

**Universidad de Chile**  
**Facultad de Ciencias Sociales**  
**Escuela de Psicología**

**Percepciones y manifestaciones de bienestar psicológico y  
mejoramiento de síntomas de depresión, ansiedad y estrés,  
asociados a un entrenamiento basado en mindfulness y  
autocompasión en mujeres pertenecientes a sectores de  
vulnerabilidad psicosocial**

Memoria para optar al título de Psicóloga

**Autora**

Ps. Paloma Natalia Medina Carrasco

**Profesor Patrocinante**

Dr. Pablo Herrera Salinas

**Profesional Colaborador**

Dr. Claudio Araya Véliz

Santiago, 2016

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres por su infinito amor, paciencia y apoyo incondicional*

*A mi hermano por sus risas y compañía*

*A la profesora Laura Moncada por siempre haber creído en mí y por  
iluminarme el camino*

*A Claudio Araya por su enorme generosidad y su gran apoyo en este  
proceso*

*A mi amiga Cecilia por darme ánimo e impulso y acompañarme en este  
intenso camino de convertirnos en psicólogas*

*A las mujeres que participaron en esta investigación, mujeres fuertes y  
luchadoras, de las cuales aprendí muchísimo. Esta memoria va dedicada a  
cada una de ellas con mucho amor*

*A mis compañeros de equipo que participaron de esta investigación y la  
hicieron posible, en especial a Alberto, Denisse, Claudio Andrés, Claudio  
Antonio y la profesora Laura por sus agradables compañías las tardes de  
los lunes*

# ÍNDICE

<b>I. RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>-PALABRAS CLAVE</b>	<b>5</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
1. Depresión	7
2. Ansiedad	8
3. Estrés	10
4. Mindfulness y autocompasión	11
5. Pregunta de investigación	13
5.1. Preguntas directrices	13
5.2. Objetivos	14
<b>III. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>15</b>
1. Mindfulness y autocompasión	15
1.1. Mindfulness	15
1.2. Autocompasión	17
1.2.1. Amabilidad con uno mismo	19
1.2.2. Humanidad compartida	19
1.2.3. Mindfulness	20
2. Diferencias entre autocompasión y otros conceptos de la psicología contemporánea	21
2.1. Autocompasión y lástima	21
2.2. Autocompasión y autoestima	22
2.3. Autocompasión y autoaceptación incondicional	24
3. Unión de mindfulness y autocompasión	24
4. Reducción de síntomas de depresión, ansiedad y estrés a través de mindfulness y autocompasión	26
4.1. Depresión	26
4.2. Ansiedad	28
4.3. Estrés	29
5. Bienestar psicológico	30
6. Relaciones interpersonales	33

<b>IV. METODOLOGÍA</b>	<b>36</b>
1. Contexto	36
2. Participantes	37
3. Diseño	38
4. Procedimiento	39
<b>V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>45</b>
1. Relación consigo misma antes del taller	45
2. Sintomatología previa al taller	49
3. Valoración positiva del taller en general y de las actividades desarrolladas en él	57
4. Manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales de bienestar psicológico	60
5. Cambios percibidos por las participantes que contribuyeron a una mayor sensación de bienestar	74
6. Mejoramiento de sintomatología	86
7. Dificultades vivenciadas durante la participación en el taller	87
8. Aspectos por trabajar no resueltos por el taller.	88
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>90</b>
<b>VII. REFERENCIAS</b>	<b>105</b>

## I. RESUMEN

La presente investigación se basa en un taller impartido a nueve mujeres pertenecientes a la comuna de Pudahuel. El taller se basa en mindfulness y autocompasión y busca entregar herramientas para desarrollar una actitud más compasiva hacia uno mismo y aprender a vivir el presente, buscando con ello un incremento en la sensación de bienestar psicológico y mejoramiento de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Por medio de entrevistas semiestructuradas hechas una vez terminado el taller y el seguimiento a los seis meses de realizado, se buscó conocer las posibles manifestaciones que darían cuenta de bienestar psicológico y la reducción de síntomas propios del estrés, la ansiedad y la depresión en las nueve mujeres participantes del taller.

**Palabras clave:** mindfulness, autocompasión, bienestar psicológico, depresión, ansiedad, estrés.

## II. INTRODUCCIÓN

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2016, párr. 2). La anterior, es la definición de salud mental que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud [OMS].

En la actualidad, un malestar psicológico ha embargado al hombre moderno, el cual ha estado acompañado de la manifestación de trastornos psiquiátricos tales como la depresión, la ansiedad, el suicidio y el estrés, los cuales han ido en aumento en Chile y Latinoamérica en general (Aceituno, Miranda & Jiménez, 2012).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2014), los desórdenes mentales afectan en su mayoría a mujeres, siendo la depresión y la ansiedad, las enfermedades mentales con mayor incidencia en el mundo (OMS, 2016). La Organización Mundial de la Salud (2014), ha establecido que las mujeres están más expuestas al desarrollo de enfermedades mentales, ya que experimentan el ambiente social y económico de modo distinto a los hombres, llegando a ser más propensas a autocríticas y culpabilidad. Lo anterior, sumado al estilo de vida actual, contribuye negativamente al desarrollo de trastornos psiquiátricos, sobre todo en sectores de menor poder adquisitivo y marginados, ya que aquellos son los más desprovistos de recursos y los mayormente expuestos a situaciones adversas (OMS, 2014).

Enfermedades como la depresión, la ansiedad y el estrés se han vuelto un problema sanitario creciente en el mundo entero, pasando de 416 millones de personas afectadas con depresión y ansiedad en 1990 a 615 millones hacia el año 2013, ocasionando entre otros problemas, la mayor causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2016). Por otra parte, existen otras problemáticas asociadas a los trastornos mentales tales como el suicidio, malestar psicológico y consecuencias socioeconómicas (OMS, 2016). Al año, 800 mil personas se suicidan aproximadamente, siendo la segunda causa de muerte entre las personas comprendidas entre los 15 y 29 años de edad (OMS, 2016).

## **1. Depresión**

En el año 2012 se ha registrado la existencia aproximada de 350 millones de personas que padecen depresión en el mundo, pertenecientes a todas las edades. Es la primera causa de discapacidad y contribuye de forma considerable a la morbilidad general mundial (Organización Mundial de la Salud, 2015). Es importante destacar, que la mayor parte de la población depresiva del mundo corresponde a mujeres (OMS, 2015). Por su parte, en Chile, según una encuesta hecha por el Ministerio de Salud el año 2010, la depresión afecta a un 17,2% de la población encuestada en ese estudio. Esta encuesta señala que la prevalencia es mayor en sectores de nivel educacional menor, lo que indicaría que el ambiente incide en el desarrollo de esta enfermedad (MINSAL, 2010). Según esta misma encuesta, la mayor parte de los afectados corresponde al sector activo de trabajo, el cual remite a las edades comprendidas entre los 25 a 64 años de edad. Al igual que los datos que arroja la OMS, en Chile la mayor prevalencia en depresión corresponde al género femenino (MINSAL, 2010). Según la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile dentro de la edad laboral, los más afectados corresponden a los 45 y 64 años de edad, donde en su mayoría son mujeres, además de corresponder a un nivel educacional bajo y medio, en comparación a los correspondientes a sectores altos con un 20,8% del total (MINSAL, 2009-2010). Es importante destacar que esta encuesta señala que las mujeres son las que asumen las tareas y problemas del hogar, contribuyendo con ello a una doble carga. Las situaciones comunes son que cuando éstas no están en casa, las tareas domésticas se quedan sin hacer y si hay un problema en el hogar, dejarían el trabajo para ir a solucionarlo (MINSAL, 2009-2010).

Para la OMS, se consideran factores de riesgo para desarrollar depresión o padecer síntomas depresivos entre otros, estar expuesto a eventos de vida estresantes como desempleo, malas condiciones laborales, pérdidas, traumas psicológicos y abuso en todas sus formas (sexual, laboral, social, etc.) (OMS, 2014). También, la OMS el año 2014, ha establecido que en las bajas posiciones socioeconómicas es más probable ver casos de depresión. Dentro de los factores protectores se encuentran la autoestima, la resistencia al estrés, la autoeficacia y el apoyo social (OMS, 2004). La depresión provoca un gran sufrimiento en la persona que la padece y afecta negativamente en las distintas áreas de la vida, tales como el trabajo, la escuela y la familia (OMS, 2014). Puede, a su vez, conducir a

más estrés y disfunción y empeorar la situación de vida de la persona afectada y la depresión en sí misma (OMS, 2016) En casos extremos, puede llevar al suicidio (OMS, 2016).

Los tratamientos usados son variados, entre ellos psicofarmacología y psicoterapia individual y/o grupal (OMS, 2015).

## **2. Ansiedad**

Si bien son varios los trastornos denominados ansiosos, todos ellos presentan en común la manifestación de la ansiedad. Según la Organización Mundial de la Salud (2016), síntomas depresivos y obsesivos pueden acompañar estos trastornos, incluyendo elementos de ansiedad fóbica. La angustia es natural e inherente al ser humano y se experimenta desde el nacimiento como una emoción básica intensa en respuesta a amenazas que ponen en peligro la integridad física y psicológica (García, 2011). Cuando la angustia no posee una causa externa identificable que la desencadene y se manifiesta en forma intensa y constante, se habla de angustia patológica, llegando incluso a alterar el comportamiento de quien la padece (García, 2011). El trastorno de ansiedad generalizado, se caracteriza principalmente por la presencia de preocupación excesiva que aparece en distintos contextos, la cual es al mismo tiempo, muy difícil de ser controlada por quien la sufre (García, 2011). Por otra parte, en el trastorno de angustia o de pánico, persisten las crisis de angustia de forma inesperada, desencadenando posteriormente angustia por el temor a sufrirlas nuevamente y sus posibles consecuencias. Los síntomas que acompañan las crisis son:

Palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores o sacudidas, sensaciones de falta de aire o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas molestias abdominales, sensación de mareo, inestabilidad o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones (García, 2011, p.79).

Los trastornos ansiosos, al igual que la depresión, tienen una gran incidencia dentro de las enfermedades psiquiátricas, entre las cuales, el trastorno de ansiedad generalizado, la

fobia social y el desorden por estrés postraumático son los de mayor prevalencia en el mundo (OMS, 2004).

Los desórdenes ansiosos, al igual que la depresión en su mayoría afecta a mujeres y ocupa el sexto lugar dentro de las enfermedades mentales a nivel mundial (OMS, 2014). El Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos, señala que las mujeres son un 60% más proclives a desarrollar un desorden ansioso a lo largo de su vida que los hombres (National Institute of Mental Health, s.f.). Por su parte, un estudio hecho por Kohn et al. (2005) en la población de Latinoamérica y el Caribe, mostró una prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada en mujeres, al igual que las crisis de pánico, las que a su vez aumentaron en comparación con el año precedente.

