ex, love yourself: observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23, 3, 261-9.

Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 2, 223-234.

Schmidt, C., & Vinet, E. (2015) Atención plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica* 33(2)93-101.

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002/2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Segú, C., Brito, G., Araya, C. (2014) *Reflexiones y prácticas para cultivar mindfulness en la vida diaria*. Santiago: J.C. Sáez Editor.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (29 de abril de 2013). Positive psychology an introduction. Recuperado de: <http://psych.upenn.edu/seligman/apintro.htm>Mindfulness.

Serebrinsky, H. (2012). *Psicoterapia de grupo*. Ajayu, 10, 2, 132-155.

Shapira, L., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *Journal of Positive Psychology*, 5, 5, 377-389.

Shapiro, S., & Carlson, L. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 3, 373-86.

- Siegel, D. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton.
- Singer, T., & Bolz, M. (2013). *Compassion: Bridging practice in Science*. Munich: Max Planck Society.
- Singer, T., & Klimecki, O. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24, 18. 875-8.
- Singer, T., & Ricard, M. (2015). *Economía solidaria: Conversaciones con el Dalai Lama sobre el altruismo y la compasión*. Barcelona: Kairós.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología, *Revista de Psicoterapia*, XVII (66-67): 5-30.
- Simón, V. (2015). *La compasión: el corazón del mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial
- Simón, V., & Germer, C. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona: Sello editorial.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá: Contus.
- Tang, Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., Yu, Q... Posner, M. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 43, 17152-6.
- Tapia, D., Cruz, C., Gallardo, I., & Dasso, M. (2007). Adaptación de la escala de percepción global de estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, 24 (2), 109-119.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, M., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4, 615-623.
- Thompson, E., & Varela, F. J. (2001). Radical embodiment: neural dynamics and consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 10, 418-425.

- Triet, R. (2001). Le Zen, voie de compassion. *Bulletin de L'Association Zen Internationale*, 84, 2-5.
- Twohig, M, Hayes, S., & Masuda, A. (2006). Increasing willigness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13.
- Vallejo, M. (2006). Mindfulness. *Papeles del psicólogo*, 27, 92-99.
- Van den Bosch, L., Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R & Van den Brink, W. (2005) Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 43(9):1231-41
- Varela, F. (1996). *Ética y acción*. Santiago de Chile: Dolmen.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1997). *De cuerpo presente: Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Vásquez, A., & Manassero, M. (1997). Una evaluación de las actitudes relacionadas con la ciencia. *Enseñanza de las Ciencias*, 15 (2), 199-213.
- Vázquez, F. (1997). *Objetivos y medios en la investigación psicosocial*. Barcelona: Unidad de Psicología Social.
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis Psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en Población Chilena. *Terapia psicológica*. 29 (1), 127-133.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L, Koeter, M., De Ridder, M, Stijnen, & Van Den Brink, W. (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. *J Psychiatry*; 182():135-40.
- Wagner, A., Rizvi, S., & Harned, M. (2007). Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 4, 391-400.

- Wallace, A. (1999). The Buddhist tradition of Samatha: Methods for refining and examining consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 6, 175-188.
- Wallace, A., & Shapiro, S. (2006). Mental Balance and Well-Being: Building Bridges between Buddhism and Western Psychology. *The American Psychologist*, 61 (7) 690–701.
- Watson, D., Clark, L & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1985). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Wren, A., Somers, T., Wright, M., Goetz, M., Leary, M., Fras, A., Huh, B., Rogers, L., & Keefe, F. (2012). Self-Compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43 (4), 759-770.
- Yarnell, L, Stafford, R., Neff, K., Reilly, E., Knox, M., & Mullarkey, M. (2015). Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self and Identity*, 14, 5, 499-520.
- Zaldívar, F. & Hernández, M. (2001). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Aplicación a un trastorno de evitación experiencial con topografía agorafóbica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 425-454.
- Zettle, R, Rains, J., & Hayes. S. (2011). Processes of change in Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains (1989). *Behaviour Modification*, 35, 3, 265-28.



# Anexos

- Anexo N°1 Carta de aprobación de comité de ética.
- Anexo N°2 Carta de consentimiento informado.
- Anexo N°3 Preguntas directrices entrevista post-taller y seguimiento.
- Anexo N°4 Instrucciones y escalas utilizadas en el estudio.
- 8.1. Five facet mindfulness questionnaire (Baer, 2008; Schmidt y Vinet, 2015).
  - 8.2. Escala de autocompasión (Neff, 2003).
  - 8.3. Positive and negative scale (Watson et al 1998; Sandin et al., 1999).
  - 8.4. Inventario de ansiedad de Beck (Beck et al., 1988).
  - 8.5. Inventario de depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961).
  - 8.6. Escala de percepción de estado Global (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Tapia et al., 2007).
  - 8.7. Escala de bienestar psicológico (Ryff, 1989; Díaz et al., 2006).
  - 8.8. Escala de felicidad subjetiva (Lyubomirsky & Lepper, 1999)
- Anexo N°5 Resumen actividades taller mindfulness y autocompasión.
- Anexo N°6 Resumen y pauta de tareas para la semana (sesión a sesión).
- Anexo N°7 Ejemplo guión temático sesiones taller mindfulness y autocompasión.
- Anexo N°8 Ejemplo de entrevista transcrita y codificada.
- Anexo N°9 Codificación cualitativa descripción abierta.
- Anexo N°10 Figuras de Interacción de las variables evaluadas en ANOVA MIXTO
- Anexo N°11 Tabla con resultados ANOVA MIXTO con sub-escalas

## Anexo N°1 Carta de Aprobación de Comité de ética



### **PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES / ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Santiago, 22 de octubre de 2013

Señor

Claudio Araya

Presente

Estimado Claudio:

El Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia

Universidad Católica de Chile, conformado por los académicos María Rosa Lissi, Chamarrita Farkas, Cristian Berger, Pablo de Tezanos y Eugenio Rodríguez, ha revisado en detalle los antecedentes requeridos del proyecto "Mindfulness & Autocompasión: Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en mujeres con síntomas de estrés y ansiedad que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial" proyecto de tesis del doctorante Sr Claudio Araya Veliz.

Tras haber revisado el proyecto en profundidad, declaramos que el protocolo del mismo se ajusta a los criterios de bioética y ética de investigación científica vigente en FONDECYT en relación a los requerimientos de estudios con humanos y a la Ley N°20120. Adicionalmente, damos constancia de que el investigador responsable ha considerado detenidamente las dimensiones éticas de su proyecto y ha generado una reflexión acerca de cómo asumir responsablemente las potenciales consecuencias de su trabajo de investigación. A continuación, se señalan las principales razones en que se basa esta certificación.

En primer lugar, la relevancia de este proyecto radica en su eventual contribución a la evaluación de las potencialidades de los programas de entrenamiento en mindfulness y de autocompasión, ambos conceptos muestran grandes posibilidades en el mejoramiento de la salud mental.

En segundo lugar, respecto de la evaluación de riesgos y beneficios para los participantes del estudio, cabe indicar que el investigador no ha previsto riesgos para los participantes, y en cualquier caso los participantes ya están en un medio protegido de atención mental. También los participantes sabrán que pueden rechazar participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones. El estudio debería tener efectos positivos en la salud mental de las participantes, lo cual puede considerarse un beneficio directo.

En tercer lugar, respecto de la protección de los participantes, las cartas de consentimiento son adecuadas para asegurar la libertad de participación y de abandonar el estudio sin ningún perjuicio, garantizando la comprensión de la finalidad general de la investigación, así como resguardando la confidencialidad de la información obtenida. Estas cartas incluyen información de contacto tanto del investigador responsable como del Comité de Ética para consultar sobre sus derechos. Es importante señalar que el investigador ha fundamentado adecuadamente los procedimientos que le permitirían resguardar la confidencialidad de toda la información obtenida.

Sin otro particular, se despide cordialmente,

  
**Maria Rosa Lissi**  
Secretaria Ejecutiva



Pontificia Universidad Católica de Chile

Comité de Ética  
Escuela de Psicología

CC. Sr. Diego Cosmelli, Subdirector de Investigación y Postgrado. Archivo Comité de Ética EPUC.

AV. VICUÑA MACKENNA 4860 - MACUL - TELÉFONOS (56-2) 23545980 - 23544636 - 23544639 - 23544631 - 23544840 - 23544844 - 23544846 [www.psicologia.uc.cl](http://www.psicologia.uc.cl)

## Anexo N°2 Carta de Consentimiento informado.



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### *Mindfulness & Autocompasión: Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en Mindfulness y Autocompasión*

Claudio Araya Véliz (Investigador responsable)

Doctorado en Investigación en Psicoterapia

Universidad de Chile- Pontificia Universidad Católica de Chile

Usted ha sido invitado a participar en el estudio Mindfulness & Autocompasión: Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en Mindfulness y Autocompasión a cargo del investigador Claudio Araya Véliz, doctorante de la Universidad de Chile y la Pontificia Universidad Católica 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 significados asociados al bienestar y los efectos de un programa de entrenamiento de bienestar y manejo del estrés basado en mindfulness y autocompasión.

#### **¿En qué consiste su participación?**

Se les invita a participar en el taller de cultivo del bienestar y manejo del estrés basado en Mindfulness y Autocompasión, que se realizarán en el COSAM de Pudahuel.

#### **¿Cuánto durará su participación?**

Su participación consistirá en participar en el taller y se le pedirá que pueda contestar algunos cuestionarios y participar en 1 entrevista.

Respecto al taller, este tendrá sesiones semanales de 2 horas de duración durante 8 semanas (2 meses).

Respecto a los cuestionarios y entrevista. Se le solicitará que pueda contestar un conjunto de cuestionarios (Al iniciar el taller, durante y tras terminado este) y también que podamos hacerle una entrevista luego de concluido el taller.

### **¿Qué riesgos corre al participar?**

En términos generales, la participación en el taller no implica mayores riesgos. En caso de generarse alguna dificultad con alguna actividad o tarea realizada en el taller, usted podrá recurrir en cualquier momento a quien dirige el taller o a cualquier profesional del COSAM de Pudahuel. Además, se han generado el contacto para que mientras esté participando en el taller cuente con apoyo psicoterapéutico requerido individual (y que cuente con el apoyo de un psiquiatra en caso de ser requerido)

### **¿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 autocompasión por su parte está mostrando ser un aporte a la disminución de los síntomas de estrés y ansiedad, junto con un incremento en el bienestar subjetivo.

### **¿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. Los antecedentes recopilados serán guardados por el equipo de investigación en una carpeta con clave, a la cual sólo podrán tener acceso los investigadores.

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

Usted **NO** está obligado de ninguna manera a participar en este estudio. Si accede a participar, puede dejar de hacerlo en cualquier momento sin repercusión alguna.

### **¿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 Araya Véliz. Su teléfono es el 8-4025893 y su email es carayav@uc.cl. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar al Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile al siguiente email: [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.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 investigador)	

## **Anexo N°3. Preguntas directrices entrevista post-taller y seguimiento.**

### **3.1 Preguntas directrices post-taller**

- ¿Cómo se relacionan las mujeres consigo mismas? ¿Se distingue un cambio en la relación que las participantes tienen consigo misma, después de participar en un taller de mindfulness y autocompasión? ¿En qué aspectos se reconoce un cambio?
- ¿Cómo ocurre un cambio en la relación consigo mismas a partir de un taller de mindfulness y autocompasión? ¿Qué y cómo cambia?
- ¿Cómo se modifica la relación con los demás a partir de un taller de mindfulness y autocompasión? ¿En qué aspectos se modifica la relación con otros?
- ¿Cómo se ha visto influido el grado de bienestar en las participantes del taller de mindfulness y autocompasión? ¿Qué aspectos del bienestar de las participantes cambian?
- ¿Se modifica cualitativamente la experiencia de las participantes tras participar en el taller de mindfulness y autocompasión? ¿Cómo? ¿En qué aspectos?

### **3.2 Preguntas directrices de seguimiento**

- ¿Cómo considera que se relaciona consigo mismas, luego de 6 meses de haber concluido el taller? ¿Se distingue un cambio en la relación que tiene consigo misma, luego de participar en un taller de mindfulness y auto-compasión? ¿En qué aspectos reconoce un cambio? (Si lo hubiera)
- ¿Qué cosas del taller siguen siendo significativas para usted?
- ¿Qué prácticas del taller recuerda? ¿Qué le ha ayudado a mantener la práctica? (Si mantiene la práctica) ¿cuáles han sido los principales obstáculos para mantener la práctica?
- ¿De qué manera su vida se vio influida por el taller? (consigo misma, con los demás)
- ¿Cómo ocurre un cambio en la relación consigo mismas a partir del taller? ¿Qué y cómo cambia? (Si es que hubo cambio).
- ¿Cómo se modifica la relación con los demás a partir de su participación en el taller de mindfulness y auto-compasión?

- ¿Cómo se ha visto influido el grado de bienestar en las participantes del taller de mindfulness y autocompasión? ¿Qué aspectos del bienestar de los pacientes ha cambiado y/o se ha mantenido?
- ¿Se modificó cualitativamente la experiencia de las participantes tras su participar en el taller de mindfulness y auto-compasión? ¿Cómo? ¿En qué aspectos hubo cambios? ¿En qué aspectos no hubo cambios?



## Anexo N°4 Instrucciones y escalas utilizadas en el estudio

### INSTRUCCIONES

Muchas gracias por su tiempo y por participar en este estudio.

A continuación, se presentan un conjunto de preguntas, en la cual usted debe contestar **todas las preguntas**, 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 Araya Véliz (carayav@uc.cl).

Antes de contestar las escalas, le pediremos que responda algunos antecedentes personales.

Al inicio de cada escala se indicará el modo de responder.

No hay un límite pre-determinado de tiempo para responder, y se le solicita hacerlo honestamente, de acuerdo a su criterio. Sus respuestas serán **anónimas y confidenciales**.

#### Antecedentes:

Nombre: \_\_\_\_\_

Género: M\_\_\_ F\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: (Marque con una X)

Enseñanza Básica incompleta\_\_\_\_\_

Enseñanza Básica completa\_\_\_\_\_

Enseñanza Media incompleta\_\_\_\_\_

Enseñanza Media completa\_\_\_\_\_

Enseñanza técnica incompleta\_\_\_\_\_

Enseñanza técnica completa\_\_\_\_\_

Enseñanza Universitaria incompleta\_\_\_\_\_  
completa\_\_\_\_\_

Enseñanza                      Universitaria

Estudios de posgrado en curso o incompleta\_\_\_\_\_  
completos\_\_\_\_\_

Estudios                      de                      posgrado

## 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.

1	2	3	4	5
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 de prisa 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 desapruero a mí mismo(a) cuando tengo ideas irracionales.

## EAC

Lea atentamente cada afirmación antes de responder. A la izquierda de cada ítem, indique cuán a menudo usted se comporta de la manera descrita en esa afirmación, utilizando la siguiente escala:

Casi nunca	Ocasionalmente	La mitad de las veces	Muy a menudo	Casi siempre
1	2	3	4	5

- \_\_\_\_\_ 1. Yo desapruero y juzgo mis propias imperfecciones y debilidades.
- \_\_\_\_\_ 2. Cuando me siento desanimado tiendo a obsesionarme y fijarme en todo lo que está mal.
- \_\_\_\_\_ 3. Cuando las cosas van mal para mí, veo las dificultades como parte de la vida que a todos nos toca vivir.
- \_\_\_\_\_ 4. Cuando pienso en mis debilidades, tiendo a sentirme más separado y aislado del resto del mundo.
- \_\_\_\_\_ 5. Intento ser amable conmigo mismo cuando siento emociones dolorosas.
- \_\_\_\_\_ 6. Cuando fallo en algo que es importante para mí, me invade un sentimiento de ser incompetente.
- \_\_\_\_\_ 7. Cuando estoy desanimado y triste, me recuerdo a mí mismo que hay mucha gente en el mundo que se siente como yo.
- \_\_\_\_\_ 8. Cuando las circunstancias son realmente difíciles, tiendo a ser duro conmigo mismo.
- \_\_\_\_\_ 9. Cuando algo me altera trato de mantener mis emociones en equilibrio.
- \_\_\_\_\_ 10. Cuando me siento incompetente de algún modo, trato de recordar que estos sentimientos de incompetencia, son compartidos por la mayoría de las personas.
- \_\_\_\_\_ 11. Soy intolerante e impaciente hacia aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.
- \_\_\_\_\_ 12. Cuando estoy pasando por un período muy difícil, me brindo el cuidado y la ternura que necesito.

Casi nunca	Ocasionalmente	La mitad de las veces	Muy a menudo	Casi siempre
1	2	3	4	5

\_\_\_\_\_ 13. Cuando estoy con el ánimo bajo, tiendo a sentir que los demás probablemente están más felices que yo.

\_\_\_\_\_ 14. Cuando algo doloroso sucede trato de tomar una perspectiva equilibrada de la situación.

\_\_\_\_\_ 15. Trato de ver mis errores como parte de la condición humana.

\_\_\_\_\_ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico a mí mismo/a.

\_\_\_\_\_ 17. Cuando fallo en algo que tiene importancia para mí trato de ver las cosas en perspectiva.

\_\_\_\_\_ 18. Cuando estoy pasando por un momento difícil, tiendo a pensar que para los demás esas cosas son más fáciles.

\_\_\_\_\_ 19. Soy amable conmigo mismo cuando estoy sufriendo.

\_\_\_\_\_ 20. Cuando algo me altera me dejo llevar por mis sentimientos.

\_\_\_\_\_ 21. Puedo ser un poco duro conmigo mismo cuando estoy sufriendo.

\_\_\_\_\_ 22. Cuando me siento deprimido intento relacionarme con mis sentimientos con curiosidad y apertura.

\_\_\_\_\_ 23. Soy tolerante con mis propias imperfecciones y debilidades.

\_\_\_\_\_ 24. Cuando algo doloroso sucede tiendo a ver la situación de forma desproporcionada.

\_\_\_\_\_ 25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.

\_\_\_\_\_ 26. Trato de ser comprensivo y paciente hacia aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

## PANAS

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste con un número (del 1 al 5), indicando hasta qué punto usted suele sentirse **HABITUALMENTE** de la forma que indica cada expresión. Por favor, conteste en el espacio reservado delante de cada descripción.