En el caso particular de Chile, según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud efectuada por el Ministerio de Salud los años 2009 y 2010, un 2,8% reportó haber tenido altos niveles de ansiedad, mientras que un 17% describe haber presentado mucha ansiedad, 22,8% moderada y 28,6% poca ansiedad. De estos datos, las mujeres fueron mayoría en aquellos grupos que experimentaron poca, mucha y demasiada ansiedad, por lo que 25,9% de las mujeres y un 13,3% de los hombres presentaron mucha y demasiada ansiedad o preocupación. En cuanto a la edad, el rango más afectado fue el compuesto por los 45 a 64 años, donde un 25,6% presentó niveles moderados de ansiedad y preocupación, mientras que mucho y demasiado grado de ansiedad o preocupación es mayormente presentada en la población correspondiente al mismo rango etario anterior, es decir, aquel correspondido a los 45 y 64 años. En cuanto al nivel educacional, no hay grandes diferencias entre los niveles bajo, medio y alto (MINSAL, 2009-2010). Un estudio anterior, efectuado el año 2002, mostró que dentro de los trastornos ansiosos, la agorafobia es el más común, con una prevalencia de un 11,1%, siendo más común en mujeres que en hombres (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, & Torres, 2002). El estudio efectuado el año 2002 por Vicente et al., arrojó que la enfermedad mental más prevalente fue la correspondiente a los trastornos ansiosos, a diferencia de los datos mundiales, en los cuales la depresión sería la de mayor incidencia. Por otra parte, este mismo estudio muestra que las personas concernientes a un nivel educacional inferior y con un salario más bajo, serían las más afectadas por estas enfermedades, a diferencia de los datos obtenidos los años 2009 y 2010,

en los cuales no hay diferencias estadísticamente significativas entre los niveles educacionales (MINSAL, 2009-2010; Vicente et al., 2002).

El tratamiento para los trastornos de ansiedad por lo general consiste en psicoterapia psicodinámica y cognitivo conductual y farmacología que recurrentemente consiste en antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS] y benzodiazepinas (García, 2011).

### **3. Estrés**

La Organización Mundial de la Salud (2014) actualmente ha considerado incluir una serie de trastornos producidos por estar expuesto a eventos difíciles, que si bien pueden llegar a generar otras enfermedades mentales tales como una depresión o un trastorno ansioso, se caracterizarían por derivar en estrés. Por lo anterior, es que un conjunto de síntomas, sumado a un ambiente o evento estresante, son considerados elementos esenciales en el desarrollo de estrés y desórdenes adaptativos (OMS, 2016). En función de lo anterior, lo que se considerará en la presente investigación, son las reacciones al estrés severo y los desórdenes adaptativos, tal como clasifica la OMS (2016), ya que según la misma, el estrés propiamente tal no es suficiente para ser considerado como patología. Los desórdenes ocasionados por situaciones estresantes severas o constantes, destacan por respuestas desadaptativas que impiden el buen funcionamiento de la persona y generan problemas en el desenvolvimiento social (OMS, 2016).

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2010 “las mujeres de todas las edades presentan mayor percepción de estrés “permanente en el último año” que los hombres” (p. 710). Datos similares arroja el MINSAL (2009-2010), que establece que de un total de 8,8% de población a nivel nacional experimenta una percepción de estrés permanente, un 12,1% de sus afectados son mujeres, versus un 5,2% en hombres. La región de Chile que reporta un mayor porcentaje de población estresada es la Metropolitana de Santiago con un 11,2% (MINSAL, 2009-2010). Dentro de las cifras de estrés, se incluye el estrés financiero y eventos vitales estresantes, en los cuales las mujeres también son mayoría. El grupo etario que presenta mayor porcentaje de estrés permanente y financiero es el correspondiente al comprendido entre los 25 a 44 años de edad (MINSAL, 2009-2010).

El estrés es un factor de riesgo ante el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, tales como la depresión y la ansiedad e inclusive podría llevar al suicidio (OMS, 2004). Dentro de los factores que provocarían el estrés, estarían el trabajo con malas condiciones laborales, desempleo, la inseguridad económica, la pobreza, situaciones traumáticas tales como desastres naturales o guerras, entre otros (OMS, 2004). Las intervenciones recomendadas son aquellas apuntadas a fortalecer habilidades personales relacionadas al objeto motivador de estrés y el desarrollo de técnicas de manejo de problemas, lo que permitiría el manejo del estrés (OMS, 2004).

#### **4. Mindfulness y autocompasión**

Durante la década de los noventa, emergió un diálogo entre la psicología occidental y la filosofía budista, dando espacio a conceptualizaciones alternativas para hablar de bienestar psicológico y relación con uno mismo (Neff, 2003a). Mindfulness y autocompasión, son dos constructos originados del budismo y han adquirido un gran interés para la psicología contemporánea, ya que han demostrado tener una influencia positiva en diversas afecciones mentales, entre las cuales se encuentran la depresión, los trastornos ansiosos y el estrés (Hofmann, Grossman & Hinton, 2011; Keng, Smoski, Robins, Ekblad & Brantley, 2012; Shonin, Van Gordon, Compare, Zangeneh & Griffiths, 2014). Por otra parte, diversos estudios han arrojado que el cultivo de mindfulness y autocompasión se asocian a bienestar psicológico y salud mental (Galante, J., Galante, Bekkers & Gallacher, 2014; Jazaieri et al., 2012).

Mindfulness se ha definido como la conciencia que emerge de la atención momento a momento de una experiencia momentánea, sin juicios ni evaluaciones personales, de forma abierta, aceptadora, amable, curiosa y paciente (Hofmann et al., 2011; Neff & Germer, 2012; Robins, Keng, Ekblad & Brantley, 2012). Se ha establecido que el cultivo de mindfulness brinda una serie de beneficios para la salud psicológica, desde un incremento en la sensación de bienestar hasta la reducción de sintomatología negativa y reactividad emocional (Germer & Neff, 2012; Robins et al., 2012).

La autocompasión por su parte, es la capacidad de abrirse a la experiencia del propio sufrimiento con el deseo de aliviarlo (Jazaieri et al., 2012; Neff & Tirsch, 2013). Implica sentimientos de cuidado y bondad hacia la vivencia del dolor, teniendo una actitud

comprensiva y sin juicios hacia los propios defectos y fallas, comprendiendo que la propia experiencia es parte de la condición humana (Neff, 2003<sup>a</sup>; Neff, 2011). La autocompasión se ha asociado a una mejor actitud para hacer frente a la adversidad, satisfacción, inteligencia emocional, conexión social, curiosidad, sabiduría, felicidad, optimismo y afecto positivo (Jazaieri et al., 2012; Neff & Germer, 2012). Si bien la tendencia a suprimir o ignorar el dolor es una reacción muy humana, la costumbre de evitar hacer frente a emociones negativas puede conducir a estrategias disfuncionales y en última instancia ineficaces, tales como abuso de sustancias, trastornos alimenticios, aislamiento social y agresividad (Germer & Neff, 2013; Neff & Tirsch, 2013). Por otra parte, la autocompasión ayudaría en el hecho de que las personas tienden a ser duras y destructivas consigo mismas, en vez de amables y contenedoras, aumentando el sufrimiento en vez de aliviarlo, en especial en el caso de las mujeres, que tienden a ser más culposas y autocríticas que los hombres (Barnard & Curry, 2011; Germer & Neff, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2014).

Es debido a lo anteriormente expuesto, que se origina el taller basado en mindfulness y autocompasión, el cual hasta el momento, ha sido impartido en países tales como Estados Unidos y pertenecientes a Europa, ofreciendo consecuencias favorables en las personas que lo han vivido. Sin embargo, las personas que han sido partícipes de talleres o entrenamientos basados en mindfulness y autocompasión, presentan características específicas, tales como pertenecer a sectores de clase media y alta, tener interés y conocimiento de prácticas meditativas, poseer un alto nivel educacional, además de pertenecer a países desarrollados (Araya, 2016).

Por lo mencionado anteriormente nace el interés de saber si un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión tendría las influencias positivas que muestran los diversos estudios hechos en Estados Unidos y Europa, pero en personas pertenecientes a sectores expuestos a contingencias ambientales, de un nivel educacional medio a bajo, que no poseen necesariamente intereses y conocimientos previos sobre técnicas meditativas y que pertenecen a un país de Latinoamérica, como Chile.

Las implicancias clínicas, no sólo corresponderían al estudio de algunas de las afecciones mentales que más afectan al mundo (OMS, 2014), sino también a otras problemáticas que aborda la psicología clínica, ya que tanto mindfulness como

autocompasión, han demostrado grandes influencias en el bienestar psicológico, el cual no sólo correspondería a la ausencia de patologías, sino a la presencia de vitalidad, flexibilidad psicológica y un profundo sentido interno de bienestar (Decy & Ryan, 2000). Es así como mindfulness y la autocompasión han despertado el interés de la psicología occidental, ya que parecieran ser efectivas en emociones difíciles, tales como la vergüenza, la culpa, la tristeza y la ansiedad, entre otras. (Germer, 2009; Gilbert & Procter, 2006). Tomando en cuenta que la presencia de las afecciones mentales crece exponencialmente en función de los avances tecnológicos y el crecimiento económico y social, la importancia también estaría dada en que podría ser una investigación muy útil para futuras terapias y formas de intervención, ya sean grupales o individuales para tratar la depresión, los trastornos ansiosos, el estrés y otros problemas psicológicos modernos, ya que probablemente se necesitarán nuevas formas de intervenir que demuestren ser de ayuda ante dichas problemáticas y que al mismo tiempo, puedan ser de ayuda a distintos sectores socioeconómicos, nivel educacional y género.

## **5. Preguntas de investigación**

1. ¿Se desarrolla un bienestar psicológico y mejoramiento de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, según lo manifestado en los discursos de las participantes, al finalizar el taller?
2. ¿De qué manera se manifiesta el bienestar psicológico y la reducción de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, según lo percibido y descrito por las participantes después de haber participado en un taller basado en mindfulness y autocompasión?

### **5.1. Preguntas directrices:**

A fin de responder las preguntas de investigación formuladas recientemente, se han desprendido las siguientes preguntas directrices:

- ¿De qué manera se manifiesta el bienestar psicológico en las participantes del taller, después de su participación?
- ¿Qué cambios experimentados por las participantes después de su participación en el taller, contribuyeron a una mayor sensación de bienestar psicológico?

- ¿Qué síntomas depresivos mejoraron luego de finalizado el taller, según lo descrito por las participantes?
- ¿Qué síntomas ansiosos mejoraron luego de finalizado el taller, según lo descrito por las participantes?
- ¿Qué síntomas propios del estrés mejoraron luego de finalizado el taller, según lo descrito por las participantes?

## **5.2. Objetivos**

### **5.2.1. Objetivo General**

Describir y sistematizar el desarrollo de bienestar psicológico y mejoramiento de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, a través del discurso de nueve mujeres participantes de un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, pertenecientes a sectores de vulnerabilidad psicosocial en la comuna de Pudahuel.

### **5.2.2. Objetivos Específicos**

- Describir por medio del discurso de las participantes de un taller basado en mindfulness y autocompasión, las manifestaciones de bienestar psicológico asociadas al mismo.
- Describir los cambios percibidos por las participantes del taller, que contribuyeron a una mayor sensación de bienestar psicológico.
- Describir a través del discurso de las participantes, el mejoramiento de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, experimentado después de su participación en el taller.

### **III. MARCO CONCEPTUAL**

#### **1. Mindfulness y autocompasión**

En los últimos años se ha visto un diálogo entre la filosofía oriental y la psicología occidental, dando lugar a nuevas formas de entender y generar bienestar mental (Neff, 2003a). Parte de este nuevo diálogo, es el que ha dado origen a los dos constructos que se describirán a continuación: mindfulness y autocompasión.

##### **1.1. Mindfulness**

Tiene su origen principalmente en la tradición y filosofía budista (Segú, Brito & Araya, 2014). Mindfulness es la traducción inglesa que se ha dado a la palabra sati de origen pali, que tiene como acepción conciencia (awareness), atención (attention) y recordar (remembering) y ha sido adaptada para su uso en psicoterapia, dando como resultado lo que hoy se conoce como mindfulness (Siegel, Germer & Olendzki, 2008). Mindfulness por tanto, es poner atención y estar alerta a lo que está aconteciendo en el momento presente, orientando la conciencia y atención a la experiencia actual y recordando dónde se desea mantener la atención y conciencia lo cual requiere la intención de apartarse del ensimismamiento y experimentar plenamente el momento (Germer, 2004; Lykins & Baer, 2009; Soysa & Wilcomb, 2013; Thanissaro, 1997, 2008; Thanissaro). A modo de ejemplo ¿Qué significaría entonces estar conciente de la respiración según mindfulness? Thanissaro Bhikkhu (2008) lo describe como “mantener la respiración en mente. Mantener el recuerdo de respirar cada vez que inhalas, cada vez que exhalas” (p. 11, trad. por la autora). Mindfulness permite mantener el objeto y el propósito de atención en mente (Thanissaro, 2008). Siegel et al. (2008) mencionan que de por sí la conciencia es poderosa, mientras que la atención es conciencia enfocada, por lo que es más poderosa aún. Estar atento o alerta, para la tradición budista tiene una acepción distinta a la que se entiende normalmente en occidente, ya que dicha palabra, originalmente implicaría estar conciente de los movimientos del cuerpo y la mente, mientras se ejecuta una acción (Thanissaro, 2008).

Sólo tomando conciencia de lo que está ocurriendo dentro y alrededor de cada uno, las preocupaciones mentales y emociones difíciles se pueden comenzar a liberar, ya que es

usual que las personas vivan sus vidas sin estar conscientes de ella, inmersas en preocupaciones, deberes, el pasado, el futuro, los miedos y rabias pasando por alto constantemente el momento presente (Boyce, 2011; Siegel et al., 2008).

Mindfulness se puede definir como un estado de conciencia centrado en el momento presente, que implica atender sin enjuiciamientos momento a momento las experiencias estando atentos y presentes en estas, siendo éstas emociones, cogniciones, sensaciones corporales y estímulos externos tales como, visiones, sonidos y olores (Baer, Lykins & Peters, 2012; Bergen-Cico & Cheon, 2013; Boyce, 2011; Germer, 2011; Neff, 2009). Por ende, se entiende como una forma de atención sin prejuicios y en forma presente que implica estar abiertos y conscientes al propio sufrimiento, no sólo aceptándolo, sino observándolo y entendiéndolo, tomando un enfoque equilibrado de las experiencias negativas, por lo que los sentimientos dolorosos no son suprimidos ni exagerados (Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Lykins & Baer, 2009; Neff & Tirsch, 2013; Thanissaro, 2008).

De acuerdo a Jon Kabat-Zinn (1994), mindfulness surge del cultivo de tres mecanismos simultáneos: a) la comprensión e intención del porqué uno está practicando mindfulness (autorregulación, reducción del estrés, etc.); b) atención a las propias observaciones y experiencias momento a momento sin juicio o análisis y c) actitud de aceptación, amabilidad, compasión, apertura, paciencia, no-lucha, ecuanimidad, curiosidad y no evaluación.

Desde las tradiciones espirituales de oriente, la práctica constante de mindfulness reduciría el sufrimiento e incrementaría el bienestar (Baer, Lykins & Peters, 2012; Lykins & Baer, 2009). A su vez, para el budismo, el cultivo de mindfulness es una práctica constante y sostenida en el tiempo, la cual a lo largo de los años, generaría una serie de características tales como conciencia, comprensión, compasión, ecuanimidad y sabiduría (Lykins & Baer, 2009). Mientras que en occidente, ha despertado el creciente interés en el campo de la psicoterapia, debido a las influencias positivas que ha mostrado en distintas afecciones tales como las tendencias suicidas propias del trastorno de personalidad límite, depresión recurrente, delirios psicóticos y alucinaciones, fibromialgia, soriasis y dolor crónico (Germer, 2006).

Los entrenamientos basados en mindfulness más practicados en psicoterapia, son la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y Disminución del Estrés basado en Mindfulness (MBSR), los cuales usualmente poseen ocho semanas de duración (Lykins & Baer, 2009).

## **1.2. Autocompasión**

Al igual que mindfulness, el interés en el concepto de autocompasión ha sido impulsado por una tendencia hacia la integración de constructos budistas a los enfoques occidentales (Germer, 2009; Neff, 2009). Se ha estudiado en diversos campos de la psicología, como la psicoterapia, psicología de la salud y el trabajo (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015).

Desde el budismo, la compasión se define como “Cuando el amor conoce el sufrimiento, y se mantiene amándolo. Eso es compasión” (Germer, 2015, p. 4, trad. por la autora). En occidente, la compasión es usualmente entendida como compasión hacia otros, sin embargo, para la psicología budista es tan esencial la compasión hacia otros, como hacia uno mismo, llevándola a un punto en el cual no existe distinción entre compasión hacia otros y hacia uno mismo (Neff, 2003a; Neff & Dahm, 2015).

La compasión (padecer con) abre hacia el sufrimiento, ya que implica un profundo sentimiento de apertura y también estar activo hacia el dolor, lo que conlleva el deseo de aliviarlo (Germer, 2015; Germer & Neff, 2013; Neff & Dahm, 2015). Sentir compasión incluye paciencia, amabilidad, no juzgar y reconocer que todos los seres humanos son imperfectos y cometen errores (Neff, 2003a).

Dada la definición de compasión, por su parte la auto-compasión implica todo lo anterior, pero en dirección a uno mismo. Es estar abierto y dispuesto hacia el propio sufrimiento, teniendo sentimientos de cuidado y amabilidad hacia uno mismo, tomando una actitud de entendimiento y no enjuiciadora hacia las propias fallas e insuficiencias y reconociendo que la propia experiencia no dista de la experiencia de otros, siendo parte de la experiencia humana (Bergen-Cico & Cheon, 2013; Germer & Neff, 2013; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Como dice Germer (2011), autocompasión es “...aceptación plena: de la persona, del dolor y de nuestras propias reacciones al dolor” (p. 59). Implica

ser amable y comprensivo hacia uno mismo en instancias de dolor o fracaso, en vez criticarse duramente (Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2006). Lo descrito anteriormente, no significa que no se deba mejorar, ya que la autocompasión se basa en el momento presente y en la plena aceptación de uno mismo a cada momento, lo que conlleva un cambio hacia ser mejor persona y repercute tanto en uno como en el resto (Germer, 2011).

Al estar directamente relacionada con sentimientos de compasión y preocupación hacia otros, ser autocompasivo no significa por tanto ser egoísta o centrado en uno mismo, tampoco que se prioricen las necesidades personales por sobre las de los demás (Neff, 2003a). En vez de eso, la autocompasión supone el reconocimiento de que el sufrimiento, los fracasos e imperfecciones son parte de la condición humana y que todas las personas (incluido uno) son dignos de compasión, ya que usualmente se tiende a ser compasivo y comprensivo con terceros y muy duro consigo mismo (Bergen-Cico & Cheon, 2013; Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a).

Se ha establecido que aquellos individuos que presentan altos niveles de autocompasión, poseen a su vez, un alto nivel de bienestar (MacBeth & Gumley, 2012; Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015). Esto se debería en parte, a que la presencia de la autocompasión en una persona, facilitaría el establecimiento de metas y el logro de ellas, mediante la reducción de la influencia emocional negativa de los contratiempos y el fracaso (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015). Por otra parte, el cultivo de la autocompasión generaría variadas fortalezas psicológicas, tales como felicidad, optimismo, sabiduría, curiosidad, iniciativa y afecto positivo (Neff, 2009). A su vez, se ha encontrado que el cultivo de autocompasión, reduciría la ansiedad el estrés y la depresión (MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2012). Por último, sumado a los beneficios personales, la autocompasión ha mostrado influencias positivas en las relaciones interpersonales, ya que permite mayor conexión emocional, mayor aceptación de la autonomía del otro, menos control y menor maltrato emocional y verbal (Neff, 2009; Neff, 2011).

Según la conceptualización de Neff (2003a), la autocompasión envuelve tres componentes que a la vez poseen su opuesto y los cuales en interacción crean un estado de ánimo autocompasivo. Dichos componentes son amabilidad con uno mismo versus

autoenjuiciamiento, humanidad compartida versus aislamiento y mindfulness versus sobreidentificación. A continuación, serán detallados cada uno de estos tres componentes:

### **1.2.1. Amabilidad con uno mismo (self-kindness)**

Consiste en extender la bondad y comprensión hacia sí mismo, en lugar de iniciar una dura crítica o juicio, deseando el bienestar y tomando una actitud no crítica hacia las propias imperfecciones y limitaciones. En suma, es la capacidad de reconfortar y cuidar de un mismo (Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Germer & Neff, 2013; Neff & Lamb, 2009). Al momento de estar envueltos en un hecho que escapa al propio control, como un accidente o un evento traumático, el foco se pone más en solucionar el problema que en calmarse y otorgarse cariño (Germer, 2011; Germer & Neff, 2013; Neff & Tirch, 2013). Una actitud amable hacia uno mismo, implica por tanto, no sólo ser gentiles con uno mismo, sino ayudarse lo más que posible frente a situaciones adversas a través de la expresión de diálogos internos benevolentes y alentadores, en vez de crueles y denigrantes (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Grosse, 2013; Neff & Tirch, 2013). A través de la amabilidad hacia uno mismo se hace una ofrenda de paz, calidez, amabilidad y simpatía desde uno hacia uno, por lo que se puede dar la verdadera curación (Germer & Neff, 2013; Neff & Dahm, 2015). El opuesto a la amabilidad con uno mismo es el autoenjuiciamiento, por medio del cual se tiende a ser duro con uno mismo cuando se cometen errores o fallas, en vez de darse apoyo (Germer & Neff, 2013; Krieger et al., 2013)

### **1.2.2. Humanidad compartida**

Implica enmarcar las propias experiencias como parte de la condición humana, en lugar de sentirse desconectado de los demás, pensando que se es el único que sufre y padece dolor. Esta característica opuesta a la humanidad compartida, es el aislamiento (Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Krieger et al., 2013; Neff & Lamb, 2009). Es común que al considerar las propias luchas y fracasos, se tenga la sensación de que sólo “YO” está padeciendo un momento difícil. Desde esta mirada, embarga un sentimiento de soledad y aislamiento, llevando incluso a un incremento del sufrimiento (Neff & Dahm, 2015). En cambio, desde la perspectiva de la autocompasión, la visión se vuelve amplia e inclusiva, reconociendo que los desafíos de la vida, los fracasos, las fallas y los errores son

parte de la misma, por ende, la autocompasión ayuda a sentir mayor conexión y menor separación del resto de las personas al sentir dolor. Más aún, ayuda a poner la situación en contexto, dando espacio a la comprensión de la misma y otorgando en consecuencia alivio (Germer, 2011; Germer & Neff, 2013; Neff & Dahm, 2015; Neff & Tirsch, 2013).