1	2	3	4	5
Nada o casi nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| _____ 1. Interesado (que muestro interés) | _____ 11. Irritable o malhumorado  |
| _____ 2. Tenso o estresado                | _____ 12. Alerta                   |
| _____ 3. Animado, emocionado              | _____ 13. Avergonzado              |
| _____ 4. Disgustado o molesto             | _____ 14. Inspirado                |
| _____ 5. Enérgico, con vitalidad          | _____ 15. Nervioso                 |
| _____ 6. Culpable                         | _____ 16. Decidido o atrevido      |
| _____ 7. Asustado                         | _____ 17. Atento, esmerado         |
| _____ 8. Enojado, enfadado                | _____ 18. Intranquilo o preocupado |
| _____ 9. Entusiasmado                     | _____ 19. Activo                   |
| _____ 10. Orgullosa (de algo), satisfecho | _____ 20. Temeroso, con miedo      |



## BAI

Responda este cuestionario considerando el grado de malestar que le ha provocado cada síntoma de los expuestos a continuación. Considere como referencia la dificultad DURANTE LOS ULTIMOS 10 DÍAS.

Cuestionario	No, en absoluto 0	Levemente, no me molesta mucho 1	Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo 2	Severamente, casi no podía soportarlo 3
--------------	----------------------	-------------------------------------	---	--

1. Torpe o entumecido.				
2. Acalorado.				
3. Con temblor en las piernas.				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor.				
6. Mareado, o que se le va la cabeza.				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado.				
10. Nervioso.				

11. Con sensación de bloqueo.				
12. Con temblores en las manos.				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores, fríos o calientes				

**BDI-1**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, puede marcarla también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

A	F
0. No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo 3. Ya no puedo soportar esta pena	0. No siento que esté siendo castigado/a 1. Me siento como si fuese a ser castigado/o 2. Siento que me están castigando o que me castigarán 3. Siento que merezco ser castigado/a
B	G
0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal 1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro 2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas 3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio	0. No estoy decepcionado de mí mismo/a. 1. Estoy decepcionado de mí mismo/a. 2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a 3. Me odio, me desprecio
C	H
0. No me considero fracasado/a	0. No creo ser peor que otras personas

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente</li> <li>2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso</li> <li>3. Me siento una persona totalmente fracasada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me critico mucho por mis debilidades y errores</li> <li>2. Continuamente me culpo de todo lo que va mal</li> <li>3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos</li> </ol>
D	I
<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Las cosas me satisfacen tanto como antes</li> <li>1. No disfruto de las cosas tanto como antes</li> <li>2. Ya nada me llena</li> <li>3. Estoy hart/a de todo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No tengo pensamientos de hacerme daño</li> <li>1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo</li> <li>2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera</li> <li>3. Me mataría si pudiera</li> </ol>
E	J
<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me siento culpable</li> <li>1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.</li> <li>2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.</li> <li>3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No lloro más de lo habitual</li> <li>1. Ahora lloro más de lo normal</li> <li>2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo</li> <li>3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera</li> </ol>
K	Q
<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No estoy más irritable que normalmente</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me canso más de lo normal</li> <li>1. Me canso más fácilmente que antes</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes</li> <li>2. Me siento irritado/a todo el tiempo</li> <li>3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Cualquier cosa que hago me cansa</li> <li>3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada</li> </ol>
L	R
<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he perdido el interés por los demás</li> <li>1. Me intereso por la gente menos que antes</li> <li>2. He perdido casi todo mi interés por los demás</li> <li>3. Los demás no me importan en absoluto</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tengo el mismo apetito que siempre</li> <li>1. No tengo tan buen apetito como antes</li> <li>2. Ahora tengo mucho menos apetito</li> <li>3. He perdido totalmente el apetito</li> </ol>
M	S
<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Tomo mis decisiones como siempre</li> <li>1. Estoy inseguro/a de mí mismo/a y evito tomar decisiones</li> <li>2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda</li> <li>3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No he perdido peso últimamente</li> <li>1. He perdido más de 2 kilos</li> <li>2. He perdido más de 5 kilos</li> <li>3. He perdido más de 8 kilos</li> </ol> <p>Estoy bajo dieta para adelgazar:    SI    NO</p>
N	T
<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No me siento con peor aspecto que antes</li> <li>1. Me preocupa que ahora parezco más viejo/a o poco atractivo/a</li> <li>2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No estoy más preocupado/a por mí estado de salud que lo habitual</li> <li>1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento</li> </ol>

<p>3. Creo que tengo un aspecto horrible</p>	<p>2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa</p> <p>3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa</p>										
<p>O</p>	<p>U</p>										
<p>0. Puedo trabajar tan bien como siempre</p> <p>1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo</p> <p>2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo</p> <p>3. Soy incapaz de hacer algún trabajo</p>	<p>0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo</p> <p>1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes</p> <p>2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo</p> <p>3. He perdido todo mi interés por el sexo</p>										
<p>P</p>											
<p>0. Duermo tan bien como siempre</p> <p>1. Me despierto más cansado/a por la mañana</p> <p>2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a</p> <p>3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas</p>	<table border="1" style="border-style: dashed; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Subtotal</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Página 1</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Subtotal</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Página 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Total</td> <td></td> </tr> </table>	Subtotal		Página 1		Subtotal		Página 2		Total	
Subtotal											
Página 1											
Subtotal											
Página 2											
Total											

## EPGE

### INSTRUCCIONES

Estimado/a participante

Las preguntas en este cuestionario se refieren a los sentimientos y pensamientos que has tenido durante el último mes.

**Marca con una “X”** en el casillero aquella opción que exprese mejor tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes. Para cada pregunta coloca solo una opción.

Responde lo más rápido posible.

Muchas gracias.

### EJEMPLO

	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	Frecuentemente	Casi siempre
1. En el último mes ¿Has podido dormir las horas necesarias?					

Marca con una “X” en el casillero aquella opción que exprese mejor tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes. Para cada pregunta coloca solo una opción.

Responde lo más rápido posible.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	Frecuente mente	Casi siempre
1. En el último mes ¿Te has sentido molesto/a a causa de alguna situación inesperada?					
2. En el último mes ¿Te has sentido incapaz de controlar hechos importantes de tu vida?					
3. En el último mes ¿te has sentido continuamente tenso/a?					
4. En el último mes ¿Resolviste de manera exitosa					

las discusiones desagradables de tu vida?					
5. En el último mes ¿Sentiste que enfrentaste exitosamente los cambios importantes que estaban ocurriendo en tu vida?					
6. En el último mes ¿Confiaste en tu capacidad para manejar tus problemas personales?					
7. En el último mes ¿Sentiste que las cosas te estaban resultando como tú querías?					
8. En el último mes ¿Encontraste que no podías resolver todas las situaciones que tenías que enfrentar?					
9. En el último mes ¿Has podido controlar los hechos desagradables de tu vida?					
10. En el último mes ¿Sentiste que estabas colapsado/a con las situaciones que te ocurrieron?					
11. En el último mes ¿Te has sentido molesto/a por situaciones que estaban fuera de tu control?					
12. En el último mes ¿Te has encontrado pensando en las situaciones que tienes que resolver?					
13. En el último mes ¿Has sido capaz de manejar tu tiempo según tus propias necesidades?					
14. En el último mes ¿Sentiste que los problemas se te habían acumulado?					



## EBSR

A continuación, se presentan 29 afirmaciones, por favor marque la alternativa que más se acerque a su experiencia en relación a cada frase, pudiendo estar desde totalmente en desacuerdo (1) a Totalmente de acuerdo (6)

	1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1.- Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas	1	2	3	4	5	6
2.- A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones	1	2	3	4	5	6
3.- No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente	1	2	3	4	5	6
4.- Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida	1	2	3	4	5	6
5.- Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga	1	2	3	4	5	6
6.- Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
7.- En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo	1	2	3	4	5	6
8.- No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
9.- Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
10.- He sido capaz de construir un modo de vida a mi gusto	1	2	3	4	5	6
11.- Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo	1	2	3	4	5	6
12.- Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	1	2	3	4	5	6

- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 13.- Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14.- En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15.- Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16.- Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17.- Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18.- Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19.- Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20.- Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21.- En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22.- He experimentado pocas relaciones cercanas y de confianza                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23.- Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24.- En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25.- Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26.- Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27.- Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28.- Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29.- Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## EFSL

Por favor, conteste cada una de las siguientes preguntas:

1. En general me considero:

Poco feliz        Muy feliz

2. Comparado con la mayoría de mis semejantes, me considero:

Poco feliz        Muy feliz

3. En general, algunas personas son muy felices. Disfrutan de la vida con independencia de lo que les ocurra, gozando al máximo de todo. ¿En qué medida se identifica usted con esta caracterización?

Poco feliz        Muy feliz

4. En general, algunas personas no son muy felices. Sin que estén deprimidas, nunca parecen estar todo lo felices que podrían. ¿En qué medida se identifica usted con esta caracterización?

Poco feliz        Muy feliz

## **Anexo N°5** Resumen de contenido de las sesiones del taller de mindfulness y autocompasión.

### **Sesión 1: Descubriendo que es la autocompasión**

1. Introducción
2. Presentación del programa
3. Preguntas sobre la autocompasión
4. Los 3 subsistemas nerviosos
5. Práctica informal: la mano en el corazón
6. ¿Qué es la autocompasión? ¿Qué no es la autocompasión?
7. Ciencia y autocompasión
8. Práctica informal: la pausa de la autocompasión
9. Práctica: el tacto tranquilizador.

### **Sesión 2: Practicando mindfulness**

1. Meditación: La respiración afectuosa
2. Modo de trabajo en piloto automático
3. ¿Qué es mindfulness? ¿Qué no es mindfulness?
4. Estrés y resistencia
5. Ejercicio: Hielo en la mano.
6. Ejercicio: Contacto con la bondad amorosa
7. Tres habilidades de la meditación mindfulness
8. Práctica Informal: La piedra del aquí y el ahora.

### **Sesión 3: Practicando la bondad---amorosa**

1. Bondad amorosa y compasión
2. Meditación interpersonal
3. Directrices para la práctica. Dificultades para la práctica.
4. Meditación: Bondad---amorosa para principiantes
5. Efecto contracorriente
6. Investigación: Metta cambia el cerebro.

7. Etapas de progresión
8. Discusión grupal.

#### **Sesión 4: Encuentra tu voz compasiva**

1. Meditación: Bondad amorosa y autocompasión
2. Autocrítica vs. Auto-consuelo
3. Ejercicio: Siendo plenamente humano
4. Investigación: Autocompasión vs. Autocrítica
5. Manejando la fatiga de la compasión
6. Frases de ecuanimidad
7. Meditación: tonglen
8. Prácticas para casa: Contacto tranquilizador, mindfulness diario. Encuentra tus propias frases.  
Carta compasiva hacia uno mismo.
9. Discusión grupal y cierre.

#### **Sesión 5: Vivir en profundidad**

1. Meditación centrante
2. Valores nucleares
3. Ejercicio: Descubriendo tus valores nucleares
4. Ejercicio: Establece tus votos
5. Ejercicio: El lado bueno
6. Práctica para Casa: Viviendo conforme a tu voto.

#### **Sesión 6. Manejar las emociones difíciles**

1. Meditación: Bondad amorosa y auto-compasión
2. Manejar las Emociones difíciles
3. Etapas de la aceptación
4. Etiquetando emociones
5. Mindfulness de la emoción en el cuerpo
6. Meditación: Ablanda-Tranquiliza-Permite
7. La Vergüenza: Creencias negativas nucleares

8. Meditación: Trabajar con la vergüenza.

### **Sesión 7: Transformar las relaciones difíciles**

1. La Autocompasión en las relaciones
2. Las Neuronas espejo
3. Ejercicio: Sentimientos blandos tras los sentimientos duros
4. Meditación: Compasión para la persona difícil
5. Práctica Informal: Perdonarse a uno mismo y al otro
6. Práctica Informal: Tiempo fuera de la compasión.

### **Sesión 8: Abrazando tu vida**

1. Meditación: Auto-compasión consciente
2. Cultivando la felicidad
3. Saborear
4. Auto-aprecio
5. Ejercicio: Chocolate amargo y dulce
6. Cierre: ¿Qué vas a llevarte a casa?
9. Meditación de Cierre: Bondad-amorosa para todos los seres.

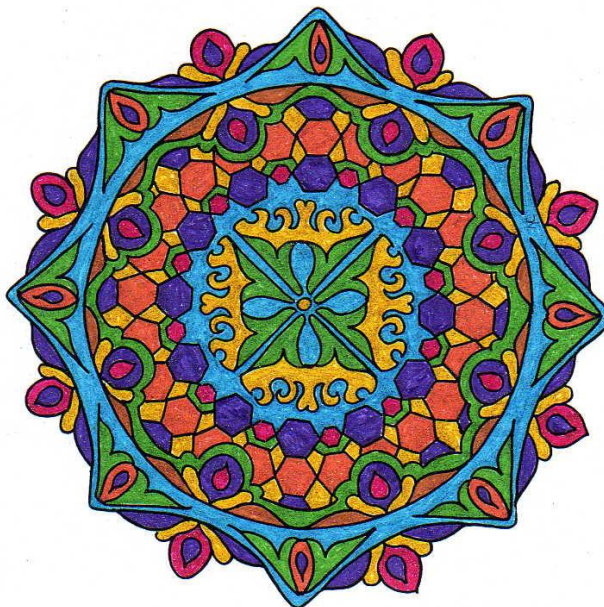


# Taller: Aprendiendo a ser amable conmigo misma

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## RESUMEN SESIÓN N°1



## Descubriendo la Auto-Compasión

**Autocompasión:** *“Profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y de los otros seres vivientes, junto con el deseo y el esfuerzo de aliviarlo”* (Paul Gilbert)

Tres componentes de la Auto-compasión.

### 1- **Auto-bondad** frente a **Auto-juicio**:

- Tratarse con **auto-cuidado** y con **comprensión** en lugar de enjuiciarse duramente
- Calmarse y consolarse activamente

### 2- **Humanidad compartida** frente a **aislamiento**

- Ver la propia experiencia como parte de una experiencia humana más amplia, no aisladora o anormal.
- Reconocer que la vida es imperfecta.

### 3- **Mindfulness** frente a **sobre-identificación**.

- Nos permite **“estar”** con los sentimientos dolorosos tal como son.
- Evita los extremos de suprimir o huir de los sentimientos dolorosos.

## ¿Qué no es Auto-compasión?

- 1- **No es lástima por uno mismo.** La lástima nos sumerge en nuestros propios problemas, nos aísla y desconecta de las personas. La Auto-compasión nos permite ver los problemas con una perspectiva más amplia, considerándolos parte de la existencia humana.
- 2- **No es auto-indulgencia,** la auto-compasión no es dejarse llevar por cualquier impulso para consentirse (como estar todo el día viendo televisión y comiendo helado), sino que es darse amabilidad, reconocer con claridad los propios errores e intentar buscar una solución sin necesidad de ponerse a la defensiva.
- 3- **Es diferente a la autoestima.** La auto-compasión no implica una evaluación a cerca de nosotros mismos, sino la posibilidad de ver con claridad los aspectos positivos y negativos, siendo amables y sin enjuiciarlos.

Recuerda que puedes introducir la Auto-compasión en tu vida por diferentes caminos:



- 1- Físico (Suelta el cuerpo, deja de tensar)
- 2- Mental (Permite que tus pensamientos vayan y vuelvan, dejar de luchar contra ellos)
- 3- Emocional (Hazte amigo de tus sentimientos, deja de resistir a ellos)
- 4- Relacional (Contáctate con los demás, deja de aislarte).

### **Actividad para la semana:**

1. La pausa de la Auto-compasión- Realízala cuando lo consideres necesario, o cuando estés en calma 1 vez al día.

Una forma de adquirir el hábito de la Auto-compasión consciente es practicar de manera informal a lo largo del día cuando te sientas mal, utilizando el lenguaje correspondiente a los tres componentes de la Auto-compasión. Veamos cómo realizarlo.

Trae a tu mente una situación con alguien que te hiciera sentir mal (sólo de forma moderada para que puedas sentir el estrés en tu cuerpo pero sin sentirte sobrepasado por ello). Visualiza ese momento hasta que te haga sentir incómodo.

Ahora, puedes repetirte para ti, lo siguiente:

- Éste es un momento de sufrimiento. (atención plena)
- El sufrimiento es parte de la vida. (humanidad común)

Cuando notes que estas estresado, haz lo siguiente:

- 1- Pon tu mano en el corazón, o trata de abrazarte a ti mismo. Siente el calor de tus manos, la amable presión de tus manos.
- 2- Respira profundamente y nota como el pecho se mueve rítmicamente, subiendo y bajando tus brazos y manos.

Ahora, repite para ti con amabilidad:

- Que yo sea bondadoso conmigo (auto-bondad)
- Que yo me acepte tal como soy

Para esta última fase, en lugar de esas frases, utiliza palabras relacionadas con tu situación particular, como por ejemplo:

- Que yo este a salvo
- Que yo me perdone
- Que yo sea feliz y esté libre de sufrimiento
- Que yo soporte este dolor con firmeza
- Que yo encuentre paz en mi corazón
- Que yo sea fuerte
- Que yo me proteja a mí mismo
- Que yo aprenda a vivir con fluidez y bienestar
- Que yo acepte las circunstancias de mi vida
- Que todos nosotros aprendamos a vivir juntos en paz.

## REGISTRO DE LA TAREA PARA LA SEMANA -SESION 1

<b>Día/Fecha</b>	<b>Práctica</b> <b>(Sí/No)</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Día 1</b>  <b>Fecha:</b>		
<b>Día 2</b>  <b>Fecha:</b>		
<b>Día 3</b>  <b>Fecha:</b>		

<b>Día 4</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 5</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 6</b> <b>Fecha:</b>		

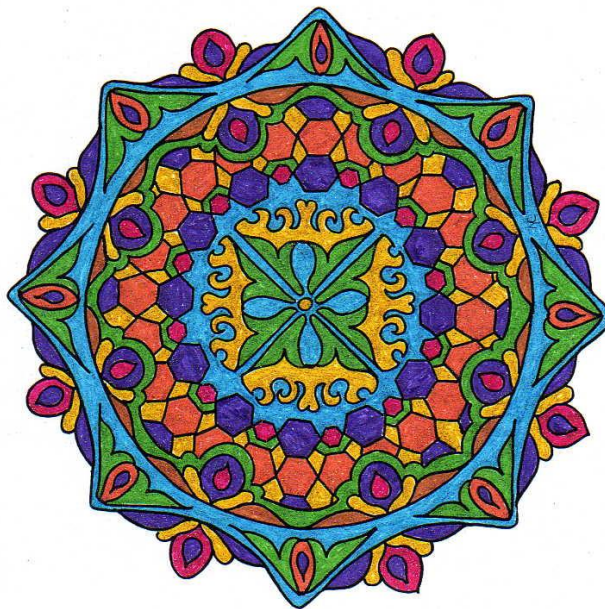


# Taller: Aprendiendo a ser amable contigo misma

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## RESUMEN SESIÓN N°2



## ¿Cómo podemos entender Mindfulness?

Darse cuenta del momento presente con aceptación (Germer, 2005)

Características de la práctica de Mindfulness:

- Es no conceptual
- Centrada en el presente
- Sin juicio
- Intencional
- Observación participante
- No verbal
- Exploratoria
- Liberadora.