### **1.2.3. Mindfulness**

Como un elemento dentro de la autocompasión, se refiere básicamente a un “acercamiento equilibrado a las emociones negativas” (Germer, 2011, p.121).

Implica estar atento a la experiencia del momento presente, permitiendo que pensamientos, emociones, sensaciones y sentimientos entren a la conciencia sin juicios, evitación o represión de parte propia, aceptándolos (Germer, 2011; Neff & Tirsch, 2013).

Cuando se enfrenta a desafíos de la vida, la gente a menudo se obsesiona en la resolución de los problemas de manera que no tiene en cuenta lo mucho que está luchando y sufriendo, llevando consigo el no reconocimiento del propio dolor, sobre todo el que surge de la autocrítica (Germer & Neff, 2013; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Neff & Tirsch, 2013).

Mindfulness es un elemento importante de la autocompasión, ya que permite tener la disposición a hacer frente a las emociones y pensamientos dolorosos e incómodos para luego ser compasivos con uno mismo (Neff & Dahm, 2015). Es por lo mismo, que contrarresta la tendencia a evitar pensamientos y emociones dolorosas, lo que permite sostener la verdad de las experiencias, incluso cuando son desagradables, ya que no es posible ser compasivo hacia sentimientos y emociones que se suprimen o son desconocidos, por lo que mindfulness sería un medio por el cual se podría tener un acercamiento a ellos y por consiguiente ser capaces de entenderlos y contenerlos evitando que se caiga en la sobreidentificación (Neff et al., 2007; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013). La sobreidentificación por el contrario, implica reducir un momento a experiencias momentáneas, percibiendo eventos transitorios como definitivos y permanentes, llevando consigo una disminución en la percepción y haciendo que uno se pierda en la emoción (Germer, 2011; Neff & Dahm, 2015). Sin embargo, cuando se observa el propio dolor conscientemente, nuevos comportamientos se hacen posibles, ya que la atención plena

permite ver lo que está ocurriendo sin distorsiones, haciendo posible tener una perspectiva más objetiva y equilibrada de las emociones y pensamientos (Germer, 2011; Neff & Dahm, 2015; Neff & Tirsch, 2013).

Pese a que estos tres componentes recientemente descritos son distintos conceptualmente, son generativos entre sí. Por ejemplo, mindfulness ayuda a disminuir el autojuiciamiento y proporcionar la visión necesaria para reconocer la humanidad común. Del mismo modo, la bondad dirigida hacia uno mismo disminuye el impacto de las experiencias emocionalmente negativas, por lo que es más fácil ser consciente de ellas. Darse cuenta de que el sufrimiento y los fracasos personales se comparten con los demás disminuye el grado de sentimiento de culpa, mientras que también ayuda para contrarrestar la sobreidentificación. Por lo tanto, la autocompasión es una experiencia compuesta de partes que interactúan entre sí (Neff & Dahm, 2015).

## **2. Diferencias entre autocompasión y otros conceptos de la psicología contemporánea**

### **2.1. Autocompasión y lástima**

Es importante dejar en claro que la autocompasión es distinta al sentimiento de lástima hacia uno mismo. Cuando un individuo siente lástima hacia sí mismo, por lo general se siente muy desconectado del resto, ya que se ensimisma en sus propios problemas y se olvida que existen otros en el mundo que experimentan experiencias y sentimientos similares (Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a). Debido a que los individuos que sienten lástima hacia sí mismos, se dejan llevar por sus sentimientos, se tiende a exagerar el grado de sufrimiento personal (Germer & Neff, 2013). Este proceso puede ser llamado "sobreidentificación", en donde el sujeto se sumerge tanto en sus propias reacciones emocionales que se torna difícil separarse o tomar distancia de la situación y adoptar una postura más objetiva de la misma (Neff, 2003a). El proceso de autocompasión, en cambio, requiere una actividad metacognitiva que permite el reconocimiento de las experiencias propias y de los otros a través de la humanidad compartida (Germer & Neff, 2013). Este proceso metacognitivo tiende a romper el ciclo de autoabsorción y sobreidentificación, llevando a un decrecimiento de sentimientos egocéntricos, mientras que ocurre un incremento de sentimientos de interconexión. A su vez, tiende a poner las

experiencias personales en gran perspectiva, lo que conlleva a ver el propio sufrimiento con gran claridad (Neff, 2003a).

Por otra parte, la autocompasión, aparte de otorgar sensibilidad a la experiencia de sufrimiento, adhiere el deseo de hacer algo para aliviarlo (Neff & Dahm, 2015).

## **2.2. Autocompasión y autoestima**

La autocompasión es una buena alternativa al concepto de autoestima, ya que otorga beneficios parecidos, pero evitando sus aspectos más problemáticos, ya que aunque la autocompasión y la autoestima son ambas dirigidas hacia uno mismo, son conceptual y empíricamente distintas (Breines, Thoma, Gianferante, Hanlin, Chen & Rohleder, 2013; Neff & Lamb, 2009).

La autoestima se refiere al grado en que se autoevalúa positivamente y usualmente se basa en comparaciones con otros (Neff & Tirsch, 2013; Neff & Vonk, 2009). Hay problemas potenciales con la autoestima en cuanto a cómo se obtiene, ya que las personas pueden emplear conductas disfuncionales con tal de tener mayor aprecio por sí mismas, tales como insultar a otros e inflar su autovaloración como una forma de sentirse mejor consigo mismas (Neff & Tirsch, 2013). Además, una alta autoestima se asocia a menudo con autoconceptos inflados e inexactos, haciendo difícil el desarrollo personal (Neff & Lamb, 2009). A su vez, una alta autoestima se asocia en ocasiones a ira y agresión hacia aquello que amenaza su ego (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Neff & Lamb, 2009).

Debido a que la autoestima es contingente al contexto y la situación, tiende a fallar en situaciones de fracaso, lo que lleva a sentimientos inestables de valoración personal, por lo que tiende a estar supeditada a la competencia percibida en diversos ámbitos de la vida y la comparación social, lo que significa que puede ser inestable, oscilando hacia arriba y hacia abajo de acuerdo al último éxito o fracaso (Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Neff et al., 2007; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013). En contraste, la autocompasión no se basa en autoevaluaciones o juicios, sino en una forma de relacionarse positivamente con uno mismo, por lo cual ofrece más estabilidad emocional que la autoestima, ya que existe independientemente de si las cosas van bien o mal (Breines et al., 2013; Neff et al., 2006; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013). La implicancia de esta distinción es que puede ser difícil de mantener una alta autoestima cuando se está

constantemente participando en la autoevaluación y la comparación, mientras que la autocompasión puede ser más fácil de mantener, ya que no depende de la forma en que uno cree que los demás nos comparan con otros (Berry et al., 2010). Las personas sienten autocompasión por ser seres humanos, no por ser especiales o estar encima de la media y eso enfatiza la interconexión por sobre la separación con los otros (Neff & Lamb, 2009). Las personas autocompasivas, tienden a aceptar los aspectos indeseables de sí mismos y convivir con ellos, sin obsesionarse al respecto (Germer, 2011).

Por otra parte, mientras que la autoestima evidencia una considerable superposición con el narcisismo, no se ha encontrado que la autocompasión se asocie al mismo. Por lo tanto, la autocompasión parece entrañar muchos de los beneficios de la alta autoestima con menos de sus inconvenientes, estableciendo una correlación negativa entre autocompasión y comparación social, rabia, necesidad de acercamiento, autoconciencia pública, rumiación y autovaloración contingente (Germer, 2011; Neff et al., 2006; Neff & Tirsch, 2013). La autocompasión también se asocia a una mayor valoración de uno mismo, menor narcisismo y una mayor motivación a la mejora personal en comparación con la autoestima, por lo que es una estrategia potencialmente más adaptable para hacer frente a las amenazas (Breines et al., 2013; Neff et al., 2007).

Otra diferencia sustancial entre autocompasión y autoestima es su influencia en las relaciones de pareja. Se ha establecido que en búsqueda de una mayor autoestima, se tienen consecuencias sentimentales negativas, ya que al sentirse menoscabados o amenazados en su estima personal, los individuos pueden llegar al enojo, la agresión y los celos (Neff & Beretvas, 2013). Además, cuando la autoestima se convierte en narcisismo, el egoísmo puede ser parte de la dinámica de pareja (Neff & Beretvas, 2013).

Las diferencias entre ambos constructos, también son importantes de considerar en la práctica clínica, ya que tratar de ayudar a consultantes que sufren de vergüenza o baja valoración de sí mismos, a juzgarse sí mismos de manera más positiva, puede aumentar la tendencia a formar autoevaluaciones globales en lugar de centrarse en comportamientos desadaptativos específicos, haciendo que el cambio sea más difícil de lograr (Neff & Tirsch, 2013). Esto es en parte, porque las personas con baja autoestima suelen preferir confirmar y mantener su identidad en lugar de involucrarse en ilusiones positivas de sí mismos, las cuales son comunes entre los que poseen alta autoestima. En vez de eso, puede ser más

posible elevar los niveles de autocompasión, ya que permitiría reconocer y aceptar las limitaciones humanas con amabilidad en vez de cambiar sus autoevaluaciones de negativas a positivas (Neff & Tirsch, 2013).

### **2.3. Autocompasión y autoaceptación incondicional**

Otro concepto al cual se podría relacionar la autocompasión es el de autoaceptación incondicional, siendo el de autocompasión un constructo más amplio y una forma saludable de autoaceptación (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2006; Neff & Lamb, 2009). Aparte de aceptarse a uno mismo con amabilidad y sin juicios, la autocompasión conlleva movimiento, ya que mientras que la autoaceptación puede implicar teóricamente pasividad hacia defectos personales, la autocompasión implica el deseo de aliviar el sufrimiento, y por lo tanto es una poderosa fuerza motivadora para el crecimiento y el cambio (Neff & Lamb, 2009).

### **3. Unión de mindfulness y autocompasión**

Es importante destacar que el mindfulness que compone uno de los tres elementos de la autocompasión, es de menor alcance que el que se trata en esta descripción, ya que el primero remite precisamente a estar atento a las emociones y pensamientos presentes de forma equilibrada y sin juicios, mientras que el segundo es un concepto mucho más amplio, que implica una actitud y disposición de atender el momento presente a través del poder de la atención y concentración, los cuales pueden acercar a la amabilidad y paciencia, es decir, vivir la propia experiencia (Grossman, 2013). Germer (2011) señala que “la autocompasión está *implícita* en la práctica de la atención plena (mindfulness), la atención plena se puede encontrar en la autocompasión” (p. 120). Si bien autocompasión y mindfulness son constructos distintos, se relacionan entre sí, ya que mindfulness implica la observación sin prejuicios de los procesos mentales, mientras que la autocompasión significa abrazar las emociones negativas del momento presente, generando sentimientos de bondad hacia uno mismo y una visión interconectada de la naturaleza de la experiencia humana (Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Neff & Lamb, 2009). Es así que para poder aceptar las emociones difíciles sea necesario el ejercicio de poner atención a ellas, lo que es posible a través de la práctica de mindfulness, por lo cual se ha establecido que para la emergencia

de la autocompasión, es necesaria la presencia de pensamientos negativos (Neff & Tirch, 2013). En caso contrario, se ha descubierto a través de diversas investigaciones que el intentar suprimir ciertos pensamientos desagradables o dejarlos de lado trae consigo una explosión y se manifiestan más fuertemente tarde o temprano (Neff & Tirch, 2013). La autocompasión implica por tanto, dejar fluir y ver los pensamientos y emociones negativas sin la intención de reprimirlos o pasarlos por alto, permitiéndoles emerger, posibilitando a través de la autocompasión la aceptación de sentimientos negativos y reconociendo que aquellas emociones son válidas e importantes, reduciendo al mínimo el sufrimiento adherido al dolor presente (Germer & Neff, 2013). De lo anterior se sustrae, que mindfulness llevaría al desarrollo de la autocompasión, sin embargo, es posible fomentar la autocompasión sin necesidad de la atención plena y se puede estar atento y conciente de las emociones y pensamientos presentes sin un acercamiento amable hacia ellos (Germer, 2011; Neff & Dahm, 2015). Es posible que la internalización de la autocompasión, requiera más tiempo y práctica sostenida que lo que se necesita para el cultivo de mindfulness (Berger-Cico & Cheon, 2013). Por otra parte, se ha establecido que las prácticas basadas en mindfulness, son más efectivas si se trabaja la autocompasión (Germer & Neff, 2013). Tanto la terapia cognitiva basada en mindfulness [MBCT: mindfulness-based cognitive therapy] y el programa de reducción del estrés basado en mindfulness [MBSR: mindfulness-based stress reduction] así lo reportan (Germer & Neff, 2013). Berger-Cico & Cheon (2013) afirman que el cultivo de mindfulness a través de la práctica produce cambios en la autocompasión, ya que implica una mayor conciencia de los propios pensamientos, lo que permite el cultivo de la misma, por lo tanto, a través del desarrollo de habilidades de mindfulness, la autocompasión se transforma en un factor de protección contra los problemas emocionales derivados en específico de la ansiedad

Los efectos en el bienestar que se han reportado en diversas investigaciones de autocompasión y mindfulness, tales como menor rumiación, autoenjuiciamiento, ansiedad, depresión, entre otros, son otra vía de unión de ambos constructos, ya que a través del desarrollo de mindfulness y autocompasión juntos, las personas pueden llegar a tener la capacidad de calmar su dolor y calmarse a sí mismos (Germer & Neff, 2013; Neff & Dahm, 2015).

#### **4. Mejoramiento de síntomas de depresión, ansiedad y estrés a través de mindfulness y autocompasión**

Diversos estudios de los últimos años han concluido que la autocompasión se correlaciona positivamente a menor ansiedad, rumiación mental, perfeccionismo, depresión, vergüenza, culpa y conciencia de sí mismo (Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013). Por el contrario, el desarrollo de la autocompasión se relaciona a numerosas fortalezas psicológicas tales como felicidad, optimismo, sabiduría, curiosidad y exploración, iniciativa personal e inteligencia emocional (Germer & Neff, 2013).

Es posible que existan procesos fisiológicos que subyacen a la asociación negativa entre la autocompasión, la ansiedad y la depresión. Por ejemplo, Rockcliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glover (2008) encontraron que un ejercicio diseñado para aumentar la sensación de autocompasión se asoció con niveles reducidos de la hormona del estrés cortisol. También aumentó la variabilidad de la frecuencia cardíaca, que activa el sistema nervioso parasimpático, lo cual se asocia a una mayor habilidad de regular las emociones para adaptarlas a las demandas situacionales. Es importante hacer un gesto que transmita sentimientos de amor, cuidado y ternura, ya que el tacto suave libera oxitocina, proporciona sensación de seguridad, calma las emociones angustiosas, y apacigua el estrés cardiovascular (Neff & Tirsch, 2013). Goetz, Keltner & Simon-Thomas (2010), señalan que una manera fácil de ayudar a los clientes a calmarse y consolarse a sí mismos cuando se sienten angustiados es animándoles a darse ellos mismos un abrazo suave o una caricia, o simplemente poner su mano sobre el corazón y sentir el propio calor, haciendo con eso un claro de gesto de amor, cuidado y ternura.

##### **4.1. Depresión**

La autocompasión se correlaciona negativamente a la depresión y sus características, tales como autoenjuiciamiento, aislamiento y sobreidentificación, y positivamente con amabilidad hacia uno mismo, mindfulness y humanidad compartida (Barnard & Curry, 2011; Neff & Tirsch, 2013). Por otra parte, la autocompasión podría funcionar como un protector frente al desarrollo de una depresión, ya que se ha establecido que la excesiva autocrítica puede convertirse en un aliciente para el desarrollo de síntomas

depresivos y también en el mantenimiento y empeoramiento de la misma (Gilber, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006; Joeng & Turner, 2015; Kelly, Zuroff & Shapira, 2008). La facilidad de caer en ataques personales, en un factor importante en el desarrollo de la depresión, lo cuales pueden debilitarse por medio de la autocompasión, ya que ésta incentiva precisamente lo contrario, la amabilidad hacia uno mismo (Kelly et al., 2008).

Una actitud autocompasiva incluye una relación amable hacia uno mismo frente a emociones y situaciones difíciles, por lo que permite una visión más equilibrada de uno mismo y sus circunstancias, posibilitando no inundarse en las emociones, a la vez que propicia la comprensión del propio dolor y el deseo de aliviarlo, no juzgándolo duramente, sino acogiéndolo (Joeng & Turner, 2015; Krieger et al., 2013). Un estudio hecho por Krieger y colegas (2013) con 142 pacientes diagnosticados con depresión, presentaban niveles más bajos de autocompasión en comparación a un grupo compuesto por 120 personas que nunca la habían padecido. Este mismo estudio, mostró grandes diferencias entre aquellos que nunca han padecido depresión y los diagnosticados con ella en los niveles de autoenjuiciamiento, amabilidad con uno mismo, aislamiento y sobreidentificación en las subescalas de autocompasión (Krieger et al., 2013). En el caso particular de la diabetes, se ha establecido que la depresión muchas veces acompaña a pacientes insulino dependientes, agravando su condición física y psicológica. Sin embargo, un tratamiento autocompasivo, permitiría no sólo reducir la autocrítica en estos pacientes, sino incrementar hábitos de cuidado, capacidad de tranquilizarse y disfrutar más la vida, ayudando con ello a reducir la depresión provocada por padecer la enfermedad y disminuyendo los riesgos propios de la diabetes (Friis, Consedine & Johnson, 2015).

Por último, se ha establecido que la autocompasión es más eficaz que la reevaluación cognitiva en pacientes diagnosticados con depresión severa, ya que frente a estados intensamente negativos, los pensamientos se ven fuertemente afectados por esa negatividad e inaceptables, por lo que la ayuda de la autocompasión puede ser efectiva a través de la aceptación de las emociones y pensamientos presentes y la humanidad compartida (Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller & Berking, 2013).

Mindfulness por su parte, también se asocia negativamente a la depresión, ya que al ser una forma de relacionarse con la propia experiencia, ayuda a darle otra perspectiva al sufrimiento humano (Germer, 2004). A través de mindfulness, se puede ser menos reactivo

a los eventos de la vida, ya que cambia la relación con el momento presente, dejando de juzgar o pensar en los acontecimientos pasados, futuros e incluso los del momento actual, para ponerles atención sin juzgarlos, proporcionando serenidad, energía y gozo (Germer, 2004). Para Thich Nhat Hanh (2011), mindfulness es un medio para alcanzar la felicidad, ya que según él mismo señala, la conciencia del cuerpo y mente juntos en el momento presente y el estar aquí y ahora, posibilita la entrada de la felicidad de manera natural.

## **4.2. Ansiedad**

Recientemente, las prácticas basadas en mindfulness han expandido su campo de estudio de la salud física a procesos cognitivos y emocionales, dentro de los cuales se ha indagado en la influencia de mindfulness en el estudio de la ansiedad (Bergen-Cico & Cheon, 2013).

La ansiedad se entiende como un problema psicológico de origen cognitivo y emocional que concomitantemente produce reacciones fisiológicas complejas, tales como frecuencia cardíaca rápida, pulso elevado, sudoración, tensión muscular e irregularidad digestiva, entre otros (Bergen-Cico & Cheon, 2013). Por otra parte, un rasgo ansioso se refiere a un atributo de la personalidad relativamente estable que se caracteriza por la tendencia a percibir los factores de estrés como una amenaza. Esto a su vez, puede elevar el estado de ansiedad de un individuo resultando en reacciones emocionales, cognitivas y fisiológicas (Neff & Tirch, 2013). Suele tener sus raíces en una mentalidad orientada hacia el futuro que genera un estado de ánimo centrado en hacer frente a posibles resultados negativos, en lugar de una conciencia centrada en el presente (Bergen-Cico & Cheon, 2013). Al caracterizarse por la atención distraída y tener el foco en el tiempo futuro, contrasta con mindfulness, ya que éste es un estado de conciencia centrado en el presente, que implica atender sin enjuiciamientos momento a momento las experiencias (Bergen-Cico & Cheon, 2013). La diferencia en el foco temporal existente entre la ansiedad y mindfulness sugiere que el cultivo de éste puede tener efectos beneficiosos en la misma (Bergen-Cico & Cheon, 2013).

Mientras que un tipo de conciencia no enjuiciadora y no reactiva a emociones, cogniciones y sensaciones somáticas son características de una conciencia atenta, la ansiedad por su parte, está asociada a emociones y cogniciones cargadas de reactividad y

autoenjuiciamiento que fomentan tal como se dijo anteriormente, sensaciones somáticas tensas (Bergen-Cico & Cheon, 2013).

Por otra parte, se ha establecido que en parte, la ansiedad es resultado de que el foco de atención está puesto en la mirada de los demás hacia uno, lo que hace emerger el desarrollo de la atención hacia uno mismo y en la propia existencia en función de otros (Gilbert & Procter, 2006). La atención en cómo uno es visto por los demás, hace que la apreciación propia sea inadecuada, defectuosa o mala, lo que cae finalmente en la autocrítica y la autodevaluación, construyendo una narrativa negativa [autoenjuiciamiento y sobreidentificación con emociones negativas] (Gilbert & Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Cambiar el foco hacia uno mismo, por medio de una mirada tranquilizadora y compasiva, reduce la sensación de amenaza constante e incrementa la sensación de seguridad (Gilbert & Procter, 2006). Así lo demuestran estudios basados en la escala de autocompasión de Neff (SCS), que han hallado que niveles bajos de autocompasión están relacionados a niveles altos de ansiedad, mientras que altos niveles de autocompasión se asocian a niveles más bajos de ansiedad, mayor objetividad, más capacidad reflexiva y observación de la propia experiencia (Bergen-Cico & Cheon, 2013; Neff et al., 2007; Neff & Dahm, 2015). Por otra parte, en la ansiedad ocasionada por la autoevaluación, las debilidades personales se vuelven menos amenazantes cuando se está conciente de que estas son parte de la naturaleza humana (Neff & Dahm, 2015). Por último, en el caso específico de la rumiación mental, síntoma característico de la ansiedad, está menos presente en personas autocompasivas, probablemente debido a que éstas logran romper el círculo de negatividad al aceptar la propia condición humana con amabilidad (Neff & Dahm, 2015).

### **4.3. Estrés**

Existe evidencia que la práctica de mindfulness puede llevar a una reducción del estrés (Breines et al., 2013; Germer, 2011).