El modo en que nos vinculamos con nosotros mismos influye en nuestro bienestar. Podemos adoptar una actitud amable o auto-crítica.

Mindfulness nos invita a cultivar la aceptación profunda por nosotros mismos.

Mindfulness tiene 3 componentes:

1. **Prestar atención de un modo focalizado**
2. **Conciencia abierta**, darme cuenta de lo que ocurre tal cual
3. **Amor compasivo o compasión.**

## ¿Qué no es Mindfulness?

- **No** es una técnica de relajación
- **No** es una técnica de visualización
- **No** es una práctica para lograr un estado mental “especial” o desconectarnos de lo que sentimos, pensamos o de quienes queremos
- **No** es dejar la mente en blanco

### **Tarea para la semana**

Utiliza el CD, sintoniza la pista de Respiración afectuosa (15 minutos) 1 vez al día para 6 de los 7 días de la semana. Realizar una actividad rutinaria con atención plena, de un modo afectuoso y relajado.

### **REGISTRO DE LA TAREA PARA CASA-SESION 2**

<b>Día/Fecha</b>	<b>Práctica (Sí/No)</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Día 1</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 2</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 3</b> <b>Fecha:</b>		

<b>Día 4</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 5</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 6</b> <b>Fecha:</b>		



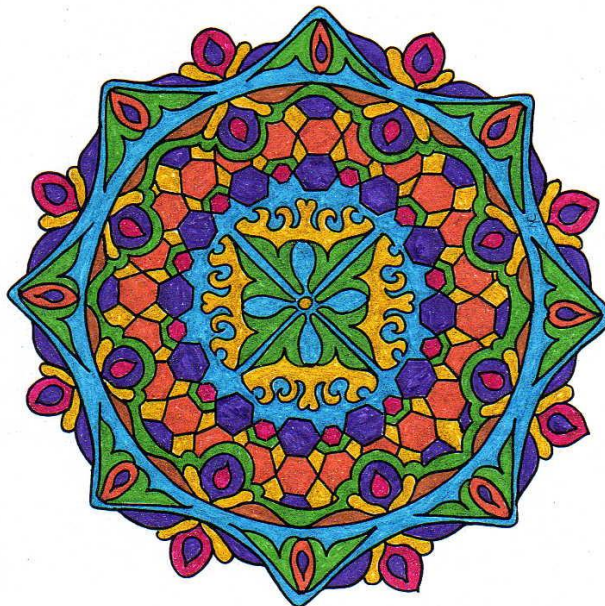


# Taller: Aprendiendo a ser amable contigo misma.

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## RESUMEN SESIÓN N°3



## Sesión 3:

### Practicando la Bondad- Amorosa

- **Amabilidad Afectuosa**: Traducción de la palabra pali, *metta*.
- **Metta**: Amistad, amor, benevolencia y buena voluntad. En su expresión más plena, amor universal, desinteresado y omni-abarcante.

#### ¿Qué es la amabilidad afectuosa o *metta*?

- Se centra en la persona que está sufriendo, activamos el amor y calidez **hacia nosotros mismos**. Podemos ser amables y afectuosos con nosotros mismos.
- Usa las palabras como ancla de la atención, cuando la mente se desvía volvemos a las palabras. Si los sentimientos son intensos, **volvemos a la respiración**.
- *Metta* es como una canción que suena una y otra vez en nuestra mente, conduciendo nuestros pensamientos y sentimientos. Se trata de dirigir nuestras intenciones, de desearnos bondad, y de no manipularnos en cómo nos sentimos en cada momento.
- Con el tiempo, *metta* cambia nuestro diálogo interior desde la autocrítica hasta la auto-bondad.
- La práctica de la compasión hacia uno mismo permite disminuir **el estrés, la ansiedad y mejora la calidad y satisfacción con la vida**.

#### ¿Que no es *metta*?

- **No es ser egoísta**, nos enseña a ser más amable con nosotros mismos.
- **No es generar autosatisfacción**, nos permite aprender del dolor y responder hábilmente a él.
- **No es autoengaño**, pensando que la situación es mejor de lo que es.
- No es sólo un mantra, se trabaja con conexión, intención y emoción.
- **No es un edulcorante** para hacer menos dura la realidad, es abrirse a la experiencia incluida la tragedia, de forma más plena.

- **No es una alegrarnos por el sufrimiento.** Abrirse al dolor a través de la compasión nos permite desengancharnos.
- **No es sólo buenos sentimientos,** es un cultivo de buena voluntad, el deseo universal de ser felices y estar libres de sufrimiento.
- **No es agotador,** es un alivio, no una lucha por controlar la realidad.
- **No es exigente,** está siempre del lado del deseo, no del resultado.

### **Frases de Bondad Amorosa y de Autocompasión**

- Que yo esté a salvo
- Que yo sea feliz
- Que yo tenga salud
- Que me vaya bien en la vida
  
- Que yo esté a salvo
- Que yo sea pacífica
- Que yo sea amable conmigo
- Que pueda aceptarme tal como soy
  
- Que yo esté libre de peligro
- Que yo tenga felicidad mental
- Que yo tenga felicidad física
- Que yo fluya con bienestar
  
- Que yo me sienta protegida y a salvo
- Que yo me sienta contenta y satisfecha
- Que mi cuerpo físico me proporcione fuerza
- Que mi vida se desarrolle con facilidad
  
- Que yo (y todos los seres) nos llenemos de misericordia
- Que yo (y todos los seres) estemos a salvo de los peligros internos y externos

- Que yo (y todos los seres) estemos bien en cuerpo y mente
- Que yo (y todos los seres) estemos libres y felices
  
- Que yo esté tocada por la grandeza y paz natural
- Que yo conozca la alegría natural de estar viva.
- Que mi corazón y mi mente despierten
- Que pueda ser libre.

Recuerda que puedes regresar a estas frases en cualquier momento que desees. También puedes desarrollar tus propias frases de bondad amorosa diciéndote aquellas cosas que necesitas oír.  
¿Qué necesito oír?

*“también hay muchas oportunidades para amar a los demás,  
pero cuando sufrimos dolor,  
debemos saber cómo amarnos a nosotros mismos”.*

*Dalai Lama*

### **Tarea para la semana**

- Realiza 1 vez al día la práctica de la Bondad Amorosa. Para esta tarea apóyate en el audio “práctica de la bondad amorosa”.
- Toma un espacio para ti e intenta encontrar tus propias frases de bondad hacia uno mismo.
  - 1- A lo largo de la próxima semana, trata de encontrar 3 o 4 frases que te resuenen personalmente.
  - 2- Escríbelas y plantéate usarlas lo más a menudo que puedas.
  - 3- Pueden ser utilizadas en tu meditación formal, o simplemente, siempre que sientas que sería útil decírtelas a lo largo del día.
  - 4- Haz que sean auténticas.
  - 5- No busques un resultado específico, ya que no estamos intentando manipular las condiciones de nuestra vida. Estamos aprendiendo simplemente a inclinar nuestros corazones de una forma cálida y amigable hacia nosotros mismos en medio de las dificultades de nuestra vida.
  - 6- Comienza cuanto antes a utilizar estas frases a lo largo de tu vida cotidiana, incluida la meditación formal, según lo necesites.

### **REGISTRO DE LA TAREA PARA LA SEMANA-SESION 4**

<b>Día/Fecha</b>	<b>Práctica (Sí/No)</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Día 1</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 2</b> <b>Fecha:</b>		

<b>Día 3</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 4</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 5</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 6</b> <b>Fecha:</b>		

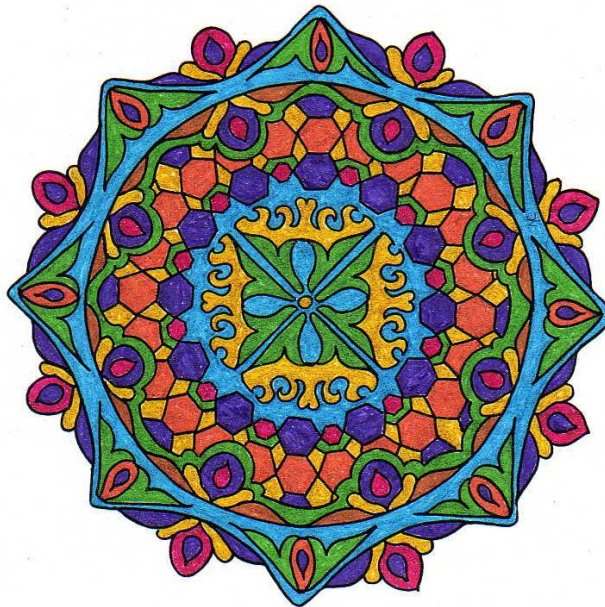


# Taller “Aprendiendo a ser amable contigo misma”

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## **RESUMEN SESIÓN N°4**



## Sesión N° 4:

### Encontrando tu propia voz compasiva

#### ¿Cómo podemos entender la Compasión?

La **Compasión** se produce cuando nos conectamos con el sufrimiento de **otro** (ya sea persona, animal o naturaleza), lo que provoca el deseo de aliviar su sufrimiento.

#### Y... ¿Qué es la Autocompasión?

La **Autocompasión** es cuando estamos sufriendo y sentimos el impulso de ayudarnos a nosotros mismos.

#### ¿Es egoísta la autocompasión?

**NO, la autocompasión no es egoísta**, sin embargo...

Muchas personas se sienten culpables cuando se prestan atención a sí mismas.

Algunos se preocupan porque la autocompasión los haga “egoístas” o “egocéntricos”.

**Lo que realmente ocurre es... lo contrario:** cuanto más sinceros seamos con nosotros mismos, más cercanos nos sentiremos al resto de la vida y hacia los otros. La autocompasión es la base de la amabilidad hacia los demás.

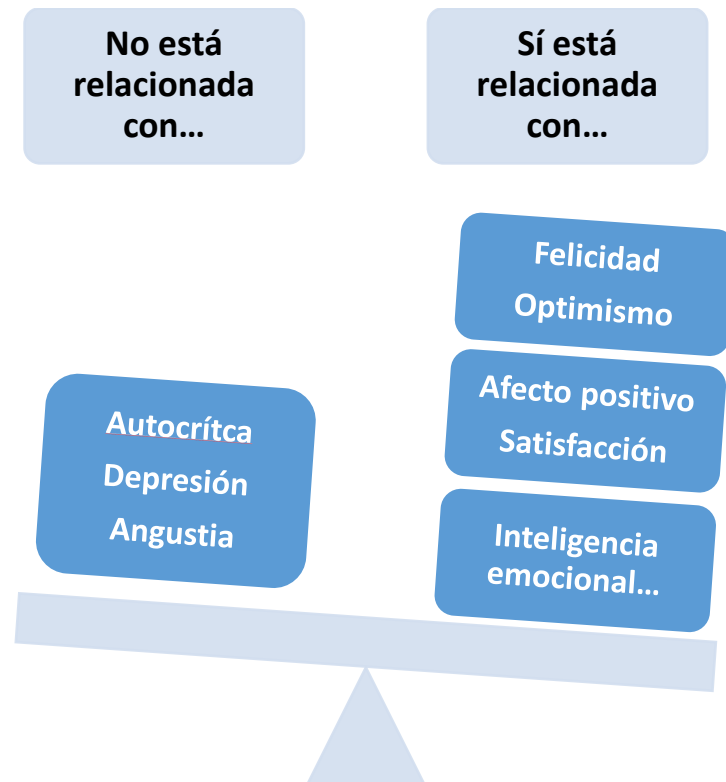
#### Debemos tener claro que...

- La aceptación se centra en el momento presente, en **aquí y ahora**.
- Aceptar nuestros errores no significa que nuestra conducta no pueda o deba cambiar para mejor, podemos ser mejores cada día aceptando nuestras equivocaciones.
- La aceptación plena de nosotros mismos, momento a momento, hará que sea más fácil adaptarnos y cambiar en la dirección en que nos gustaría ir.



**Entonces...**

## **LA AUTOCOMPASIÓN....**



### **Tarea para la semana**

- Carta compasiva hacia ti mismo.  
Lee la carta y hazle algunos cambios, escribe una nueva carta propia.
- Realizar al menos una vez al día la práctica de contacto tranquilizador.
- Mindfulness diario: Realizar una práctica de mindfulness en la vida cotidiana, lavarse los dientes, bañarse, etc., y registrar.

## REGISTRO DE LA TAREA PARA CASA-SESION 4

<b>Día/Fecha</b>	<b>Práctica (Sí/No)</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Día 1</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 2</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 3</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 4</b> <b>Fecha:</b>		

<b>Día 5</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 6</b> <b>Fecha:</b>		

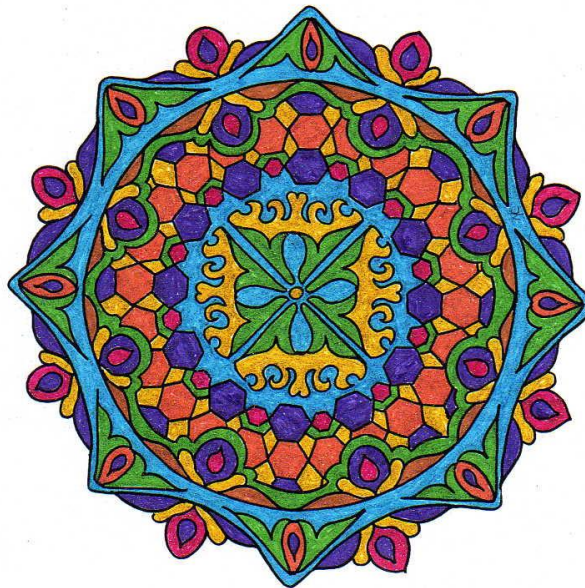


# Taller: “Aprendiendo a ser amable contigo misma”

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## RESUMEN SESIÓN N°5



## Sesión 5:

### Vivir con profundidad

#### ¿Para qué cultivar un sentido de aceptación ante lo que vivimos?

Para que esto sea la base del **cuidado hacia sí mismo**, y así luego intentar realizar cambios si fuera necesario.

#### ¿Qué es la meditación centrante?

Una práctica que permite descubrir aquella palabra o frase de compasión que pueda ser aplicada en **tu situación actual, a ti y en particular**.

#### ¿Por qué necesitamos conocer nuestros valores?

- Para ser verdaderamente compasivos necesitamos conocer nuestros valores y responder a ellos.
- La mayoría del sufrimiento está enclavado en nuestros valores centrales.
- Nosotros no inventamos de la nada nuestros valores, estos se van forjando a lo largo de nuestras vidas.
- Nuestros valores reflejan nuestras elecciones, pensamientos, metas y lo que queremos alcanzar.
- Son una **dirección**, no un destino.

#### Tareas para la semana

- Intenta vivir conforme a tu voto en la vida cotidiana
- Al principio y al final de tu día recuerda tu voto, y repítelo aquí mismo.
- Sé consciente y percibe cualquier cambio acerca de cómo te sientes y cómo conduces tu vida.
- Toma registro de esta experiencia

## REGISTRO DE LA TAREA PARA LA SEMANA-SESION 5

<b>Día/Fecha</b>	<b>Práctica (Sí/No)</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Día 1</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 2</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 3</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 4</b> <b>Fecha:</b>		

<b>Día 5</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 6</b> <b>Fecha:</b>		

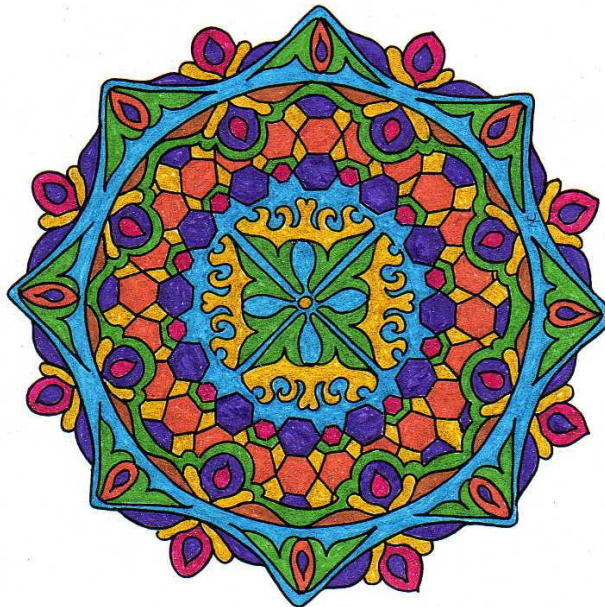


# Taller: Aprendiendo a ser amable contigo misma

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## **RESUMEN SESIÓN N°6**





## Sesión 6:

### Manejando las situaciones difíciles

Las prácticas de atención plena y compasión por nosotros mismos pueden ayudarnos a relacionarnos de mejor manera en los momentos en que aparezcan emociones difíciles.

No se trata de buscar que las emociones difíciles desaparezcan, cuestión imposible por lo demás, sino más bien buscar desarrollar una forma adecuada de relacionarnos durante las situaciones difíciles. En esos momentos la práctica de la atención plena al momento presente y la práctica de la amabilidad hacia uno mismo pueden ser claves.

En la sesión de hoy compartimos diversas maneras prácticas que nos pueden ayudar a manejar situaciones difíciles.

Algunas de las prácticas que hemos compartido en la sesión de hoy

#### **Meditación de la bondad amorosa y la autocompasión**

Permítete hacer un par de respiraciones amplias que te permitan anclarte con tu cuerpo en el momento presente. Pon tu mano en el corazón durante unos instantes para recordarte **ser bondadosa contigo misma**. Trata de formar una imagen de ti sentada, luego pon tu atención en el cuerpo, siente como tu respiración se siente en el cuerpo.

Ahora ofrécete buenos deseos para afrontar lo que estás sintiendo en estos momentos. Repite para ti misma:

- Que yo esté a salvo
- Que yo tenga paz
- Que yo sea amable conmigo
- Que me pueda aceptar tal como soy

Si alguna vez te sientes abrumada, siempre puedes volver a tu respiración. Por último, toma un poco de aire y simplemente permanece sentada tranquilamente en tu cuerpo, disfrutando de la buena voluntad y compasión que fluyen naturalmente.