Según la teoría de la autopreservación social, es altamente probable que el estrés psicosocial provoque un aumento de la inflamación periférica, así como otras respuestas biológicas potencialmente desadaptativas, cuando se trata de amenazas a la autopreservación en contextos evaluativos sociales (Breines et al., 2013). La

autocompasión, una actitud que implica tratarse a uno mismo con mayor amabilidad y comprensión sin prejuicios, puede estar asociada a una baja en los niveles de inflamación inducida por el estrés, ya que puede reducir el grado en que se experimenta un factor de estrés como amenazante, atenuando de esta manera la magnitud y duración de la respuesta inflamatoria provocada por el mismo, desactivando el sistema de amenaza y activando el de calma (Breines et al., 2013; Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2005). En apoyo de esta idea, investigaciones previas encontraron que una intervención de autocompasión reduce los sentimientos de vergüenza y autocrítica y que los individuos autocompasivos son emocionalmente menos reactivos en situaciones de estrés que los que presentan una baja autocompasión (Breines et al., 2013).

Un estudio de Shapiro, Astin, Bishop & Córdoba (2005) examinaron si la participación en un programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR) aumentaría los niveles de autocompasión, ya que ha demostrado ser muy eficaz para reducir el estrés y sus síntomas asociados. El programa se centra principalmente en las habilidades de atención plena, aunque también enseña las prácticas de meditación destinadas a desarrollar la compasión por uno mismo y los demás (Shapiro et al., 2005). Shapiro y sus colegas (2005) encontraron que la participación en un curso de seis semanas de MBSR por profesionales de la salud aumentó significativamente los niveles de autocompasión en sus participantes (medida por la escala de autocompasión, SCS) y que la autocompasión medió en la reducción del estrés.

## **5. Bienestar psicológico**

El bienestar psicológico, refiere a la búsqueda del desarrollo del verdadero potencial y al funcionamiento óptimo del individuo (Zessin, Dickhäuser & Garbade, 2015). Por otra parte, para la psicología positiva, bienestar no sólo debe considerar la ausencia de psicopatología, sino también fortalezas y potenciales humanos (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2006).

Se ha establecido que mindfulness alienta a las personas a relacionarse de modo distinto con sus emociones y cogniciones, ya que la práctica de meditación basada en mindfulness rinde cambios positivos en el bienestar psicológico, ayudando a reducir el estrés, la ansiedad, la depresión, la perturbación del ánimo, la autocrítica, las

comparaciones competitivas y el autoenjuiciamiento. Todo esto, acompañado de mejoras en la regulación emocional y un aumento en la valoración personal (Bergen-Cico & Cheon, 2013; Germer, 2011; Neff & Dahm, 2015).

En cuanto a la autocompasión, ésta se ha transformado en una fuente de bienestar psicológico y felicidad, ya que se ha asociado a una mayor satisfacción con la vida, aumento de la felicidad, optimismo, iniciativa personal, conexión social, autodeterminación, afectos positivos, sabiduría, curiosidad, exploración, un autoconcepto más exacto, así como una mayor ecuanimidad emocional al enfrentar eventos de la vida diaria, mientras que se ha asociado al mismo tiempo a un decrecimiento de la ansiedad, depresión, perfeccionismo y rumiación mental (Berry, Kowalski, Ferguson & McHugh, 2010; Germer, 2011; Neff et al., 2006; Neff & Costigan, 2014; Neff & Lamb, 2009; Neff & McGehee, 2009). Por ejemplo, un estudio desarrollado por Gilbert & Procter (2006) mostró que seis personas entrenadas bajo un programa de autocompasión, experimentaron reducciones significativas en los niveles de depresión, ansiedad, autocrítica, sentimientos de inferioridad y actitud sumisa. Por otra parte, la autocompasión se asocia a salud psicológica, ya que incrementa el bienestar principalmente porque desactiva el sistema biológico de amenaza (asociado a la autocrítica, el apego inseguro, y la actitud defensiva) y activa el sistema auto-calmante (asociado con apego seguro, la seguridad y el sistema de oxitocina-opiáceos) que otorga sentimientos de cuidado, conexión y calma, por lo que además de proteger contra estados emocionales desadaptativos, ayuda a fomentar fortalezas psicológicas (Germer, 2011; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). A su vez, la autocompasión se asocia a mayores habilidades para tomar perspectiva, menor dogmatismo y mayor flexibilidad cognitiva, lo que significa que los individuos autocompasivos tienden a ser de mente más abierta y tienen una mayor capacidad de cambiar sus respuestas cognitivas y su comportamiento de acuerdo con el contexto de la situación (Neff & Tirsch, 2013).

Otra importante fortaleza que provee la autocompasión es la capacidad de hacer frente a las adversidades, otorgando a las personas autocompasivas menor miedo al fracaso y al rechazo (Germer, 2011; Neff & Tirsch, 2013). Por ejemplo, se ha visto que en caso de personas maltratadas durante su niñez, al desarrollar un mecanismo más autocompasivo están más aptos para hacer frente a eventos adversos y a ser resilientes, lo cual muestra que la autocompasión es un modo de tratar eventos traumáticos (Germer & Neff, 2013). Esto

estaría dado en que las personas autocompasivas poseen una mayor tolerancia a la frustración, debido a que tienden a aceptar con mayor facilidad los resultados negativos, sin obsesionarse con ellos y dando paso posteriormente a una forma equilibrada de mirar el problema, buscando mejorarlo de otra manera, e inclusive, ver los resultados no esperados como una oportunidad de mejorar (Germer, 2011). Por ende, la resiliencia nacería en la moderación de las reacciones frente a eventos negativos a través de reacciones menos extremas, pensamientos de mayor aceptación y capacidad de mirar los problemas en perspectiva (Germer & Neff, 2013). Las bondades anteriormente descritas, podrían deberse a que aproximarse al propio sufrimiento con bondad, sentido de humanidad compartida y mindfulness engendra sentimientos de cuidado, pertenencia y tranquilidad, porque envolver el dolor de autocompasión, genera estados positivos que ayudan a equilibrar los negativos, ya que en lugar de reemplazar los sentimientos negativos por positivos, nuevas emociones positivas emergen por abrazar lo negativo (Germer, 2011; Neff & Tirsch, 2013).

El afecto positivo generado por la amabilidad, la inclusión y la aceptación de un modo de pensar autocompasivo puede ayudar a liberarse del miedo y mejorar en gran medida la calidad de vida, debido a que las emociones positivas permiten a las personas aprovechar las oportunidades en lugar de limitarse a evitar peligros, lo que puede ayudar a explicar el papel que la autocompasión juega en la motivación (Neff & Tirsch, 2013). Tal como Germer (2011) señala:

Si podemos descubrirnos a nosotros mismos en medio del sufrimiento y el reconocimiento de la profundidad de nuestra lucha, el corazón empieza a ablandarse automáticamente. Dejamos de intentar sentirnos mejor y, en lugar de ello, descubrimos una simpatía por nosotros mismos. Empezamos a cuidar de nosotros porque estamos sufriendo (p. 59).

En cuanto a al caso específico de la vergüenza, al implicar sentimientos de afecto positivo dirigidos hacia uno mismo y hacia los tipos específicos de emociones que pueden surgir en situaciones amenazantes, tales como la vergüenza y la humillación, la autocompasión puede funcionar como moderadora de esos sentimientos, ya que al aumentar la sensación de seguridad y de interconexión con el resto y la reducción de los sentimientos de amenaza y aislamiento, la autocompasión fomenta un mayor equilibrio emocional (Breines et al., 2013; Neff & Tirsch, 2013).

Por otra parte, en el ámbito estudiantil, se ha establecido que los estudiantes más autocompasivos poseen más tolerancia a las fallas académicas, por lo cual la autocompasión parece ser adaptativa en contextos académicos, ya que contribuye a aprender por la motivación intrínseca de hacerlo y no con el objetivo de subir el autoconcepto a través del triunfo académico (Neff et al., 2007; Neff & Lamb, 2009). Al no juzgarse con dureza y no pensar en el fracaso desproporcionadamente, la autocompasión engendra confianza en la propia capacidad para aprender y disminuye la autocondena del fracaso, lo que a su vez ayuda a fomentar la habilidad de aprender (Germer & Neff, 2013; Neff & Lamb, 2009).

Se sugiere que la autocompasión también puede afectar la salud física a través de una serie de vías. Por ejemplo, las personas más autocompasivas pueden estar más motivadas en cuidar de su salud mediante la participación en hábitos de vida saludables y la adhesión a los regímenes médicos alentando comportamientos tales como seguir una dieta, dejar el cigarro y la práctica de una rutina de ejercicios (Breines, 2013; Germer & Neff, 2013).

Siguiendo la línea de la motivación, en un estudio a cargo de Magnus, Kowalski & McHugh (2009) con una muestra de 252 mujeres deportistas, la autocompasión se relacionó positivamente con la motivación intrínseca y negativamente con la motivación externa e introyectada, orientación al ego, la ansiedad hacia el cuerpo social y el ejercicio de formas que son dañinas para el bienestar físico y psicológico.

## **6. Relaciones interpersonales**

Si bien se ha establecido que la autocompasión beneficia la relación con uno mismo, también hay evidencia de que fortalece las relaciones interpersonales (Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013).

Para Germer (2011), la autocompasión es la base para ser compasivo hacia los demás. Esto se debería al hecho de que las personas autocompasivas son capaces de darse a sí mismas cuidado y apoyo, por lo que tendrían disponibles mayores recursos emocionales para los otros (Neff & Costigan, 2014). Hay estudios que muestran que las personas autocompasivas, son capaces de sentir compasión por otros, debido a que al tener actitudes autocompasivas, se estimularían partes del cerebro asociadas a la compasión en general.

Longe y colegas, en el año 2010, a través de resonancia magnética, mostraron que al pedirles a los individuos que fueran autocompasivos, mostraron actividad neuronal similar a la ocurrida cuando la empatía hacia otros es evocada (como se cita en Neff & Costigan, 2014).

La autocompasión también ha sido asociada al perdón, ya que perdonar a los demás requiere la comprensión de la vasta red de causas y condiciones que llevan a las personas a actuar como lo hacen (Neff & Tirch, 2013). El hecho de aceptar la propia humanidad imperfecta, por lo tanto, parece estar relacionada con la capacidad de perdonar y aceptar las transgresiones de los demás (Germer & Neff, 2013; Neff & Tirch, 2013). También se ha establecido, que las personas más autocompasivas son más capaces de pedir disculpas y de reparar daños del pasado, lo que facilita la armonía en las relaciones (Neff & Costigan, 2014).

En cuanto a las relaciones románticas, un estudio desarrollado por Neff & Beretvas (2013) mostró que la autocompasión se asocia a relaciones de pareja más saludables. El estudio arrojó que las parejas se sienten más apreciadas, felices, auténticas y con espacio para dar las propias opiniones en sus relaciones, además de verse más capacitadas en resolver conflictos interpersonales (Neff & Beretvas, 2013; Neff & Costigan, 2014). Los individuos autocompasivos son descritos por sus parejas como emocionalmente más conectados, aceptadores de la autonomía y apoyadores, mientras que aquellos que carecen de autocompasión se muestran más dependientes, controladores y verbal o físicamente agresivos en sus relaciones (Germer & Neff, 2013; Neff & Beretvas, 2013; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirch, 2013). Las personas autocompasivas al conocer muchas de sus propias necesidades de cuidado y apoyo, tienen más recursos emocionales disponibles para dar compasión a sus parejas, además, al aceptarse y validarse a sí mismos, no necesitan la aprobación de otros para autovalorarse (Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirch, 2013). Por otra parte, el abrazar las propias singularidades, permitiría aceptar las de los demás (Germer, 2011). Las rupturas en tanto, se han abordado en un estudio hecho por Sbarra, Smith & Mehl (2012) que examinó el rol de la autocompasión en el proceso de adaptación en rupturas matrimoniales, en el cual se evidenció que aquellas personas más autocompasivas en cuanto a los pensamientos relacionados a la separación, mostraron mejor adaptación psicológica en el momento y nueve meses después de la misma.

La autocompasión en suma, está asociada a una mayor conexión con los demás, altruismo, empatía, perspectiva y capacidad de perdonar, por lo que al parecer, proveerse a sí mismo de compasión, proporciona los recursos emocionales necesarios para cuidar de otros (Germer & Neff, 2013; Neff & Costigan, 2014).

## IV. METODOLOGÍA

La presente investigación se enmarca en el paradigma cualitativo, el cual se basa en el supuesto de que los significados son personales, por ende, el concepto de bienestar usado en esta investigación, se adscribe a lo que las participantes de este estudio conciben como tal, es decir, se intenta estudiar el fenómeno dentro de la mirada propia de las participantes del taller, persiguiendo autenticidad (Álvarez-Gayou, 2003; Salgado, 2007). Por otra parte, este tipo de metodología permite tener una comprensión profunda de los propios significados a los que se adscriben los que actúan dentro del marco de referencia a investigar, por ende, posibilita obtener y estudiar la información lo más apegada posible a la perspectiva de las participantes, que es lo que busca la presente investigación (Krause, 1995; Salgado, 2007). A su vez, el método cualitativo permite un acercamiento más ingenuo al fenómeno, sin esperar resultados determinados, conociéndolos a medida que se van presentando, lo que permite la autenticidad de los mismos (Álvarez-Gayou, 2003; Hernández, 2014).

### 1. Contexto

La presente investigación se funda en un taller<sup>1</sup> basado en mindfulness y autocompasión, impartido en un consultorio de salud mental (COSAM) de la comuna de Pudahuel durante los años 2013, 2014 y 2015, años durante los cuales, el taller se impartió cinco veces. La muestra de esta investigación corresponde a la que participó de los primeros dos talleres. El COSAM de Pudahuel depende de una corporación de derecho privado sin fines de lucro, CODESAM (Corporación para el Desarrollo de la Salud Mental Familiar) que busca mejorar la salud mental de las personas, a través de la colaboración con la comunidad (Ministerio de Desarrollo Social, s.f.). El COSAM desarrolla acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y reinserción de salud mental en Pudahuel y se constituye de un equipo multidisciplinario que atiende niñas, niños, adolescentes y adultos de la comuna (Centro de Salud Mental de Pudahuel, s.f.). La comuna de Pudahuel constituye el 4% de los habitantes de la Región Metropolitana y aproximadamente un 10,9% de la población que la compone se encontraba en situación de

---

<sup>1</sup> El taller llamado “Aprendiendo a ser amable conmigo misma” es producto de una investigación para optar al grado de Doctor por Dr. Claudio Araya Véliz.

pobreza el año 2011 (Ministerio de Desarrollo Social, 2014). El taller impartido en el COSAM fue efectuado en una sala multiuso que dispuso el mismo centro. Las entrevistas realizadas una vez finalizado el mismo y seis meses después a modo de seguimiento también fueron hechas en el centro, en salas que facilitó la directiva del COSAM, salas que se ocupan usualmente para psicoterapia.

## **2. Participantes**

Tal como se mencionó anteriormente, el taller basado en mindfulness y autocompasión, fue impartido en cinco ocasiones, de las cuales, las participantes de los dos primeros fueron las incluidas en este estudio. Al primer taller llegaron nueve participantes, de las cuales tres finalizaron el taller y en el segundo taller comenzaron trece y seis lo finalizaron, por lo que las tres participantes del primero más las seis del segundo, conformaron la muestra de esta investigación.

Las participantes de la presente investigación eran pertenecientes a la comuna Pudahuel, mayores de 18 y menores de 70 años y estaban inscritas en el programa de Trastornos Emocionales del COSAM de Pudahuel (s.f.), el cual busca "...desarrollar y potenciar en el consultante, habilidades y recursos personales en la consecución de un estilo relacional más saludable consigo mismo y con los demás, con énfasis en el bienestar biopsicosocial" (párr. 1), por ende, estaban recibiendo psicoterapia al momento de participar en el taller por presentar síntomas ansiosos, depresivos y de estrés.

Para seleccionar la muestra antes descrita, se contactó al COSAM de Pudahuel, presentándole el taller y pidiendo su colaboración para contribuir con la población requerida según los criterios de inclusión, los cuales fueron: mujeres mayores de 18 años y menores de 90 años, con residencia en comunas con altos niveles de vulnerabilidad psicosocial, e inscritas en el programa de trastornos emocionales de un COSAM. Los criterios de exclusión fueron: mujeres menores de 18 años y mayores de 90 años, que estuvieran con sintomatología aguda al momento de la entrevista clínica inicial o que presentasen cuadro esquizofrénico o ideación suicida y mujeres que hayan tenido una práctica de mindfulness previa al taller.

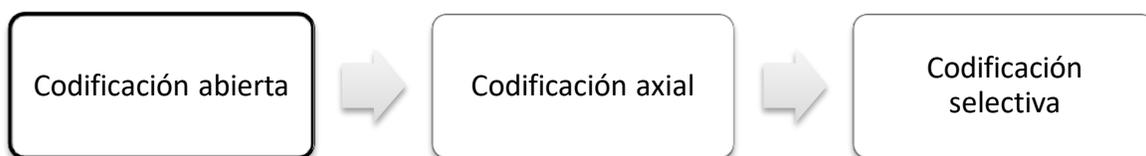
Una vez identificadas aquellas que cumplían con los criterios anteriormente expuestos, los psicólogos a cargo de la psicoterapia de las futuras participantes, cooperaron

hablando del taller, motivándolas a asistir y haciéndoles una breve introducción de la temática del mismo. Al responder a la invitación de participar en el taller, la muestra de esta investigación la conformaron participantes voluntarias y de casos-tipo, ya que se buscó un grupo perteneciente a mujeres de sectores vulnerables de Santiago de Chile, que fueran parte de un proceso psicoterapéutico y que presentaran síntomas ansiosos, depresivos y de estrés.

Si bien los criterios tanto de inclusión como de exclusión se determinaron antes de obtener la muestra, la población constituida por nueve participantes del taller se constituyó una vez finalizados ambos talleres, ya que no se tuvo conocimiento de cuántas llegarían al final de éste. Todas las participantes que finalizaron el taller fueron entrevistadas tanto inmediatamente terminado éste, como seis meses después. En el caso particular de la presente investigación, no es importante la cantidad de personas que componen la muestra, ya que no busca generalizar resultados, sino profundizar en la influencia del entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión en las participantes del mismo, constituyéndose así, una muestra dirigida o no probabilística, ya que como se ha mencionado anteriormente, no se busca generalizar resultados, guiándose en alcanzar los objetivos de este estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### 3. Diseño

El diseño utilizado en este estudio, fue el perteneciente a la teoría fundamentada en su primera fase de diseño sistemático, es decir, descripción de las categorías originadas en las entrevistas, por medio de la codificación abierta.



**Figura 1: Pasos de la teoría fundamentada, de los cuales, se usó el primer paso.**

El motivo por el cual fue elegido este abordaje, es debido a que el objetivo es estudiar un ámbito determinado de la psicología, acotado a una problemática particular, que en este caso específico remite al padecimiento de estrés y trastornos depresivo y ansioso por una población femenina de un sector de vulnerabilidad psicosocial. Por otra parte, se

trabajó en base a los datos una vez recolectados y no a priori y de manera sistemática, al mismo tiempo que se buscó una forma novedosa de comprender una problemática social, sin ideas preconcebidas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010; Strauss & Corbin, 2002).

Los resultados a presentar, se fundamentaron en su totalidad a partir de los datos obtenidos, siendo fiel a lo que plantearon las entrevistadas (Hernández, 2014; Strauss & Corbin, 2002).

#### **4. Procedimiento**

En primera instancia se le solicitó autorización a la directiva del COSAM para realizar la presente investigación, pidiendo su cooperación en la implementación del taller, tanto para usar sus dependencias, trabajar con pacientes del consultorio, como ayuda en la promoción del taller por parte de los terapeutas a las pacientes.

Una vez dada la aprobación y cooperación del consultorio, se hizo una presentación del taller a los profesionales de la institución, para que éstos informaran e incentivaran a sus pacientes a participar del entrenamiento (pacientes que como se mencionó anteriormente, estaban inscritas en un programa de trastornos emocionales del COSAM de Pudahuel).

Una vez que los terapeutas de las participantes hicieron una pequeña presentación del taller, convocaron a sus respectivas pacientes a la fecha de comienzo del mismo. Al momento de llegar al taller, las participantes firmaron un consentimiento para hacer uso de sus datos, siempre de manera confidencial y en grupo. Posteriormente, a la siguiente sesión, se dio inicio al entrenamiento. A continuación, se da una descripción del taller y sus ocho sesiones semanales (dos meses):

#### **Taller de entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión (mindful selfcompassion)<sup>2</sup>**

El taller aplicado a las participantes de este estudio basado en mindfulness y autocompasión, se fundó en un entrenamiento desarrollado por Kristin Neff y Cristopher Germer el año 2013, llamado “Mindful Self-Compassion”. Cada sesión del taller tuvo una duración aproximada de 2 horas cronológicas, durante 8 semanas con una sesión semanal y

---

<sup>2</sup> La descripción de cada sesión del taller, se hizo en base a la propia experiencia de la autora de esta memoria y a la descripción de “The mindful self-compassion training program” por C. Germer y K.D. Neff, 2013 (En referencias).

previa sesión de orientación a las participantes antes de comenzar el entrenamiento. Éste enseña diversas meditaciones, tanto formales como informales, para ser aplicadas en la vida cotidiana (Germer & Neff, 2013). A su vez, se hizo entrega de material audiovisual compuesto por una guía con un resumen de la sesión y tareas para la casa, más un CD de audio con ejercicios. Cada una de las sesiones fue dirigida por un monitor<sup>3</sup> y un acompañante a modo de apoyo.

**Sesión de orientación:** esta sesión se usó para firmar el consentimiento informado, dar una breve introducción del taller y una bienvenida a las participantes. También fue una instancia para que las mismas se conocieran.

**1ª Sesión “Descubriendo la Auto-Compasión”:** se trató sobre qué es y cómo puede entenderse la autocompasión, diferenciándola de conceptos como lástima y autoestima. Se destacó el modo en el cual las participantes reaccionan frente situaciones adversas, resaltando que a través de la autocompasión, las emociones difíciles frente a situaciones adversas pueden acogerse, al contrario de lo que usualmente se hace, que es caer en la autocrítica. Se revisan los tres componentes de la autocompasión a través de una pausa autocompasiva: “este es un momento de sufrimiento” (mindfulness), “sufrir es parte de la vida” (humanidad compartida) y “puedo ser amable conmigo misma” (amabilidad con uno mismo). Se les dio como tarea para la semana hacer la pausa autocompasiva una vez al día o cada vez que lo consideraran necesario.