## **Etiquetando las emociones**

Lleva tu conciencia a tu cuerpo para notar el mundo de sensaciones que ocurren dentro de ti. Coloca tu mano en el corazón y comienza una atención plena en tu respiración.

Ahora puedes preguntarte: ¿Qué estoy sintiendo? Deja que tu atención se dirija a la emoción más fuerte en tu cuerpo, incluso aunque sólo sea el susurro de un sentimiento. Utiliza tu cuerpo como una antena.

Dale un nombre a ese sentimiento, repite la etiqueta unas dos o tres veces, en voz suave y luego vuelve a tu respiración.

Trata de ir y venir, entre las respiraciones y las emociones, de una manera relajada. Deja que tu atención se centre en la emoción a través de la respiración. Ya etiquetada la emoción, vuelve a la respiración. No hay necesidad de buscar la emoción si no la hay, solo permanece abierta a la posibilidad de percibir las emociones al respirar.

### **“Ablandar, tranquilizar, permitir”**

Toma conciencia de tu cuerpo y las sensaciones que allí ocurren en el momento presente. Deja que tu atención se centre en el lugar del cuerpo donde puedas sentir tu emoción difícil. Ablanda ese lugar del cuerpo, permite que los músculos se ablanden. Puedes decirte en silencio “ablanda...ablanda.” Recuerda que no estás tratando de que la sensación desaparezca, tan sólo tratar de estar con ella con conciencia amorosa.

Ahora, Tranquilízate por luchar de esa manera. Pon tu mano en el corazón y siente tu cuerpo respirar. Pueden surgir palabras como “oh cielos, esto es una experiencia tan dolorosa. Que yo pueda crecer con fluidez y bienestar”. Puedes decirte palabras amables o bien repetir “calma...calma...calma.”.

Finalmente, Permite la incomodidad que sientes por estar ahí. Abandona el deseo de que la sensación desaparezca. Puedes repetirte “permite...permite...”

Ablanda, Tranquiliza y Permite. Puedes utilizar estas tres palabras como un mantra, recordándote que debes dirigirte con ternura hacia tu sufrimiento.

## **Tareas para la semana**

- Mindfulness diario: Realizar una práctica de mindfulness en la vida cotidiana. Puede ser al lavarse los dientes, bañarse, etc., y registrarlo.
- Realiza la práctica de Ablandar y permitir, tal cual aparece en el audio durante la semana y tomar nota en la hoja de registros.

### **REGISTRO DE LA TAREA PARA LA SEMANA-SESION 6**

<b>Día/Fecha</b>	<b>Práctica (Sí/No)</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Día 1</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 2</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 3</b> <b>Fecha:</b>		

<b>Día 4</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 5</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 6</b> <b>Fecha:</b>		

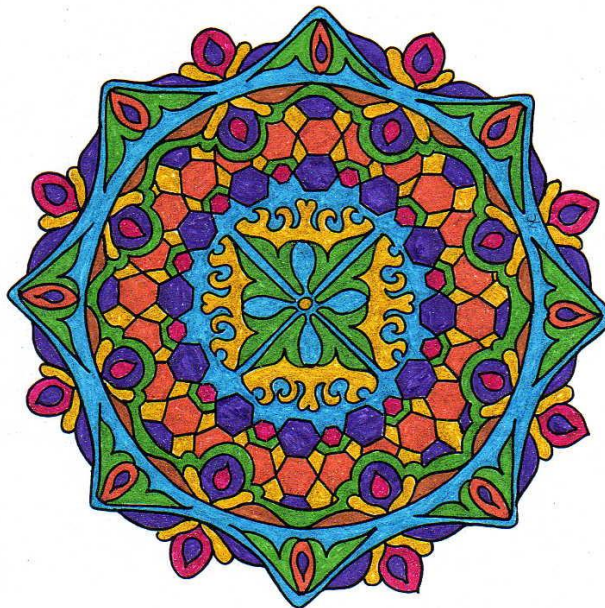


# Taller: Aprendiendo a ser amable conmigo misma

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## RESUMEN SESIÓN N°7



## **Transformando las relaciones difíciles**

Las relaciones con los demás incluyen sufrimiento, enfrentarnos a personas que nos resultan difíciles o desafiantes es una de las cosas que más nos hiera y nosotros podemos estar enfrascados en una fuerte lucha, ya sea tratando de evitar a las personas difíciles o por no estar conformes con la relación que hemos establecido. Aprender a transformar las relaciones difíciles es una de los mayores regalos que podemos brindarnos a nosotros mismos.

No podemos evitar a las demás personas, incluso si nos fuéramos a una montaña, nuestra mente estaría plagada de personas, sin embargo, aprender a transformar las relaciones difíciles es una de los mayores regalos que podemos brindarnos a nosotros mismos.

Hay al menos 2 dolores en las relaciones:

1. El dolor de la desconexión y
2. Sufrimiento empático, cuando vemos que otra persona está sufriendo o cuando nosotros sufrimos por una mala relación con otra persona.

Una llave maestra para estos sufrimientos es el cultivo de la compasión y amabilidad hacia uno mismo.

Cuando nosotros podemos darnos calma a nosotros mismos durante un momento o en una relación difícil nosotros podemos establecer una espiral de relaciones positivas con los demás, ayudando a transformar la rabia y la incomprensión en Bondad y aceptación.

### **Perdonarse uno mismo y perdonar a los demás**

*“Cuando no tengo más opciones, tengo la opción de ser compasiva conmigo misma”.*

Todos cometemos errores. Esto se debe a que cada pensamiento y acción es el producto de un universo de causas invisibles que se remontan en el tiempo y el espacio por todo el planeta. Por ejemplo, hemos heredado un temperamento de nuestros padres y abuelos, y estas acciones son modeladas por incontables elementos que interactúan en nuestro entorno.

Cuando cometes un error, es natural que sientas remordimiento. El remordimiento es una emoción útil que nos alerta de un error, sin embargo, cuando nos resistimos a la experiencia del remordimiento, tal vez sea porque nos da vergüenza, entonces el remordimiento puede convertirse en culpa, en una actitud rumiante y defensiva, y podemos tomar represalias ante esto. Una respuesta saludable a nuestros propios errores es perdonarnos a nosotros mismos.

### **Actividades para la semana:**

#### **1. Pausa de Auto-compasión**

La próxima vez que esté discutiendo intensamente con alguien, intenta tomar una pausa y darte autocompasión. Tómate un “tiempo fuera”, para darte compasión a ti misma durante un conflicto.

Lo más difícil es reunir la suficiente conciencia mientras uno está envuelto en la discusión, para recordarse parar y hacer una pausa.

Durante la pausa, debería ser un lugar donde puedas estar sola durante unos pocos minutos.

Lo primero es dejar en suspenso la “historia” que motivó la pelea. Tu tarea es simplemente suavizar tu estado de inquietud validando tus emociones, diciéndote a ti misma “esto es realmente duro ahora mismo” “ESTO DUELE”.

Una de las causas claves de sufrimiento cuando éste se produce en una discusión es que cada persona implicada trata de establecer su propio punto de vista con tanta intensidad, que la otra persona no se siente escuchada o validada. Y cada uno se siente rechazado, no queriendo por el tono enfadado del otro ceder. Así que escúchate y válidate a ti misma durante tu pausa.

Cuida de ti misma tanto como puedas. Por ejemplo, puedes practicar el contacto tranquilizador, la pausa de la autocompasión, Mindfulness en la vida cotidiana, o beber una confortante taza de té. Esto ayudará a salir de la escalada emocional y te ayudará a ponerte en un estado mental más claro y calmado.

Una vez que la pausa se termine serás capaz de relacionarte con la otra persona de una forma más constructiva. Si puedes intentar expresarte al menos con una emoción positiva (una sonrisa, una palabra amable, una frase que demuestre que comprendes lo que está expresando la otra persona).

## 2. Realizando la práctica que más me acomode

La próxima sesión será la última sesión del taller.

La invitación es que en esta penúltima sesión puedan elegir cualquiera de las prácticas que hayamos realizado durante el taller o que ustedes hayan realizado y disfrutado, y la puedan realizar una vez al día antes de nuestro último encuentro. Una pregunta que podría hacerme es: **¿Qué me funciona a mí?**

### REGISTRO DE LA TAREA PARA LA SEMANA-SESION 7

<b>Día/Fecha</b>	<b>Práctica (Sí/No)</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Día 1</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 2</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 3</b> <b>Fecha:</b>		



<b>Día 4</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 5</b> <b>Fecha:</b>		
<b>Día 6</b> <b>Fecha:</b>		

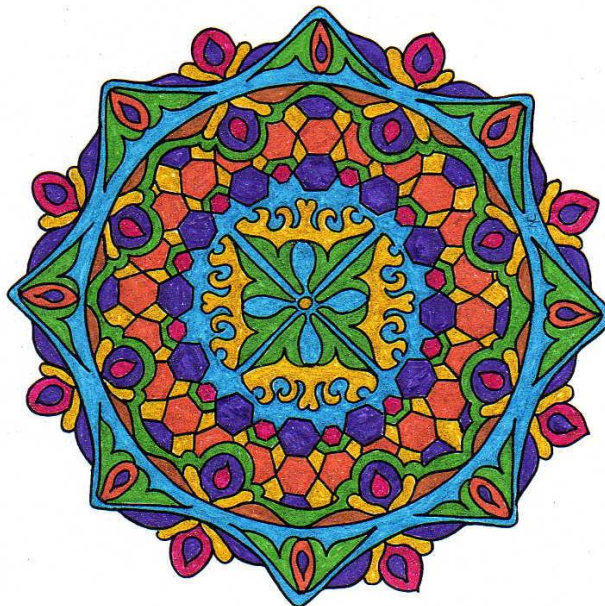


# Taller: Aprendiendo a ser amable conmigo misma

*Taller de Mindfulness y Auto-compasión*

*Para el Cultivo del bienestar y el manejo del estrés.*

## RESUMEN SESIÓN N°8



## **Sesión 8:**

### **Abrazando tu vida.**

En esta última sesión se busca dar un cierre a todo el proceso vivido, buscando maneras de incorporar la autocompasión a la propia vida cotidiana.

Relacionarnos amablemente con nosotros mismos puede transformarse en una manera de ser, de estar en el mundo, que nos puede ayudar a relacionarnos de mejor forma con quienes nos rodean. Ser cuidadoso y ser compasivo es un camino para saborear nuestra propia vida.

La práctica de ser bondadosas con nosotras mismas puede transformarse en una manera de ser y actuar en diferentes momentos, cuando nos sentimos bien y particularmente cuando tenemos situaciones difíciles que enfrenta. Además vamos a aprovechar de despedirnos y dar un cierre al taller que hemos compartido.

Una pregunta clave sobre la bondad hacia una misma es reconocer

**¿Qué es lo que necesito en este momento?**

**¿Qué me está llamando?**

En esta sección abrimos la discusión sobre cómo mantener la práctica de la compasión hacia uno mismo luego de terminado el taller, qué estrategias podemos utilizar para la práctica continúe a lo largo del tiempo.

Algunas de las prácticas que han aparecido en grupos anteriores son:

- Dejar un momento para la práctica cada día.
- Hacer de tu vida una práctica.
- Practicar la respiración de tres minutos, justo cuando algo está ocurriendo.
- Encontrar un maestro de meditación.
- Unirte a un grupo de meditación.
- Ir a un retiro.

- Leer libros inspirados.

En esta última sesión abrimos la discusión sobre cómo mantener la práctica de la compasión hacia uno mismo luego de terminado el taller, qué estrategias podemos utilizar para la práctica continúe a lo largo del tiempo.

Algunas de las prácticas que han aparecido en grupos anteriores son:

- Dejar un momento para la práctica cada día.
- Hacer de tu vida una práctica.
- Practicar la respiración de tres minutos, justo al comensal cuando el que algo está ocurriendo.
- Encontrar un maestro de meditación.
- Unirte a un grupo de meditación.
- Ir a un retiro.
- Leer libros inspirados.

Al final del programa se les invita a compartir una meditación final que pueda ser una invitación para volver a casa, y para aplicar en la vida cotidiana. Esta meditación breve señala lo siguiente.

*Podamos estar abiertos al sufrimiento, con sabiduría y compasión.*

*Podamos aceptarnos a nosotros mismos y a otros, tal como son.*

*Podamos todos los seres vivir en paz.*

*Podamos todos los seres ser libres.*

## **Anexo N°7 Ejemplo Guión temático sesiones taller mindfulness y autocompasión.<sup>7</sup>**

### **TEMA Y CURRICULUM DE LA SESION 1**

#### **Título: Descubriendo la Auto-Compasión**

#### **Tema**

Se invita a los participantes a explorar un nuevo modo de relacionarse consigo mismas, desde el ser gentiles y amables, así como lo seríamos con quienes más queremos.

Invitación a practicarlo juntos y a llevar esta práctica a la vida cotidiana.

#### **Tópicos a desarrollar**

1. Presentación del taller- Características (Duración, compromiso y reglas de convivencia)
2. Presentación de las participantes
3. Preguntas sobre la Auto-compasión
4. 3 subsistemas de regulación emocional (Gilbert, 2009)
5. Práctica informal: La mano en el corazón
6. Qué es y que no es la auto-compasión
7. La ciencia de la auto-compasión

---

<sup>7</sup> El taller realizado en el presente estudio está basado en el taller Mindful and Self Compassion Program, desarrollado por Cristopher Germer y Kristin Neff. Para todas las sesiones se elaboró un guión temático, aquí a modo de ejemplo se ha incluido el guión de la sesión N°1.

8. Práctica informal: La pausa de la auto-compasión

9. Práctica: El tacto tranquilizador.

### **Planificación y preparación**

- Además de su preparación personal antes de la clase, recuerde traer:
  - Copias del CD de audios para ser utilizados durante el taller
  - Cojines para el taller y frazadas para la realización de ejercicios.
  - Folletos para los participantes.

### **Folletos para los participantes**

- Una definición de la Auto-compasión
- Qué es y qué no es auto-compasión
- La ciencia de la Auto-compasión
- Tareas para la casa para la semana siguiente sesión 1
- Formato de registro de la tarea para casa- sesión 1.

## MODULO 1: DESCUBRIENDO LA AUTO-COMPASION

**OBJETIVO:** Introducir en los participantes la práctica de la auto-compasión invitándolos a darse cuenta que esta es una práctica que puede ser transformadora, invitándonos a relacionarnos con nosotros mismos de un modo amable y compasivo. Reconociendo cuando no lo somos y cultivándolo de un modo activo.

ACTIVIDAD	GUION PROPUESTO	TIEMPO/ RESPONS	MATERIALES
1. Breve introducción personal y presentación general del programa.	<p>“<b>Bienvenidos todos</b>, mi nombre es Claudio y mi compañera es Gada. Estamos muy contentos de que se encuentren acá e iniciar este taller, que nos llevara a todos a aprender y descubrir aspectos de nosotros mismos y de cómo podemos vivir la vida de una manera diferente”, de un modo más compasivo.</p> <p>“<b>El objetivo de este taller es descubrir un nuevo modo de relacionarnos con nosotros mismos, más amable y compasivo.</b></p> <p><b>¿Qué es la auto-compasión?</b></p> <p>“<b>Profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y de los otros seres vivientes, junto con el deseo y el esfuerzo de aliviarlo</b>” (Paul Gilbert)</p>	5 min.	Cojines de meditación  Frazadas
2. Fije reglas fundamentales con relación a	“Queremos contarles que <b>todo lo que aquí se hable será estrictamente confidencial.</b> Juntos realizaremos ejercicios y compartiremos experiencias que		NA

<p>la confidencialidad y la privacidad.</p>	<p><b>muchas veces, queremos compartir, y otras veces, queremos guardar para nosotros mismos. Respetaremos la decisión de cada cual de compartir con el grupo lo que le parezca</b> y también, de guardar respetuosamente entre estas cuatro paredes todo lo que aquí se comparta. De esta manera, <b>establecemos un compromiso de cuidado, respeto y privacidad entre todos nosotros</b>”.</p> <p>Reglas de confidencialidad, respeto por el otro, autocuidado (tiempo, alimentación, comunicarse con instructores por mail o teléfono, no darse consejo a priori)</p> <p>La Auto-compasión y el Mindfulness no son una teoría, comentario en primera persona (Lo que oliste, sentiste) y en presente. Vivencial más que teórico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitación a hacer un paseo y una aventura.</li> <li>• Practicar con nosotros mismos, en el laboratorio de nosotros mismos.</li> <li>• Actitud de curiosidad.</li> </ul>	<p>10 min</p>	
<p>3. Pida a los participantes que se emparejen y se presenten el uno al otro y después al grupo. Compartir las expectativas hacia el taller.</p>	<p>“Pero para comenzar, <b>tenemos que conocernos. Para ello, les pediremos que respondan primero en una hoja y luego se reúnan en parejas</b>, con alguien que no conozcan y que en 5 min, Respondan 3 preguntas. <b>1. Digan su nombre y quienes son, 2. le cuenten a su pareja porque están aquí, y por qué realmente están aquí y 3. juntos, descubran al menos 1 aspecto que tengan en común</b>”</p>	<p>15 min.</p>	<p>Hoja- Lápiz.</p>



	Luego de 5 min, abrir el plenario, y decir: <b>“OK, ahora cada uno de Uds. va a presentar brevemente a su pareja, diciendo su nombre, la razón de porque esta acá y luego ambos, nos contarán que descubrieron que tienen en común”.</b>		
4. ¿Qué es la auto-compasión y que no es?  La ciencia de la Auto-compasión	<p>Dar las principales definiciones de Bondad amorosa- compasión- auto-compasión</p> <p>3 sistemas de regulación emocional de Gilbert</p> <p>3 componentes de la auto-compasión</p> <p>Sistemas motivacionales (Extrínseco e intrínseco)</p> <p>Evidencia de la práctica de auto-compasión.</p> <p>Incluir mini ejercicio: Una mano blanda y una mano dura en el corazón.</p>		<p>Ppt. ¿Qué es auto-compasión y qué no lo es?</p> <p>Ppt. La ciencia de la auto-compasión.</p>
5. ¿Cómo puedes cuidarte ahora mismo de ti?	<p><b>Descubriendo las cinco principales vías para cuidarte de ti misma.</b></p> <p>Reconocer lo que ya estás haciendo que te permite cuidarte de ti misma, y reconocer qué puedes hacer que haga que ese cuidado se incremente. Responder hoja de preguntas.</p> <p>Responder, como se cuida a sí misma en el ámbito_</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Físico (Suelta el cuerpo, deja de tensar)</li> <li>2. Mental (Permite que tus pensamientos vayan y vuelvan, dejar de luchar contra ellos)</li> <li>3. Emocional (Hazte amigo de tus sentimientos, deja de resistir a ellos)</li> </ol>	20 minutos	NA

	<p>4. Relacional (Contáctate con los demás, deja de aislarte)</p> <p>5. Espiritual (Comprométete con tus valores, abandona el descuido de ti)</p>		
<p>1. Práctica de la Pausa de la Auto-compasión</p>	<p>Una manera práctica de practicar la auto-compasión tiene que ver con practicarla en la vida cotidiana cuando te sientas mal.</p> <p>Ejercitar el traer una situación con alguien que te hiciera sentir mal (Sólo de forma moderada) Visualiza ese momento hasta que vuelvas a evocar el sentimiento de incomodidad.</p> <p>Ahora repite para ti lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Este es un momento de sufrimiento</li> <li>• El sufrimiento es parte de la vida</li> <li>• Que yo sea bondadosa conmigo misma</li> <li>• Que yo me acepte tal como soy</li> </ul>	<p>10 minutos</p>	
<p>2. Retroalimentación y discusión de la Pausa de auto-compasión</p>	<p>Objetivo: en la medida de tus posibilidades, llegar a ser consciente de cualquier cosa que estés sintiendo en el momento. Si es la agitación, el deseo de moverte o el sueño, esa es precisamente tu experiencia presente, en este momento, y es a eso a lo que debemos poner atención.</p> <p>Desarrollar una conciencia intencional en las sensaciones, con curiosidad y gentileza.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>NA</p>

	<p>Es una oportunidad inicial para “relacionarse” con las sensaciones físicas, y no estar “identificadas” con ellas, para luego hacer eso con los pensamientos y emociones.</p> <p>Siempre invitar a reconocer, aceptar, ser curiosos y gentiles respecto a la propia experiencia.</p> <p><b>Reconoce todo ello, toda sensación, porque esa es tu experiencia en este momento y eso es lo que necesitas saber.</b></p>		
3. Tarea para casa.	<p>Discusión y asignación de tarea para la semana siguiente: Practicar la pausa de auto-compasión, cada vez que tengan una dificultad.</p> <p>Responder a las preguntas. El lenguaje auto-compasivo.</p>		NA
4. Distribuir los CD y los folletos de la sesión 1 (incluyendo los registros de la tarea para casa).			
5. Final de la clase	con un breve enfoque en la respiración en posición sentada, 2-3 minutos		NA

120 min.

1 **Anexo N°8 Ejemplo de entrevista transcrita y codificada**

2 Transcripción Sra. E L

3 M: Bueno, gracias señora E por venir. Yo sé que esto igual es como, como ya fuera del taller,  
4 entonces su participación y colaboración es súper valorable. Entonces, lo que nos gustaría saber,  
5 en primer lugar, es ¿cómo se siente usted ahora? ¿Si ha notado algún cambio? ¿Si la influencia  
6 del taller le ha servido para algo?

7 E: Sí, completamente. Yo lo comenté en el taller, para mí fue como súper beneficioso, porque  
8 yo lo empecé súper reacia, yo cuando me llamó la psicóloga y me dijo, yo le dije “yo no, yo no  
9 creo en esas cosas”, y ella me dijo “no, si te va a hacer súper bien”. Después conversé con mi  
10 hermano... mi hermana, que igual ha pasado por todo esto, ella practica yoga en su casa y todo...  
11 me dijo “no, aprovecha la oportunidad, porque te va a hacer súper bien”. Y la verdad que vine  
12 así como convencida de que me iba a hacer bien, pero con cero credibilidad, con cero  
13 credibilidad.

14 M: Con escepticismo.

15 E: Claro, eso así como de... típico cuando a uno le dicen “no, respira hondo”... yo no le  
16 encontraba sentido. Y al principio me costó mucho, yo como las 4 primeras clases no hablé  
17 nada, porque la verdad es que era complicado pa mi poh, y si hablaba en el fondo iba a decir  
18 que, que sentía como cero aporte. De hecho la primera vez que hice el test, así como “no, te fijai  
19 en la lluvia, en esto”... “no, jamás”. Porque yo vivía como súper acelerada el día a día. Y a  
20 medida que fueron pasando las clases, que vine a todas, sólo falté a una. Porque yo dije “ya, lo  
21 empiezo y lo término”. No, me sirvió un montón, me sirvió un montón, porque de no haber  
22 creído en nada ya después yo salía de acá distinta, yo salía de acá como mirando las hojas y  
23 como tratando de tener mi cabeza desocupada en el fondo, porque ese es como el objetivo, vivir  
24 el presente y para eso uno tiene que no estar pensando tanto y era lo que yo no hacía antes, yo  
25 tenía mil cosas en la cabeza, y como dijo Claudio una vez: “uno se está bañando y ya tiene  
26 planificado como 3 horas más del día, del día completo”.

27 M: Uno está en todas partes, menos en el lugar que está.

28 E: Exacto, y así era poh... y ahora ya no es así, a mí me sirvió un montón, un montón. Pasé por  
29 un periodo súper complicado hace 2 meses, donde tuve que poner como todo mi... mi paciencia  
30 a prueba, y la verdad es que yo esperaba el día miércoles y el jueves aparecía como distinta en  
31 el trabajo, como que nada me afectaba, y yo esperaba el día que llegara el taller. Entonces sí,  
32 absolutamente fue beneficioso, de hecho, siento harto que haya terminado porque si bien no ha  
33 causado el efecto que yo llegue a mi casa, ponga el CD, que yo lo haga sola... como la, la...  
34 “cómo es que le decían”... como las prácticas en sí, pero yo trato de practicarle a cada minuto,  
35 y me vi en medio del taller con dificultades y respirando, y calmándome, y tranquilizándome.  
36 Entonces para nada que yo hacía respecto a eso y la nada que yo no creía, sí, sí lo pongo en  
37 práctica ahora... y se nota hasta en mí hablar, porque hablo ya como más despacio, estoy más  
38 tranquila.

39 M: Repercutió en varios aspectos de su vida.

40 E: Sí, sí, sí... yo lo había pasado súper mal en el verano, muy muy muy mal, entonces yo estaba...  
41 eh... como recibiendo nomás, todo lo que viniese para poder yo estar bien y no volver a caer en  
42 lo mismo. Entonces, esto vino como justo en el momento en que yo estaba en ese periodo, si  
43 bien ya había cambiado bastante después de lo que me pasó, pero... pero vino como a reafirmar,  
44 y fue una herramienta pero súper importante para mí, súper importante. Después ya hablaba  
45 harto con más soltura, pero al principio no hablaba nada, ya me podía concentrar, es que al  
46 principio me dolía la espalda, mi cabeza se iba para cualquier lado, no, no lograba el efecto,  
47 pero con el tiempo sí, absolutamente. Y todas las cosas que ahí se decían, cada cosa que hablaba  
48 Claudio era como que, habían muchas cosas que me llegaban como justo y, y me daban vuelta  
49 después y me hacían pensar...

50 M: Como una reflexión más profunda.

51 E: Sí, sí, sí. Pero cien por ciento era pa mí y me sirvió un montón, lo hecho mucho de menos.  
52 De hecho, la semana antes pasada, no, hace como dos semanas atrás vine al de meditación de  
53 los días martes, que es como muy parecido, pero es solo meditación, aquí era como  
54 complemento, mientras nos hablaba y Claudio hablaba otras cosas, entonces, no, fue súper  
55 positivo, súper positivo.

56 M: Y por ejemplo, ¿ha notado algún cambio en la relación con usted misma?

57 E: Eh... sí, sí, absolutamente, o sea, es que todo, todo lo que ahí se habló era como... sí, como  
58 pa quererse, pa cuidarse, pa darse los tiempos... yo eh, eh, es que de verdad lo he pasado súper  
59 complicado y ahora después que terminó el taller tuve una situación, pero que en otro momento  
60 de mi vida yo hubiese colapsado. Y de hecho tuve algo súper importante que yo en otra  
61 circunstancia, yo hubiese explotado y hubiese reaccionado. Y esta vez, no, no esta vez como  
62 que ya pienso antes que actuar. De hecho mi hermana, que yo te comentaba que siempre ha  
63 estado conmigo, ha notado mucho la diferencia y me dice... ella siempre me habla del auto-  
64 cuidado, del auto-cuidado, y yo efectivamente lo estoy haciendo, o sea, por mí y por los demás.  
65 Yo en esta oportunidad en vez de explotar, que fue una situación con mi hijo, quería puro  
66 pegarle, tenía rabia, y pequé mis cosas, salí, me relajé, eh... me fui a quedar a otra parte, después  
67 vine a la psicóloga y después que ya había procesado bien el tema, fui y lo enfrenté, pero  
68 claramente el taller fue una herramienta súper importante para que yo reaccionara así ahora.  
69 Porque he tenido situaciones muy específicas en que me ha tocado poner a prueba como mi...  
70 el hecho de, de, de tranquilizarme poh, de pensar en qué... ahora yo tengo súper claro que tengo  
71 que estar yo bien primero, yo bien primero para estar bien los demás. Fue como un todo, fue  
72 haber tocado fondo, estuve 2 meses y medio con licencia súper mal, y fueron muchas cosas las  
73 que me hicieron que yo tenía que hacer un cambio en mi vida, pero todas las personas que me  
74 ven dicen que yo soy otra. Tiene que ver como con varias cosas, pero, pero como te decía, el  
75 taller vino como ah en el momento justo, en el momento preciso para darme más herramientas  
76 todavía que yo necesitaba. Entonces sí, de hecho lo echo de menos, se debería... se debería  
77 mantener, porque estoy participando en yoga y en las meditaciones del día martes, pero porque  
78 ahora justo estoy sin trabajo, pero... pero no hay nada en la tarde. Y yo feliz vengo, pero después  
79 cuando empiece a trabajar no voy a poder venir, entonces creo que sería súper importante

80 M: Que era el horario que tenía el taller.

81 E: Claro, de 6 a 8. Era ideal poh, para todos los que trabajaban. Así que sería ideal poder  
82 continuar con eso porque a mí, si bien, claro... estando aquí, yo venía y todo, pero como te  
83 comentaba, todavía no me da para hacerlo más que en estos momentos, en esas situaciones como  
84 precisas de respirar, de estar más pendiente del árbol, de la lluvia, de que si me baño, estar  
85 bañándome, no estar pensando, de tener como mi cabeza más aquí, y más despejada de cosas,  
86 porque antes a mí como que me hablaban y de hecho mis hijos siempre se enojaban conmigo

87 porque “pero si ya te lo dije, ya te lo conté”, porque cada vez que me hablaban yo estaba como  
88 en otra parte, y ahora no, ahora ya estoy como más ahí, en el minuto. Es como vivir en el  
89 presente, como lo que siempre se decía, pero para mí sería súper importante poder continuar  
90 hasta que yo esté como firme para poder hacerlo sola. Creo que sería súper importante tener  
91 algo así para las tardes.

92 M: Para las tardes... Y por ejemplo, esos cambios que usted menciona, ha notado que se han  
93 dado en relación a... bueno usted mencionaba a sus hijos, pero con otras personas.

94 E: Sí, con todos en general.

95 M: Con todos en general.

96 E: Es que de hecho, cuando, la situación que yo estaba cuando asistí al taller, estaba recién  
97 entrando a otra área de la empresa que me había cambiado y había como mucha mala vibra hacia  
98 mí, o sea, malos comentarios y todo y yo en otra circunstancia yo hubiese reaccionado y así  
99 como... porque soy súper emocional de repente y reacciono no más, y me afectaba mucho las  
100 cosas, pero esto me sirvió porque para vivir cada semana y decir “no pesco” “no pesco” y hacer  
101 oído sordos a todo lo que me decían... yo escuchaba todo el día. Y... no, no pescaba, y el día  
102 miércoles, ya el jueves me daba lo mismo todo porque llegaba distinta, entonces fue pero como  
103 justo porque yo pasé por eso por un mes, dos meses, justo cuando empezó el taller, súper  
104 complicada en el trabajo y con mis hijos también. Entonces si bien hubo un día que tuve una  
105 recaída, pero porque ya era mucho, pero fue una vez. Pero me vi varias veces así como que iba  
106 a colapsar y no... y respiraba y pensaba “esto no me puede afectar, esto no me puede afectar”,  
107 porque era, como en el fondo, poner en práctica todo lo que nos decían en el taller.

108 M: Claro.

109 E: Así que pero estuvo pero más que...

110 M: Fue como la prueba de fuego.

111 E: Más que en práctica lo que pasó en ese minuto y lo que estoy pasando ahora, pero si... más  
112 que la prueba de fuego fue poner en práctica todo lo que aprendí. Así que ha sido.

113 M: Que importante.

114 E: Sí, súper importante... tanto con otros como en mi casa. Pero mucho más controlada, mucho  
115 más controlada. Y más que controlada de mí, de mi actuar, de lo que yo podía gritar antes, o  
116 exaltarme, es que no me afecte.

117 M: Ya...

118 E: Es que no me afecte, porque antes me afectaba mucho todo.

119 M: Claro.

120 E: Y esta vez, igual, claro, igual llega un momento en que sí, porque es inevitable, uno también  
121 es ser humano, pero nada como hubiese sido antes. Nada, nada, y por eso para mí fue  
122 fundamental, un pilar fundamental en ese minuto, el taller. Porque yo esperaba cada miércoles,  
123 cada miércoles me servía como para estar bien toda la semana.

124 M: Y era justo a la mitad de la semana también.

125 E: Sí, sí, sí, y unas semanas que no se hizo, una vez pal 21 de Mayo y no me acuerdo qué otra  
126 vez, pero lo extrañé, lo extrañé como no pensé que lo iba a extrañar. Para mí fue una sorpresa...  
127 fue completamente una sorpresa, porque yo le tenía pero cero confianza, cero.

128 M: Bonita sorpresa.

129 E: Sí, sí, estuve como súper entregada, pero le tenía cero confianza.

130 M: Y usted, estos cambios que se dieron, que se gestaron a raíz del taller, se los atribuye a algo,  
131 a algo en particular o... cómo explicaría usted el cambio que ocurrió.

132 E: ¿Con el taller específicamente?

133 M: Si.

134 E: Porque nos enseñaban semanalmente que... a ver, si bien, con el tema de los ejercicios como  
135 a concentrarnos y estar presentes, y eso era como todas las frases de Claudio siempre, estar  
136 presentes, estar aquí, estar ahora.

137 M: Es como algo que no se dice mucho.



138 E: No, no, no, no, y es súper di... y eso es como la clave, es como la clave, y yo le dije a Claudio  
139 una vez: “o sea esto, yo me he sorprendido con esto”, porque esto para mí es como una forma  
140 de vivir. Porque yo lo veía a él que, yo me imaginaba, yo le dije una vez, o sea yo me imagino  
141 que usted casi que le pueden estar gritando mil cosas o querer pegarle y usted no se va a inmutar  
142 porque ya como que nada le afecta. Pero eso es como una forma de vivir y, y me gustó, me  
143 llamó la atención porque es increíble lo que afecta en general, o sea, mi casa es otra ahora,  
144 porque yo ando bien, porque yo ando más tranquila, y le he traspasado esto, le he transmitido  
145 esto a mis hijos. Antes, el año pasado, era puro grito y ahora no, es como que... tranquilo y ya  
146 nada mal, como que nada me altera, cuesta mucho que yo me altere, y si veo algo que, que, que  
147 está mal o que va dentro de lo que yo no quiero, me alejo.

148 M: Se aleja...

149 E: Por eso en este minuto, que tuve una situación súper especial, me aleje y estuve fuera, de  
150 comienzo fueron 2 días para procesar bien el tema y después me alejé, salí y me fui, coincidió  
151 justo que quedé sin trabajo y hasta estar yo bien, porque tengo que estar yo bien primero. Pero  
152 más que nada eso, lo que decía Claudio siempre, estar presente, estar aquí, estar ahora, de ver  
153 por uno primero, eso es como fundamental, cada tema que se hablaba, cada cosa.. o sea, todo,  
154 todo, todo, todo, cada clase fue importante, lo, lo que nos tocaba escribir, todo, todo, o sea, todo,  
155 todo me llegaba, una vez que habló del perfeccionismo, del ser auto-crítica, también me llegó y  
156 todavía tengo las palabras que él dijo, porque era como todo para mí, entonces cada cosa yo la...  
157 me ha quedado y lo he puesto en práctica, más que una sesión de psicóloga, porque en las  
158 sesiones de psicóloga más uno habla que lo que la psicóloga me dice, por lo menos eso me pasa  
159 a mí. En cambio acá yo estaba callada todo el rato y yo aprendía tanto de él como de la  
160 experiencia de las demás también uno aprende. Entonces yo, me sirvió mucho más que mi  
161 terapia de, de hecho a eso nunca falté y a la psicóloga sí falté porque yo sentía que no me, que  
162 no me ayudaba en nada, sentí que me ayudaba más el taller que lo que me ayudaba la psicóloga.  
163 Así de importante, porque el taller también daba la instancia de que uno también contara sus  
164 propias cosas.

165 M: Claro.

166 E: Es como ya ponerlo en práctica, más que lo que te puedo decir, es como ponerlo en práctica.  
167 Y en el fondo como dejar de... porque yo antes sólo como que sólo pedía respuestas, como que  
168 yo buscaba un psicólogo o un psiquiatra “pero qué tengo que hacer”, “pero qué hago”, y ya  
169 como que eso hace tiempo que no lo digo, porque como que ya el taller va como que uno, o sea,  
170 en el fondo lo que lleva a hacer es que uno como que... es como todo poh, o sea, y ahí uno se  
171 da cuenta que, que las respuestas están en uno no más, como dijo una vez el psiquiatra... “no  
172 busques respuestas, porque las respuestas las tienes tú”. Entonces yo sola me fui dando cuenta  
173 que era una forma de vivir, o sea, yoga, en mi vida había pensado hacer yoga, lo encontraba una  
174 estupidez, y después como se terminó el taller, como fue justo que quedé sin trabajo, dije “voy  
175 a ir a yoga”, porque quiero como... iba a ser como un poco parecido a, a, a esto, y ya la semana  
176 siguiente ya estaba en yoga y estaba en meditación. Pero antes jamás pensaba verme en este  
177 mundo.

178 M: Se generó como un cambio.

179 E: Sí, sí, súper importante, súper importante. Y fueron como muchas cosas, pero como te digo,  
180 el taller fue como, llegó en el momento justo, fue como fundamental como para darme más  
181 herramientas todavía de las que ya traía. De hecho hasta he pensado en estudiar psicología, si...  
182 para vivir como viven los psicólogos, más que por, por el trabajo mismo, por, más que por eso  
183 para aprender a vivir de otra manera.

184 M: Claro.

185 E: Porque son todos así como tan relajados. Entonces no, pero súper, es todo, pero súper  
186 importante.

187 M: Y por ejemplo, ¿siente usted tal vez que frente a una situación usted antes hubiera  
188 reaccionado de una manera y ahora reaccionaría de otra?

189 E: Claro, es lo que yo te contaba.

190 M: Claro, a raíz del ejemplo que usted me daba antes.

191 E: Sí, sí, sí. Me pasó ahora, hace dos, tres semanas, que... fue abuela hace poco , estoy pasando  
192 una situación súper complicada en la casa con la experiencia de mi nieto, y hace como 3 semanas  
193 me dice el otro niño que son mellizos, que va a ser papá también.

194 M: Mmm...

195 E: Yo tenía entre rabia, pena y todo... y yo me auto-controlé y mi hermana me dice eso, eso es  
196 auto-cuidado, poner en práctica todo lo... Y de hecho me fui, me fui a Rengo por varios días y  
197 guardé el CD, no lo ocupé, pero yo lo busqué y lo guardé, dije “lo voy a hacer”, porque me  
198 sirvió un montón, porque yo en otra ocasión, yo le decía a todo el mundo, yo le decía “yo me  
199 voy a ir, porque yo le voy a pegar, le voy a sacar la cresta y capaz que lo mate pegándole de la  
200 rabia que tenía”. Y me arranqué, me vi así como fuera de control y pesqué mis cosas, salí, busqué  
201 amigas, busqué hablar, busqué tranquilizarme, me quedé fuera, el otro día justo tenía, ese fue el  
202 día que vine a yoga, meditación y después la psicóloga. Y después de eso, de esas 3 cosas yo  
203 enfrenté a mi hijo, y de otra manera, o sea, conversamos, normal, pero en otra situación, mi  
204 hermana estaba sorprendidísima, porque en otra situación yo y dejaba la escoba, yo reaccionaba,  
205 yo le hubiese, le hubiese gritado, le hubiese pegado y yo evité esa situación, yo la evité. Mi  
206 hermana fue para allá, incluso ella, a petición de mi hijo para que habláramos y yo le dije “no,  
207 es que no estoy preparada ahora, porque no... estoy con un montón de sentimientos que los  
208 tengo que procesar yo primero, tengo pena, tengo rabia y no voy a hacer las cosas bien”.  
209 Entonces busqué, busqué en mi cuidado de estar yo bien primero para poder enfrentarlo, porque  
210 más que la situación misma era lo que a mí me afectaba, era como el miedo que yo tenía a volver  
211 sufrir de nuevo.

212 M: Claro.

213 E: Pero me arranqué, literalmente me arranqué, después lo hablé con él, después volví a salir  
214 unos días, después volví a hablar con él, yo les expliqué que yo no estaba bien, que yo necesitaba  
215 pasar este proceso sola, porque eran cosas que tenía que pro..

216 M: Tiempo.

217 E: Sí, que procesar yo, que yo sabía que era un tema mío y... volví a salir, estuve como 2  
218 semanas saliendo y saliendo, y hoy día ya estoy bien, pero lo pasé pésimo, pero en ese minuto

219 pa mí, todo lo que yo he vivido en el taller fue súper importante. Igual caí, igual caí, igual estuve  
220 como 3, 4 días tirada en la cama, volví a estar como estuve en el verano, que no quería salir, que  
221 no me quería levantar, pero más que nada por debilidad mía porque tenía miedo de volver a  
222 sufrir y me volví a sentir como mal, pero con muchas herramientas que yo no tenía en el verano  
223 cuando estuve así, porque estuve un mes entero tirada en la cama sin que nadie me sacara  
224 adelante porque no tenía nada poh, en cambio ahora es como que yo sola digo “no, si yo tengo  
225 las herramientas” y pude salir de eso, que fue súper heavy para mí, y pude salir y hoy día de  
226 nuevo estoy parada y bien. Pero ahí el taller fue fundamental, fue fundamental y de hecho como  
227 te digo, o sea, yo busqué el CD entre las cosas que me llevé y bueno, no lo hice, pero lo... está  
228 toda mi intención.

229 M: Claro.

230 E: Y... para muchos momentos, y respirar y calmarme y no reaccionar.

231 M: Reaccionar como impulsivamente.

232 E: Claro, peor fue algo súper heavy, que nunca me había pasado y yo hubiera, como te digo, en  
233 otro momento hubiera dejado la escoba. Y finalmente todo se ya está, después de 2 semanas o  
234 3 semanas que han pasado, ya está todo como calmado y he podido hablar con ellos bien, he  
235 podido procesar yo sola las cosas, y si bien he caído en momento, pero me vuelvo a levantar y  
236 por todas esas herramientas que tengo. De hecho también hicimos como amistad con las niñas  
237 que vinimos para acá, que vinimos.

238 M: Ah, con las participantes.

239 E: Sí, tenemos un grupo en WhatsApp, que al principio hablamos hartito, y una de ellas igual me  
240 hablaba y me decía... o sea yo creo que yo hice amistad con ella y la voy a seguir viendo,  
241 entonces es súper importante, pero lo extraño, lo echo de menos, siento que debería estar.

242 M: Ya.

243 E: Siento que es más que una terapia de psicóloga. A mí por lo menos, me sirvió mucho más. Y  
244 el horario.

245 M: Y el horario.

246 E: El horario, porque yo voy a sentir un montón cuando no pueda venir a yoga y a meditación a  
247 las 3, 4 de la tarde, porque para eso sólo puede venir alguien que no trabaje. Así que no, creo  
248 que sería fundamental, o sea, y enorme, a lo mejor las demás no tuvieron un cambio tanto como  
249 yo, pero sí les, igual les sirvió un montón. Pero yo creo que fui como el ícono de, o sea, era pa  
250 mí, era pa mí.

251 M: El taller.

252 E: Sí y me interesaba venir a esto, si por eso vine igual porque, porque fue súper importante  
253 para mí poh, y tenía que decirlo.

254 M: Bueno señora E, muchas gracias por contarnos esto, su experiencia, y por participar de esta  
255 entrevista.

256 E: No, de nada, y ojalá que vuelva.

### Árbol de codificación abierta

#### 1. Relación consigo misma antes del taller (JG112-114; JG137-138; LS26-29)

**1.1. Percepción de sí misma desvalorizada** (LS48-51; CV7-8; CV9-12; PS242-244; GF236-237; PS242-244; ME125-127; RI22-25; BJ323-326; MG-s143-139)

1.1.1. Visión negativa general de sí misma (MD-s 94-96; MD-s398-404)

1.1.2. Auto-percepción de alta fragilidad (PS37-38; LZ114-115; MN-s72-73)

**1.2. Postergación de sí misma** (JG155-156; JG 164; JG166-167; JG 569-570; CAP 46-49; PS38; BJ239-241; LZ410-411; BJ-s24; GF23-24; MGo122-123; CeGa31-33; MG-s52-53)

1.2.1. No entregarse cariño (LS48-51; CV7-8; CV9-12; PS242-P24; LZ 410-411; LS48; RI16-17; RI19-20)

1.2.2. Bondad dirigida sólo hacia los demás (MN12-15; CAP46-49; MG148-153; MG180-181, MG-s40-41)

1.2.3. No darse tiempo ni espacio para sus intereses (LS135-137; P147-150, BJs40-46; MG139-140; CAP77-80; RI40-41; MG-s28-29)

1.2.4. Falta de cuidado en el vestuario (JG232-237; LZ24-25; MN-s171-173; MN-s177-178; MD-s 94-97)

**1.3. Maltrato hacia sí misma y auto-enjuiciamiento** (JG155-156; JG164; JG166-167; JG569-570; LZ410-411; LZ416; BJs18-19; BJ 270-275)

1.3.1. Dificultad en poner límites, sumisión (XF457-458; XF462-466).

1.3.2. Mostrarse fuerte ante los demás (CAP39-42; CAP438-440)

#### 2. Sintomatología previa al taller

##### 2.1. Física

2.1.1. Falta de apetito o comer en exceso (JG139; JG142; JG143; MN23; MG-s11-12)

2.1.2. Disminución del peso (JG438; MN-s271)

2.1.3. Insomnio (LS45-46; CPa-s63; CPa-s272-273; MG-s18)

2.1.4. Efectos secundarios de los medicamentos (MD-s326-328, MD-s327-330)

2.1.5. Dolores de cabeza y mareos (MGo228-229; MGo235-236)

## **2.2. Afectiva**

2.2.1. Estado anímico disminuido (JG47-48; JG138-139; JG390; JG434; JG435-436; MN21-25; XF197-200; LZ25; LZ161-163; CV-s560-565; GF114; CV-s265-268; CV-s556-558; MN26; MN-s227-231; JG270-272; RI13).

2.2.1.1. Pocas ganas de vivir (MN-s12; MN-s186-188; MN-s90-91; MN-s268-270; MN- 21-23; MG-s26-29)

2.2.1.1.1. Ideación suicida (JG 48-49; JG 289).

2.2.1.2. Sentimientos de pena, tristeza y angustia (MN-s12; CV-s207, ME104; GF226; MG-s4)

2.2.1.3. Sensación de aislamiento, soledad (MN137-138; CV-s591-593).

2.2.1.4. Falta de sentido ante la vida (XF110-115; MN-s65; LZ81-82; MN-s129; CeG-s429-430)

2.2.1.5. Encerrarse en su propio dolor (PS170-173; JG-s39-40; PS-s55-56)

2.2.1.6. Sentimiento de culpabilidad y sentirse víctima (BJ70-74; LZ 434-436; CV-s 640-646; RI33-37)

2.2.2. Estado anímico ansioso (AB4-5; AB60-61; LZ32; XF46-349; GF353-354; CeGa30-31; RI14; MG-s11-12)

2.2.2.1. Dificultad en mantener la calma ante las crisis de pánico (XF 225; XF228-229; AB5-6; LZ 245-251; AB4-5; ME34; ABe-s302)

2.2.2.2. Experiencia y respuesta ante el miedo (BJ20-23; LZ163; GF 230-232)

2.2.2.3. Autoexigencia y preocupación excesiva ante las tareas domésticas (BJ-s30-34; GF107-111; RI26-27; CeGa308-310; CeGa315-318; CeGa 353-355; MG-s35-36)

2.2.3. Desregulación emocional (PS191-192, BJ64-71; MN-s251-252; LS-s182-183; Abe-s 302-303; RI 14; CeG-s58)

2.2.3.2. Llanto y labilidad emocional (JG46; JG390; MN40-41; LZ1 14-115; PS-s 25-27; CV-s 259-260)

2.2.3.3 Mal humor, frustración, rabia y enojo (LS 42-44; LS49; AB38; AB40-41; MN-s181; LS169-172; ME103-104; GF 226-227; MN-s 28-30; CeG-s120-121; MG-s35)

2.2.3.4. Vivencia de sufrimiento (MD-s 321-324; AB-s291-296)

### **2.3. Cognitiva.**

2.3.1. Ensimismamiento en los propios pensamientos (BJ9-10; MN-s149; LS-s184)

2.3.2. Visión negativa del mundo (PS241; PS-s11-12; MD-s290-291; LS-s45-48)

2.3.3. Desconcentración, confusión y agitación mental (XF409; BJ23-26; BJ39-40; RI221-224).

2.3.4. Excesiva rumiación mental (LS39-40; MN49-52; LS40-41; MN52-55; ME50-53)

### **2.4. Relacional.**

2.4.1. Falta de interés en el contacto con otros (JG46-47; JG271-274; JG289-291; JG503; JG505-506; MN-s56-60; MN-s186-187).

2.4.2. Sobrevaloración de la opinión de los demás (BJ61-64; AB-s 116; AB-s128-129).

2.4.3. Problemas relacionales y de comunicación con los otros (LZ-s9-12; LS-s182-184; LS-s213-214; LS-s221-226; MG-s36-39; MG-s42-43).

2.4.3.1. Dificultad de comunicar lo que le pasa (XF-s22-24; GF 578-579).

2.4.4. Actuar autoritario y aprehensivo con los demás (MD-s31-36; MD-s136-137; CeG-s66-67)

## **3. Experiencias de aprendizaje y recursos adquiridos durante el taller.**

3.1. Conciencia de un estado con mayor bienestar (JG174; JG349-350; LS97-98; AB52-54; AB77; CAP224; CAP276; MN5-7; MN252-256; CV-s102-105; MGo386; LS-s322-323)



3.1.1. Contacto con afectos positivos (JG69-93; MN25-27; JG-s274; LS-s 119-121).

3.1.2. Soltar- No quedarse aferradas a experiencias negativas (PS245-247; CAP211-212; ME137-138; GN35-36; CPA-s49; RT95-98; CPA-s63-64; CPA-s65-67; CeGa 227-230; CeG-s318-321; LS-s246-248)

3.1.3. Liberación de emociones negativas (JG122; JG197-201; JG240-244; CV-s26-28; ME97-98; GN42-44; MG-s99-100)

3.1.4. Estabilidad en su vida y estado de ánimo (CV-s546-548; EL139-144).

3.1.5. Vivir y disfrutar el momento presente (JG351; JG407; LZ451-454; LS17-20; LS-s 25; MG77; CAP 208-209; CAP352-358; CAP 367; CAP 369; CAP375-378; CAP380-383; JG-s 104-105; JG 64-65; CPA-s327-327; CeG-s 324-325; CeG-s328-330; LS355-359; LS-s364-366; AQ-s1, AQ-s33-35; MG-s68)

3.1.5.1. Incorporar el estar presente en lo cotidiano (LS178-184; CV20-23; BJ32-33; AB45-47; BJ374-377; LZ198-201; AB-s48-50; AB-s52-53; ABs54-56; MG74-75; GN26-27; MGo324-326)

**3.2. Sensación de humanidad compartida** (LS9-16; LS117-118; PS166-167; P170-173; PS232-234; BJ166; BJ168-170; XF417-418; LZ138-139; XF-s4-6; CAP145-147; CAP296; CAP310-311; CAP312-315; CAP317-319; CAP323-325; GF130-132; GF167-169; LZ135-140; ABe-s212-214; ABe-s271-274; CAPa-s44-47; CeGa428-431; CeG-s316-318).

3.2.1. Contactarse emocionalmente con las necesidades de los demás (JG 318-320; JG 328; LS72-74; JG-s60-61; JG-s63; BJ-s78; BJ-s81; CeGa410-422)

3.2.2. Experiencias de otros que contribuyen al proceso personal (PS156-159; PS166-167; BJ 168-170; PS-s 5-9; PS-s 100-103; PS-s120-123; GF132-134; GF140-144; GF167-171; MD-s56-61; MD-s143-144; EU-s19-21; EU-s110-113; CeG-s331-333; CeG-s395-397)

**3.3. Aprender a manejar situaciones difíciles.** (MN32-34; XF47-52, XF55-59; XF 232-238; XF555-557; XF558-561; AB-s5-8, CV-s340-342; ME32-33; EU-s37-47, CPA-s67-69, CeG-s14-16)

3.3.1. Aprender a ser paciente y tolerante en momentos difíciles (ABe-s259-260, CPA-s 156-158; LS-s 285-290).

**3.4. Tomar decisiones y asumir sus consecuencias.** (BJ143-145; FG42-44; GF42; GF44; GF375-379; GF459-462; GF698-699; GF830; BJ139-143).

**3.5. Aceptación y reconocimiento de la propia historia vital.** (LS74-77; MN9; LS 110-112; LZ 436-440; LZ450-451; CAP216-219; MD-s145-150; CP487-488).

**3.6. Aprendizaje de prácticas concretas durante el taller.**

3.6.1. Utilización de técnicas de relajación y manejo de ansiedad (JG95-96; AB14; XF587-590; MN-s96; CAP106-108; GF61-63; AB19; MG-s99-100)

3.6.2. Prácticas de autocuidado (XF589-592; XF596-597; CAP102-103; EL64-66; EL96-99; EL 204-206)

**3.7. Consciencia de su proceso de cambio.** (CV29-33; CV11; CV45-47; CV104; CV145-152; CV174-178; P4-7; P129; BJ32-33; BJ37-38; MN-s267-272; LS-s213-214, CVs33-36; EL57-69; GF243-244; ME124-127; GF667-668; EL-s57-59; GF57; EU-s65; EU-s83-86; ABe-s410-411; CPa-s 50-55; CPa-s380-382; RI230-232; RI 225-227; CeG-s166-167)

3.7.1. Tomar conciencia de la necesidad de un cambio (LS44-46; LZ256-257; GF399-400; XF590-597)

**4. Valoración positiva del taller en general y de las actividades desarrolladas en él** (JG126-128; JG253-254; C198; C206; C218; P176-177; PS231-234; AB5; XF37-38; LZ561-565; LZ571-576; JG-s7-8; JG-s20; JG-s32-37; JG-s72; JG-s102-103; JG-s129-130; JG-s278-279; XF-s104-106; XF-s206-208; MN-s292-294; BJ-s25-26; PS-s66-67; CV-s328-330; CV-s386-387; CV-s405-408; CV-s410-412; CV-s407-408; CV-s213-219; CV-s474-477; GF38-39; CAP140-142; GF50-51; EL27-29; EL40-47; EL118-120; EL175-179; CAP345-346; ME70-76; ME 91-98, GF700-702, GF758-759, EL-s10-14; EL-s 107-108; EL-s110-112; GF324-328, GF406-407; GF409-412; GF441; JG-s189-191; MD-s171-179; MD-s271-277; CP471-472; CP474-476; GN116-119; ABe-s327-328; CPa-s148; CPa-s213; CPa-s345-349; CPa-s449-452; MGo185; CeGa7-8; CeGa15-24; RI258-260; RI270-274; MG-s118; AQ-s36-37)

**4.1. Valoración del taller como espacio de cuidado para sí misma** (CAP61-63; MG103-104; MG106-108; CAP130-131; CAP132-135; CAP294, ABe-s175-179; CAPa-s61-62; CAPa-s103-104; MGo207-208; RI69-72; RI74-76; LS-s391; LS393-394; LS402-403; MG-s64-65).

**4.2. Valoración del compartir en grupo.** (XF562; LZ135; GF11-12; CAP333-334; CV93-94; GF87-88; RT230-231; CAPa-s13-14; MG-s70-71).

4.2.1. Relacionarse favorablemente con las compañeras del taller (AB74-75; MN-s129-131; MN-s154-156; MN-s161; CAP131-132; GF144-152; GF556-558, CeGa193-196; CeGa203-208; LS-s386-387)

4.2.2. Valoración del aporte de las experiencias de las otras participantes (BJ168-170, MN-s135-142, AS27-31, AS113-114, AS279-283M; GN8-9; CAPa-s41-42; AQ-s 4-5; MG-s84; MG-s87-90)

4.2.3 Valoración de la relación entre las participantes y los monitores (ABe-s 169-171; ABe-s332-333; ABe-s 427; CAPa-s17-18; MG-s94-95).

**4.3. Valoración de los contenidos entregados durante el taller** (CV93-94; CV219-220; MN-s302-303; CAP132; MGo297)

**4.4. Valoración positiva de los audios de práctica** (LZ141-142; LZ146-149; LZ570-571; MN-s302-303; PS-s22-23; EL193-194; GF121-124; GF414-417; MD-s65-67; CPa-s34; CAPa-s89-90)

**4.5. Valoración del rol de monitor** (PS224-226; JG-s22-23; JG-s123-124; XF-s 211-212; PS-s94-97; EL45-47; EL149-154; CAP335-338; CAP346-349; ME70-76, ABe-s32-33; RT249-254; RT297-302; RT241-245; CPa-s147; RI 26, CeGa391-396, CeGa398-402, CeGa404-405, CeGa408)

**4.6. Complemento del taller a la psicoterapia** (BJ372-374; AB22; JG-s152-153; BJ-s15; CV-s328-326; EL154-160; EL237; EL-s46.49; EL-s113-116; LS-s207-208)

**4.7. Valoración de las entrevistas del taller** (ABe-s 418-422; ABe-s 428-431)

**4.8. Motivación y expectativas favorables para asistir al taller.** (XF562-563; EL29-30; EL122-124; CV4-5; EL7-12).

**4.8.1. Expectativas de mayor duración del taller o que se vuelva a hacer.** (C96-97; XF571-574; BJ407; LZ575-576; LZ580-581; JG-s31; XF-s202; EL72-75; EL87-88; GF 97-98; MD-s422-424; EUs99; As36-38; CPa-s 445; CAPa-s100; LZs100-102; CeGa43-45; MGo331; MGo462-464; MG-s119-121; AQ-s 37-38; MG-s64-65).

**5. Impacto del taller en las participantes.** (JG61-62; LS29-30; GF839; ME124-127)

**5.1. Mayor conciencia del propio funcionamiento.** (BJ416-417; MN-s85; BJ-s48-50, BJ-s54-56; BJ-s64-68; GF568-571; XF385-389; XF393-403; MD-s264-266; CV78-80; PS173-175; BJ166; BJ178-179; BJ198-201; BJ191-192; CPa-s12-13; CPa-s59-62; CPa-s 249-253; CPa-s423-417; CPa-s419-420; CeG-s111-115; CeG-s206-208, CeG-s302-303; CeG-s384-385).

5.1.1. Conciencia de la necesidad de practicar ejercicios del taller (PS179-181; PS200-201; MG22-27; RI104-105, CeG-s273; CeG-s533-540)

5.1.1.1. Conciencia de la importancia de meditar para mantener los cambios experimentados (CPa-s219; CeGs228-229)

5.1.2. Conciencia del propio proceso de cambio mental y emocional (BJ22-26; BJ39-41; BJ178-179; PS-s41-43; CV-s259-263; CAP95; MD-s282-286; CeG-s148-150; CAP84-88; ABe-s302-306).

5.1.2.1. Ampliación y agudeza de la percepción (BJ18-22; JG-s47-51; ME79-81)

5.1.3. Conciencia de lo importante que es estar bien (CV-s467-469; BJ-s91-98; LE 204-206, CeG-s 462-463)

5.1.4. Percepción de los otros respecto del propio cambio (JG620-621; C192; P42-43; LZ27-28; LZ45; P21-23; P117-118; P119-122; P129; PS90-92; CV-s85-86; CV-s446-448; EL71-72; CAP383-384; CAP388-389; ME102-103; G271-275; GF641-651; EL-s37-43; MD-s99-101; CPa-s223-224; RI152-153; CeGa 287-291; CeGa297-302; MGo346).

5.1.5. Mayor atención y conciencia del entorno (BJ7-9; BJ-s143-149; GF356-361; RT29-31; RT43-46; RT67-68; RT22; LS-s103-105).

**5.2. Cambio favorable en el modo de relacionarse consigo mismas.** (JG61-62; LS 29-30; GF839; ME124-127; JG153-155; CeG-s 4).

5.2.1. Revalorización a sí misma (LZ403-404; LZ411-412; MN-s47-48; Ps79-81; CV-s164-167; MN8-9; ME124-125; GF354-355; JG334-339; JG560; JG608; AB-s13-15; GF594-596; GF681; ABe-s306-309; RI47-48).

5.2.1.1. Sentirse bien consigo misma (AB7; MN-s168-169, CV-s77-78; CV-s161; RT35-37; MG-s131-132).

5.2.1.1.1. Mayor confianza en sus capacidades (JG282-285; XF-s13-18, GF387-388; AB-s197-198)

5.1.1.1.1. Sentimiento de seguridad y empoderamiento (PS173-175; LZ123; LZ127-128; MN-s60-61; CV-s45-48; LE212-221; P84-85; P41-42; P8-10; P13-15; P97-98, BJ426-427; CV-s581-586; BJ-s77-77; BJ-s203-205; GF794-797; AQ-s 1-2).

5.2.1.2. Reconocer las propias necesidades (CAP71-73; GF355-256; GF635-636; CP485; MGo105; AQ-s5)

5.2.1.3. Permitirse ser vulnerable (CAP63-65; CAP96-98; CAP185-187; CAP440-444, CAP461-464; CAPa-s38, CAPa-s54-55; CAPa-s83-84)

5.2.1.4. Aceptación y flexibilidad ante la imperfección y los errores (J440-454; CAP8; CV-s247-250; CAP203-205; BJ-s64-68; BJ-s69-74; BJ-s81-82; GF115-117; GF503-506; GF508-509; EL-s86-91; BJ-s154-156; CV-s109-112; CAPa-s 95-98; RI157-160)

5.2.1.5. Reconexión con su femineidad (BJ355-356; LZ26-27; MG153-156; CeG-s471-472).

5.2.1.5.1. Necesidad de trabajar su femineidad (BJ319-320; BJ326-328)

5.2.1.5.2. Ocuparse por la vestimenta y maquillaje (JG229-230; JG239-240; JG448-449; LZ26-27; MG-s139-140).

5.2.1.6. Darse cuenta de aspectos de sí misma-Conocerse más (CV119-120; CV136; CV146-150; LZ17-18; LZ405-406; GF18-19; GN169; CAPa-s 18-19; CeGa 5-6; RI 65-68; RI 81-82; RI 84-86; RI 109-110; LZ-s77-80; CeG113-115).

5.2.1.7. Desarrollo de una mayor conciencia corporal (P183-185, P 209-215; BJ-s7, BJ-s9-11; Ps8-10; BJ-s143-144; CeG-s467-468)

5.2.1.8. Desprenderse de mandatos de éxitos profesionales (BJ-s221-227; BJ-s 228-253)

5.2.2. Tratarse a sí misma de un modo amable y compasivo (A-s41-42; A-s223-225; MN-s97; CV-s304-306; ME61; EL-s18-20; ABe-s269; LS38-39; JG369-

370; LS46-48; CV33-36; AB41; LZ89-90; CV-s10,11; CV-s26.27; AB82-83, AB-s145-146, CV-s10,11; CAP, 203-208; GF119-121; GF195-196, ABe.-s255-258; CAPa-s94; RI208-210; CeGa328-331; CeGa351-353; CeG-s24-27; AQ-s16)

5.2.2.1. Darse amor y bondad a sí misma (MN29-32; P66; LZ12; LZ89-90; MN-s61; XF-s59-60; MN-s215; MN9-12; ME31; ME61; MGo250-251; MG-s5-6)

5.2.2.2. Aceptarse y valorarse a sí misma (JG134; JG153-154; AB40; LZ13-14; JG115-116; JG120-JG121; JG158-159; JG188-189; JG202-203; JG58; LS173-178; MN7-9; MNP100-101; P108-109; XF-5; LZ89-90; LZ128; LZ403-404; LZ411-412; MN-s63; CV-s46; CV-s423; CV-s435-436; MG6; CAP149-151; CAP343-345; GF200-209; GF509-511; GF668; ABe-s120-122; CPa-s126-127; RI212-213; MG-s34-36).

5.2.2.3. Perdonarse a sí misma (LS21-22; MN11; BJ-s167-169; MG93; MG98-99)

5.2.2.4. Ocuparse de sí misma (CV6-7; CV18-19; CAP185, CAP208, GF 64-66, GF 77-78, MD-s 77-78. MD-s 83-84; MN-s 272; MD-s116-121)

5.2.2.5 Darse tiempo y espacio para sí misma (LS 143-147, MN9-10; CV23-24; PS57, PS134-139, PS147-151; CV86-88, PS24-26, P60-61; BJ 213-217; XF70-71; BJ-s91-98; MG 157; CAP116-120; MD-s24-27; P56-61; MGo8-10; MGo15; MGo84-85; CAPa-s23-24; CAPa-s28; CAPa-s54; CAPa-s63; MGo211; RI54-56, CeGa35-3; CeG-s481-485; MG-s6; MG-s53-60).

5.2.2.6. Escucharse y priorizarse (CAPa78-79; C86-88; P27-30; P 30-31; PS93; PS142-143, CV-s46; LZ424-426; JG-s236-238; CV-s124-126; BJ-s105-108; GF3-4; GF15-18; CAP163; CAP179-180; GF66-69; GF849-854; MD-s 17-20; MGo12; MGo114-115; MGo186-188; CeGa6-7; AQ-s16).

**5.3. Cambio en el modo de relacionarse con los demás.** (CAP421-423; ME135-136; GF248-249; PS-s43-44; LS74-76; BJ-s83-86; GF620-627; GN79-80; RT237-239,

CeGa42-43; MGo317-318, CeG-s510-516; MG-s42-45;MG-s50-MG-s51; MG-s53-56; LS-s156-160; LS-s344-348; MG-s68-71).

5.3.1. Conciencia de la importancia de cultivar las relaciones significativas (MD-s183-189; ABe-s51-57; ABe-s258-259)

5.3.2. Expresar lo que siente y piensa (XF494-496; XF519-520; LZ43-44, LZ135-136; XF-s135-136; PF-s77-81; CAP262-263; CAP265-266; ME40-44; GF685-686; BJ150-154; CAPa-s37; CeGa242)

5.3.2.1. Pedir lo que necesita (XF506-509; AB-s159-163; XF-s24-26; GF523-525; ABe-s73-80)

5.3.2.2. Sensación de liberación al expresarse (AB-s161-163; CAP276-277; CAP283-286; MGo263-267; BJ-s172-178)

5.3.2.3. Marcar límites (MN42; P24-26; PS39-43; PS104-107; XF520-526; AB-s132-133; AB-s136-137; AB-s139-141; XF-s19-22; CV-s453-454, CV-s592-594; CV-s598-602; ME114-116; GF441-447; GF492-501; RI90-93; RI121-123; AQ-s11-14)

5.3.2.3.1. Problematizar la dificultad en poner límites (BJ-s98-103; GF448-452)

5.3.2.3.2. Desprenderse de la opinión de los otros (AB-s118-121; MN-s30-34; BJ-s76-77; LZ422-424; GF649-652; GF653-656; CAPa-s72-75)

5.3.3. Conductas de socialización con otros (JG423-425; JG 427-428; JG 446; JG506-508; MN-s181-184; GF579-582; CPa-s174-176; CPa-s234-236; CV-s575-576)

5.3.3.1. Percepción de cambio favorable en la forma de comunicarse (CV-s 90-94; EL35-36; EL58-60; EL139-142; EL191-201; ME114-116; GF527-531; ME135-136; CPa-s228-229)

5.3.3.2. Darle más importancia y espacio a otros (BJ248-249; CV-s569-570; CPa-s229)

5.3.3.3. Percepción de que los demás se comportaron más amable con ella (LZ53-55; CAPa-s79-81)

5.3.4 Compasión hacia los demás (CV164-167; MG 15-16)

5.3.4.1 Amabilidad hacia otros (JG419-42; LS61-63; LS64-66; MN44-46; MN-s41-42; MN-s321-323; MG8-9; MD-s223-225; GN82-83; CPa-s224-225; CeGa213-214)

5.3.4.2. Aprender a pedir disculpas y perdón. (MD-s230-236; MD-s258-260; MD-s293-295; ABe-s143-145)

5.3.4.3. Aceptar y perdonar a los otros (JG120-121; JG169-172; CV40-43, CV166-167; AB40; AB36; BJ447-454; MN-s24; MN-s259-260; MG 54-55; MG58; GF257-262; PS-s110-111; GF485-487; GF600-603; MD-s42-43; JG542-543; CeGa216-219; CeGa221-223; CeGa235-237; CeGa242-243; MG-s63-64; LS-s307-310)

5.3.4.4. Aprender a escuchar y entender a los demás (BJ416-419; JG-s 285-287; MN-s86-90; BJ-s25-26; EU-s67-71; CeGa37-38; CeG-s70-73; CeG-s81-83; CeG-s87-88; CeG-s597-501)

5.3.4.5. Ser menos exigente con los demás (BJ-s117-120; GF245-247; GN63-65; RT61-63)

5.3.4.6. Dar las gracias (JG179-183; XF563-566, ABe-s141-142).

**5.4. Desarrollo de nuevas herramientas personales.** (CV114; CV125-128; CV134-136; P9; BJ19-22; BJ34-35; AB62-63; AB-s200-202; BJ-s196-201; BJ-s194-196; EL191-201; ABe-s 91-92; CPa-s131-134; CPa-s400-401; CeG-s39-40; CeG-s201-202)

5.4.1. Capacidad de comunicarse (LS-s162-167; MGo401-402)

5.4.1.1. Decir asertivamente lo que siente y sentirse mejor (MN42-44; MN 46-48; PS39 - 43; CV-s27-28; CAP22-23; CAP194; ME127-128; GN166-167)

5.4.2. Mayor fortaleza ante situaciones difíciles con otros (LZ115-118; LZ163-165, ABe-s96-99)

5.4.3. Capacidad de tranquilizarse a sí misma (MN55-58; AB6; XF5; MG6; GN 107-109; CPa-s138-141; CAPa-s66; CAPa-s87-89-91-92, CeG-s20; CeG-s212-214; LS-s68-69; LS-s71-72; LS-s109-111; LS-s139-141; LS-s231-233)

5.4.4. Capacidad para disminuir la autocrítica (AB-s177-178; CV-s185-188; ABe-s211-213; ABe-s217-220; MG-s14-15; MG-s17-18; MG-s71-72)



5.4.5. Darse fuerza a sí mismas (LZ85; LZ91-92; LZ115-118; JG432; AB-s14-15)

5.4.6. Incorporar prácticas del taller y llevarlas a la vida cotidiana (PS74-75; PS182-185; PS182-185; PS188-190; PS194-195; XF25-27; XF130-134; XF358-359; XF366-372; AB-s46; XF-s102-103; MN-s259-260; MG22-27; ME44-47; ME56-58; ME60-62; EU-s92-95; ABe-s406-407; CPa-s29; AB-s241-243; JG-s261-263; MN-s320-323; RI234-235; CeG-s523-530; LS-s235-242; LS-s244; MG-s106-116)

5.4.6.1 Utilización de técnicas de relajación y manejo de la ansiedad (JG95-96; AB14; XF587-590; MN-s96; CAP106-108; GF61-63; AB19; CPa-s159-160; LZ-s18-20; LZ-s70; CeG-s233-235; ME 44-46)

5.4.6.1.1. Aprender a respirar (JG56-59; JG376; JG590; CV109-110; PS62-63; AB6; AB70; XF31-34; LZ232-236; A6; AB-s20-23; MN-s110-112; MN-s120-124; JG-s202-203; RI188-191)

5.4.6.1.1 1. Uso de la respiración para calmarse (AB-s20-21; XF-s9-11; XF-s141-144; XF-s149-150; EL102-104; EU7; EU9-11; EUs13-14; EUs32-34; ABe-s227-228; GN12-17; AS407; RT145-148; MGo244-246; RI193-198; MG-s99-100)

5.4.6.2 Prácticas de autocuidado (XF589-592; XF596-597; CAP102-103; EL64-66; EL96-99; EL204-206; RI173-176)

5.4.6.2.1 Práctica de llevarse la mano al pecho (ABs20-23, AB-s200-202, XF-s8-9; LS-s3-7, LS-s14-16, A Be-s226-227, ABe-s234-239, ABe-s 268-269, ABe-s 408;)

5.4.6.2.2. Práctica de hacer una pausa conectarse al momento presente (LS-s17-20; LS-s24-25; EL81-87; MG88; ABe-s191-196; LS-s48-51; LS-s58-64; CeG-s239-244; CeG-s248-253)

5.4.6.3. Cambiar pensamientos negativos cultivando lo positivo (MD-s379-385; AB-s127-130; ABe-s138-141)

5.4.6.4. Reconocer pensamientos negativos y dejarlos pasar (CPa-407-408; LS-s45-51; LS-s71-72)

5.4.6.5. Darse cuenta de pensamientos negativos y cambiarlos (CPa-s 11-14; CPa-s18-19; CPa-s387-392; CPa-s434-435).

**5.5. Resignificación de la propia vivencia.** (MN-s21-24; AB-s154-156; AB-s186; ABe-s310-314; ABe-s362-365; LZ-s80; CeG-s345-347).

5.5.1. Ver la vida con otros ojos (AB26; MN-s251; MD-s379-385; ABe-s 385-386; CPa-s324-326; CeG-s336-339).

5.5.2. Resignificación de una experiencia cotidiana (BJ14-16; MN-s85-86)

5.5.3. Resignificación de sus experiencias emocionales (CV146-152; MN-s 36-38; GN76-77)

5.5.4. Apreciación de la belleza de la vida (BJ5-7; BJ10-11; Cpa-s49)

5.5.5. Resignificación de una experiencia dolorosa (JG378-380; LS18-21; XF388-389; LZ98-100; LZ105; MN-s16-20; MN-s21-24; AB-s154-156; AB-s186; MN-s74-75; MN-s77; CeG-s411-415; CeG-s418-422; CeG-s433-435)

5.5.5.1. Nuevo modo de enfrentamiento de una experiencia difícil (AB-s186-189; BJ-s18-26; ABe-s353-358; ABe-s370-378; CPa-s19-23; CPa50-55; CPa-s384-387; CAPa-s57-60; AQ-s17-18; AQ-s29-31)

5.5.6. Disfrutar de la vida cotidiana y del trabajo (JG491-492; JG524-525; JG602-603; JG628-629; JG268; AB-s52-53; JG-s252-253)

5.5.7. Disfrutar del contacto con la naturaleza (AB-s54-56; AB-s61-63; BJ-s143-149; BJ-s151-152; LS-s 379-381)

5.5.8. Valoración de nuevos aprendizajes (LZ67-69; MN-s97-98)

5.5.9. No identificarse con las emociones (CV131; CV-s192-198; CV-s295-299).

**5.6. Disminución de sintomatología** (AB-s200-202; AB-s208; AB-s392-395).

5.6.1. Recuperación del peso corporal (JG440; MN-s214-215; ME77-78)

5.6.2. Regulación del apetito (JG140; JG142; JG145-148)

5.6.3. Recuperación de los ciclos del sueño (CPa-s353-354)

5.6.4. Manejo y remisión de sintomatología ansiosa (AB17-19; XF6-8; XF12-16; X25-36; AB21; AB62-63, LZ64; LZ207-211; AB-s26; AB-s191-193; AB-s200-202; AB-s208-211; MD-s311-313)

5.6.4.1. Disminución de anticipación ansiosa negativa (LZ180-186; GF617)

5.6.5. Remisión del dolor de cabeza (XF380-381; XF-s90)

5.6.6. Disminución de consumo de medicamentos (JG391; MD-s309-311; Cpa-s 69)

5.6.7. Disminución de pensamientos negativos (CPa-s206-209, CAp-s355-359)

5.6.7.1 Reducción de la autocrítica y la culpa (CV-s15-16; AB-s6-8; AB-s8-9; AB-s13-14; AB-s175; LS-s36-37; CV-s15-16; CV-s78-80; CV-s279-281; BJ-s159-163, BJ-s165; MG71-72; GF181-185; EL-s73-76; ABe-s25-26; ABe-s224-225; RT70-73; CPa-s111-114; CeG-s176.186; CeG-s187-192; MG-s74-77)

**5.7. Incremento del bienestar.** (LZ190-193; LZ190-193; MG46-47; CAP 245)

5.7.1 Determinación a ser feliz y vivir con mayor calidad de vida (CPa-s193; AB-s168-169, BJ-s189; GN86-88; GN92)

5.7.2 Incremento del bienestar al interior de la familia. (ABe-s121-124; ABe-s 394-399)

5.7.3 Vivir la vida con alegría y menos sufrimiento (CPA-s331-333; CeG-s458-459; MGo473-476)

5.7.4. Sentirse con más vitalidad (CeG-s488-493; JG137-140; C119-120; CeG-s425-426; CPA-s434-439)

5.7.5. Aumento de afectos positivos (JG341; LS129-131; C108-109; LZ190-193, A-s159; JG-s29-30; MN-s41; MN-s254-255; GF372-373; GF520-521; GN53-56; CPA-s210).

**6. Dificultades para practicar en la vida cotidiana** (XF102-105; XF67; XF-s101-103; XF-s124-125; XF-s143-144; MGo215-216; LZ-s7-8; LZs86-87; LZ-s95-97; LZ-s26-27; LS-s74-77)

**6.1. Dificultad para permanecer en el momento presente** (CV-s483-486; EL43-44; CeGa128-12; CeGa139; CeGa141; CeGa167-168; CeGa179-180; CeGa372-375)

**6.2. Dificultad para practicar por exceso de trabajo y poco tiempo** (BJ-s208-217; BJ-s 217-220; MG103-106; CAPa-s10-14; CAPa-s100-101; MGo218-221)

**6.3. Dificultad para practicar por perder los audios** (LS-s85-86)

**6.4. Deseo de ser más perseverante para incorporar la práctica de meditación en la vida cotidiana y dificultad para conseguirlo.** (XF-s183-184; RT 275-281).

## **7. Aspectos por trabajar no resueltos por el taller.**

**7.1. Deseo de perfección.** (BJ170-174; BJ-s54-56).

**7.2. Manejo de la rabia.** (LZ 215-219; 223-228; CeGa67).

**7.3 Valorarse a sí misma.** (LZ-s68-69; CeGa101-103).

**7.4. Aprender a querer más.** (CV-s135-137; ABe-s11-18; LZs44-45; LZs50- 52).

**7.5. Tomar decisiones.** (GF 177-179; LZ-s69-72).

**7.6. Manejo de sintomatología ansiosa.** (XF-s93-94; XF-s109-110; XF-s117-122; MGo201-203; MGo388-390; LZ-s20-23; BJ154).

**7.7. Manejo de síntomas depresivos.** (ABe-s33-36, AB-s103-107; LZ-s8-9; MG-s146-152).

**7.8. Dificultad para contactar afectivamente con otro.** (BJ-s35-38; GF57-61; LZ286-288).

**7.9 Postergarse a sí mismas.** (LZs53-57; CeGa80-81; CeGa91-93; MGo282, MG-s27-28; MG-s101-102; CeGa120-121).

7.9.1. Aislamiento. (LS257-259; LZ59).

**7.10. Aprender a reaccionar frente a situaciones difíciles y poner límites.** (CPA-s; MGo272-275).

**7.11. Dificultad para ser amable consigo misma.** (CeGa64-65; CeGa67-72).

**7.12. Acelerada y obsesiva con el orden.** (CeGa-s100-102; CeGa-s126-129; CeGa-s289).

Anexo N°10. Figuras 9: Interacción de las variables evaluadas en Anova Mixto

Figura N°9.1. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala de mindfulness.

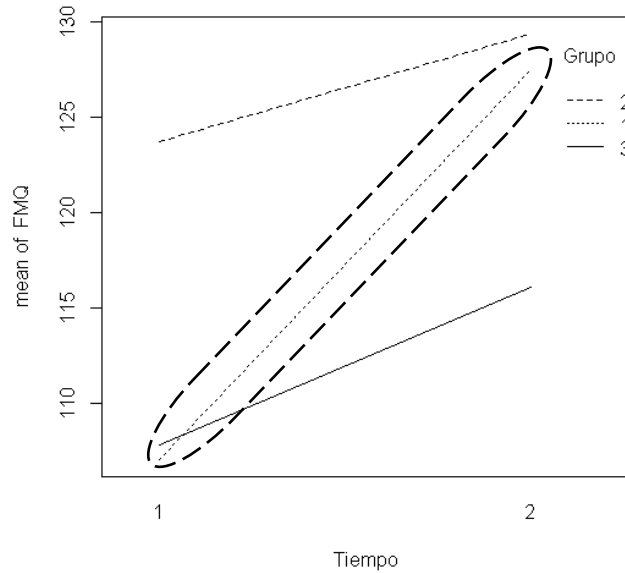


Figura N° 9.2. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala de autocompasión.

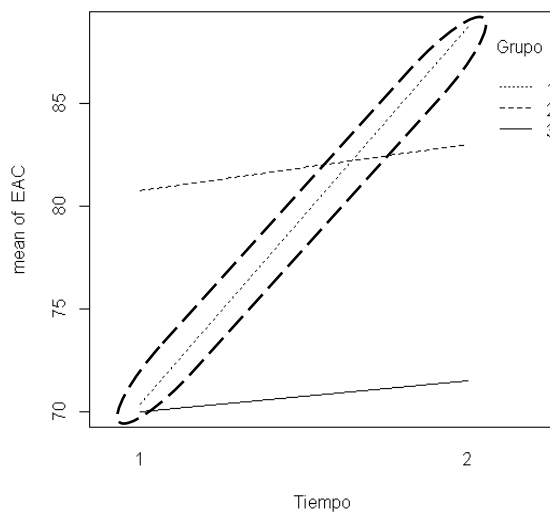


Figura N° 9.3. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala ansiedad.

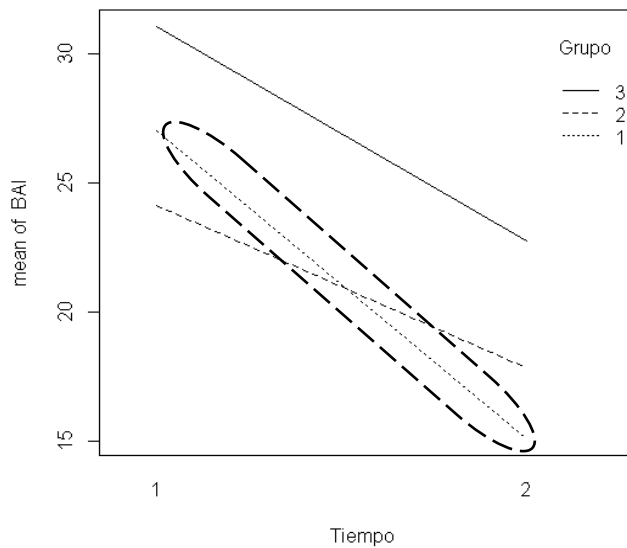


Figura N° 9.4. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala depresión.

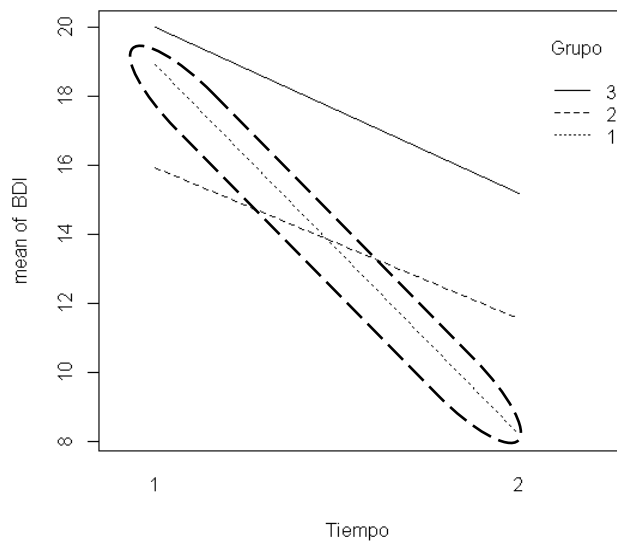


Figura N° 9.5. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala percepción global de estado- Estrés.

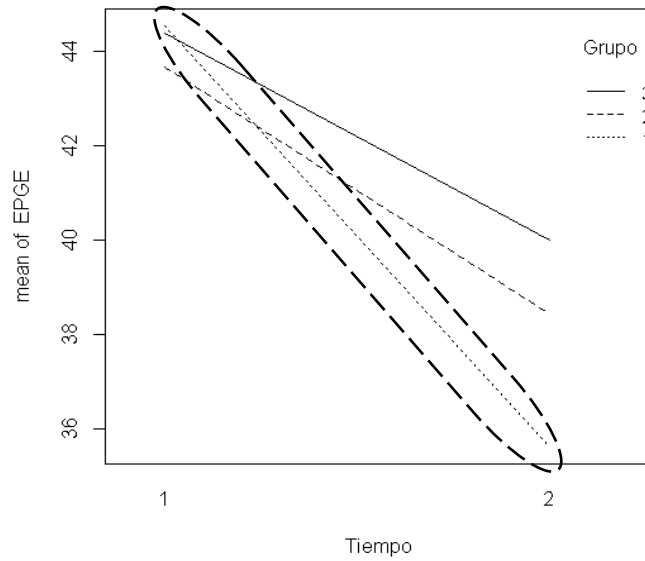


Figura N° 9.6. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala PANAS N (afecto negativo).

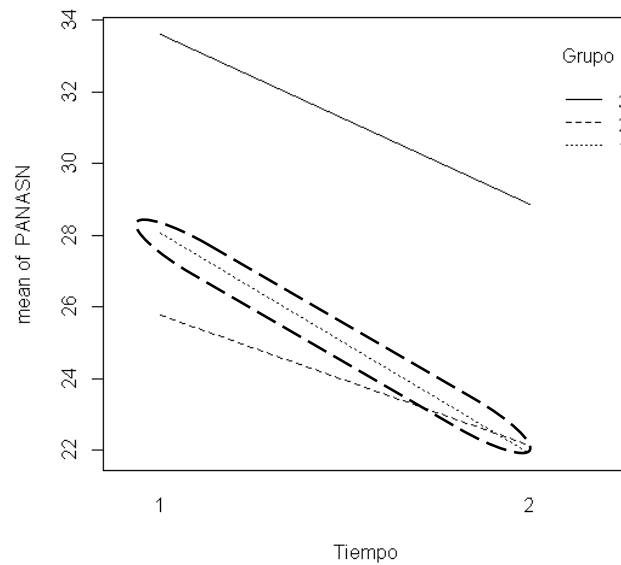


Figura N° 9.7. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala de bienestar psicológico.

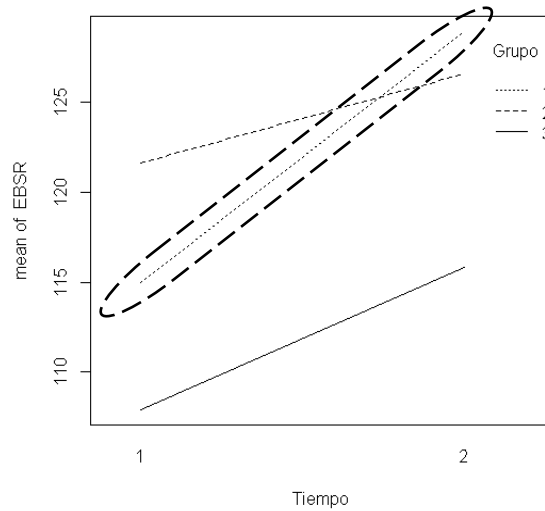


Figura N° 9.8. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala de felicidad subjetiva.

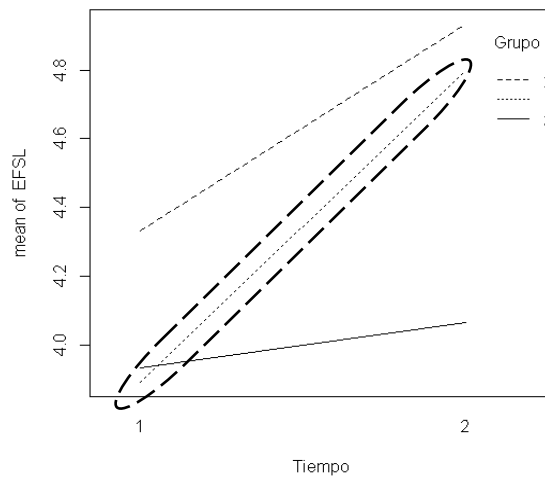
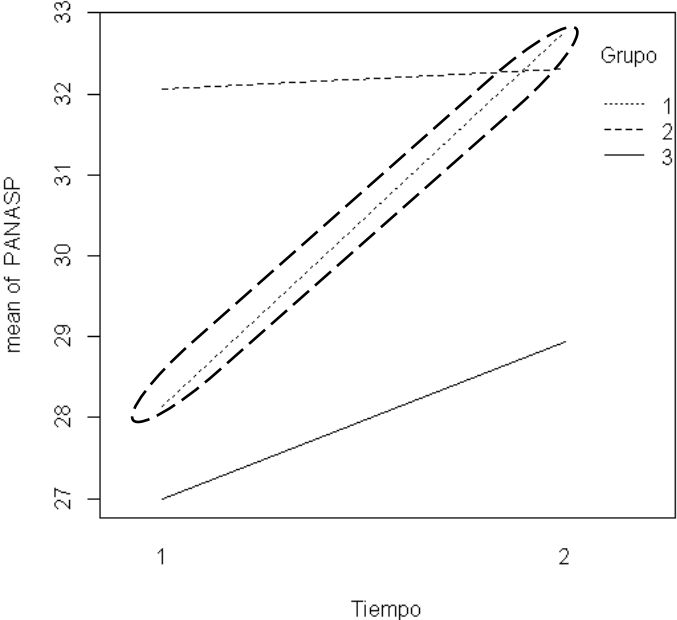




Figura N° 9.9. Variación pre-post intervención en grupo de tratamiento y grupos de control en escala PANAS P de afectos positivos.



Anexo N°11

Resultados Anova Mixto con sub-escalas.

Escalas	Interacción		Factor Entre-sujeto (Grupos)		Factor Intra-sujeto (Tiempo)	
	F	P	F	P	F	P
FFMQ	3,905	0,027	2,637	0,082	26,876	3,92e-6
Observación	4,114	0,022	3,128	0,053	8,136	0,006
Describir	1,229	0,301	3,093	0,054	11,756	0,001
Actuar con consciencia	7,293	0,002	0,929	0,402	23,686	1,18e-05
No juicio ante la experiencia	0,351	0,706	0,678	0,512	13,091	6,91 e-04
No reactividad	0,135	0,874	0,767	0,470	5,812	0,0196
EAC	6,719	0,003	1,886	0,162	15,336	0,0003
Bondad	4,017	0,024	3,016	0,058	11,018	0,002
Autojuicio	10,780	1,28e-04	0,475	0,625	14,060	4,61e-04
Humanidad Compartida	1,716	0,190	0,624	0,540	2,973	0,091
Aislamiento	3,081	0,055	2,868	0,066	2,851	0,098
Mindfulness	2,013	0,144	1,692	0,194	10,477	0,002
Sobre-identificación	2,942	0,062	1,047	0,359	4,319	0,043
PANASP	2,663	0,08	1,248	0,296	9,842	0,003
PANASN	0,368	0,694	3,997	0,025	16,206	0,002
BAI	0,737	0,484	0,942	0,397	21,355	2,71e-05
BDI	2,709	0,076	0,898	0,414	30,247	1,3e-06
EPGE (estrés)	1,113	0,337	0,234	0,792	22,972	1,51e-05
Bienestar psicológico:	1,017	0,369	1,755	0,183	12,128	0,001
Autoaceptación	0,469	0,629	2,605	0,084	10,968	0,002
Relaciones positivas	0,987	0,380	2,537	0,089	0,284	0,597
Autonomía	0,208	0,813	0,067	0,936	2,245	0,140
Dominio del entorno	1,035	0,363	0,783	0,463	11,645	0,001
Propósito en la vida	1,677	0,197	0,777	0,465	12,724	8,07e-04
Crecimiento personal	0,243	0,785	2,009	0,145	7,685	0,008
EFLS	1,667	0,1996	1,667	0,200	11,291	0,002