**2º Sesión “Practicando mindfulness”:** se introduce el concepto de mindfulness y las participantes aprenden prácticas de mindfulness, especialmente la respiración afectuosa. En esta sesión, se les enseña a estar atentas a sus experiencias de forma tierna, cálida y amorosa. Se pone en práctica la respiración afectuosa, la cual no sólo se enfoca en poner atención a la respiración, sino cómo ésta alimenta y da vida al cuerpo. Al término de la sesión, se les pasa un CD, el cual contiene la práctica de la respiración afectuosa, la cual se les da como actividad para la semana una vez al día por seis días.

---

<sup>3</sup> El entrenamiento estuvo a cargo del Dr. Claudio Araya y un acompañante parte del equipo de investigación de mindfulness y autocompasión, a cargo de la Dra. Laura Moncada y el Dr. Claudio Araya.

**3° Sesión “Practicando la bondad amorosa”:** se enseña la meditación bondadosa, la cual es el corazón del taller. Se usan y repiten frases cortas como “estoy a salvo”, “puedo ser amable conmigo misma”, entre otras, siendo estas frases el foco de atención para generar una respuesta amorosa al sufrimiento. Se da una tarea para practicar durante la semana, la cual consiste en practicar la meditación bondadosa, por medio del CD entregado la segunda sesión.

**4° Sesión “Encontrando tu propia voz compasiva”:** en esta sesión se intenta expandir la práctica bondadosa a la vida diaria, mostrando cómo ser amable con una misma frente a las conversaciones internas y las voces críticas de la mente. Para esto, se hace una distinción entre lo que sería una voz compasiva a través de las frases practicadas la sesión anterior, versus la voz crítica que se acostumbra utilizar. Se le pidió a las participantes que identifiquen una característica de ellas mismas que desearían cambiar o que les desagrada, identificando posteriormente cuáles son las frases críticas que surgen de ese malestar y cómo éstas las hacen sentir, para luego dar lugar al último paso, el cual es agradecer a esas voces críticas para dar paso a nuevas voces interiores amables. Una vez finalizada la sesión, se les entregó de tarea revisar la carta que escribieron a sí mismas en la sesión y realizar una práctica de mindfulness a diario mientras se practica una actividad cotidiana como lavarse los dientes, bañarse, caminar, etc.

**5° Sesión “Vivir con profundidad”:** se reflexiona sobre los valores nucleares, teniendo en cuenta que para ser realmente autocompasivo, es necesario saber qué es lo realmente importante en la propia vida y responder a esas necesidades. En esta sesión a su vez, se investiga cómo es que la autocompasión ayuda a descubrir cuando no se está viviendo en base a los propios valores, y por ende, ayuda a recuperarlos y comenzar a vivir de acuerdo a ellos. Como tarea se les pide vivir de acuerdo a los propios valores en la vida cotidiana, repitiéndolo cada día durante la mañana y en la noche.

**6° Sesión “Manejando las situaciones difíciles”:** a esta altura, las prácticas basadas en mindfulness y autocompasión ya han sido enseñadas, por lo que se comienzan a aplicar en el manejo de emociones difíciles. Se practicaron diversas maneras de enfrentar situaciones difíciles de forma amorosa, identificando con una palabra una emoción o sensación difícil y localizándola en una parte del cuerpo donde ésta se expresa, para

posteriormente relacionarse de forma amable con ella a través de la práctica “ablandar, permitir, tranquilizar”. La idea es ablandar esa parte del cuerpo que se siente afectada, no haciéndola desaparecer, sino aceptándola, permitir esa incomodidad y por último tranquilizarse a uno mismo con amor y bondad. Como tarea se pidió hacer una práctica de mindfulness a diario y hacer la práctica de “ablandar-permitir-tranquilizar” con la ayuda del CD entregado como material.

**7º Sesión “Transformando las relaciones difíciles”:** lo aprendido se aplica a relaciones difíciles, transformando el dolor. A las participantes se les invita a hacer un ejercicio reflexivo llamado “El perdón de uno mismo y el perdón de los otros”. El punto principal de la práctica del perdón es abrir de forma segura al dolor y el sufrimiento que se ha experimentado en una relación antes de que se pueda perdonar. La autocompasión permite abrirse a esa herida de una manera bondadosa. Se pide como ejercicio semanal hacer una práctica de autocompasión cada vez que se esté discutiendo con alguien, además de hacer el ejercicio de identificar aquella práctica de todas las enseñadas a lo largo del taller que más le acomode a cada una.

**8º Sesión “Abrazando tu vida”:** se desvía la atención a abrazar los aspectos positivos y negativos de la propia vida, y reflexionar sobre cómo llevar la autocompasión a la cotidianidad después del taller. Se animó a las participantes a compartir lo que les había funcionado en el pasado y lo que podría ayudar a mantener las prácticas después de su participación en el taller. Para eso, se hace un ejercicio en el cual se les invita a reflexionar sobre dos o tres cualidades que aprecien de sí mismas y considerar aquellas personas que contribuyeron en el desarrollo de esas cualidades.

En la última sesión del taller, se hizo una convivencia de despedida, en la cual, las participantes compartieron sus experiencias personales respecto a lo que significó el taller para cada una de ellas. Varias llevaron cosas para compartir, e inclusive, hubo algunas que cocinaron y prepararon un queque para la ocasión.

Una vez después de finalizado el taller, se hizo una entrevista en semiestructurada en profundidad a cada una de las participantes que llegó al final del entrenamiento. Ésta,

fue realizada por integrantes del equipo<sup>4</sup> de investigación de mindfulness y autocompasión, diferentes a quienes participaron en el taller. Dicha entrevista, constaba de las siguientes preguntas:

1) ¿Cómo se relacionan las participantes consigo mismas? ¿Se distingue un cambio en la relación que tienen consigo mismas después de participar en el taller? ¿En qué aspectos reconoce un cambio? (Si es que lo hubo)

2) ¿Cómo ocurre un cambio en la relación consigo misma a partir del taller? ¿Qué y cómo cambia? (Si es que lo hubo)

3) ¿Cómo se modifica la relación con los demás a partir del taller? ¿En qué aspectos se modifica la relación con otros?

4) ¿Cómo se ha visto influido el grado de bienestar después de la participación en el taller de mindfulness y auto-compasión? ¿Qué aspectos del bienestar han cambiado?

5) ¿Se modifica cualitativamente la experiencia de los participantes tras participar en el taller de mindfulness y auto-compasión? ¿Cómo? ¿En qué aspectos?

Las entrevistas fueron hechas en salas del COSAM. El modo de convocatoria para hacerlas, fue por medio de llamadas telefónicas a las participantes, acordando un horario en común y teniendo como punto de encuentro para la entrevista, tal como se mencionó anteriormente, el consultorio. Posterior a las entrevistas, éstas se transcribieron a medida se iban haciendo, para luego ir desglosando por categorías según se iban detectando aspectos relevantes del discurso, para posteriormente dar origen en la medida que se avanzaba a un árbol de codificación abierta. Debido a que las categorías iban surgiendo conforme se avanzaba en cada entrevista, éstas fueron puliéndose y modificándose constantemente, ya que a medida que se avanzaba en las codificaciones se iban armando categorías que agrupaban datos significativos en las entrevistas de cada participante, comparando e integrando a medida que se avanzaba, los nuevos contenidos con las categorías emergentes (Álvarez-Gayou, 2003).

Pasados seis meses de la primera entrevista, se volvieron a contactar a las participantes para citarlas a una nueva entrevista de seguimiento, las cuales fueron hechas al igual que la primera vez, en el COSAM. Las preguntas de seguimiento fueron:

---

<sup>4</sup> El equipo de investigación de mindfulness y autocompasión estuvo a cargo de la Dra. Laura Moncada y el Dr. Claudio Araya Véliz.

1) En base a lo que usted dijo cuando terminó el taller, quisiera preguntarle qué cosas se han mantenido

2) ¿Qué prácticas del taller que recuerda y ha podido mantener? ¿Qué la ha ayudado a mantenerlo?

3) ¿Qué cosas del taller siguen siendo significativas para usted?

4) ¿De qué manera su vida cambió con el taller? (consigo misma, con los demás, adquirir bienestar, calidad de vida)

5) ¿Algo más que quisiera agregar respecto a cómo la experiencia del taller ha influido o sigue influyendo en su vida?

Al igual que las entrevistas post taller, éstas fueron semiestructuradas, ya que si bien el entrevistador tenía libertad al momento de entrevistar, las preguntas buscaban recoger la experiencia del taller, por lo que éstas podían modificarse en función de obtener mayor riqueza, profundidad y detalle de la información. Al igual que en las entrevistas post, las de seguimiento se transcribieron, para luego seleccionar aquello relevante, donde posteriormente se fue codificando, completando y puliendo el árbol de codificación abierta. Los significados finales obtenidos de las entrevistas hechas a las participantes de los dos primeros talleres (muestra que se usará en este estudio), son los descritos en la presente investigación.

## V. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A partir de las entrevistas hechas una vez terminado el taller y seis meses después (seguimiento), se han conformado en base al discurso de las entrevistadas, nueve grandes categorías que dan cuenta de la influencia que tuvo el entrenamiento en ellas. Estas categorías y sus subcategorías correspondientes, fueron conformándose en función a lo dicho por las participantes, a medida que iban haciéndose las entrevistas. Las nueve grandes categorías son:

1. Relación consigo misma antes del taller
2. Sintomatología previa al taller
3. Valoración positiva del taller en general y de las actividades desarrolladas en él
4. Manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales de bienestar psicológico
5. Cambios percibidos por las participantes que contribuyeron a una mayor sensación de bienestar
6. Mejoramiento de sintomatología
7. Dificultades vivenciadas durante la participación en el taller
8. Aspectos por trabajar no resueltos por el taller.

### **1. Relación consigo misma antes del taller**

Esta gran primera categoría, engloba los significados derivados del modo en que las participantes se relacionaban consigo mismas, comprendiendo las percepciones sobre sí mismas, el trato que se daban y cómo se paraban frente al mundo, dando cuenta en sus discursos el modo en el cual se relacionaban consigo mismas al momento de comenzar el taller.

#### **1.1. Percepción de sí misma desvalorizada**

En esta subcategoría las participantes describieron un bajo autoconcepto que por lo general iba acompañado de palabras de lástima hacia sí mismas. También, ellas reconocieron que no se daban espacio para entregarse cariño, lo cual las hacía sentir más desvalorizadas aún, acompañando este sentimiento de autocríticas e insatisfacción consigo

mismas: *“Me costaba como mirarme a mí, como entregarme ese cariño que nos enseñaron ustedes”* (CV 8-9).

Dentro del discurso de las entrevistadas, se dio la tendencia a tener una autoimagen desvalorizada, sensación de vergüenza y percepción de fragilidad. Las participantes señalaron que con el paso del tiempo era común que se fueran descuidando, dejar de arreglarse y sentirse poco femenina al punto de llegar a no reconocerse en el espejo.

Por otra parte, las participantes reportaron una sensación de fragilidad que se adscribe a un sentimiento de inferioridad que se expresa por lo general en la postergación de sí mismas para evitar problemas con los otros: *“Yo me caía, me quebraba demasiado con mis compañeras y accedía a todo lo que ellas decían”* (PS 37-39). Es decir, las participantes señalaron “quebrarse” ante los demás, no siendo capaces de decir lo que pensaban o disentir de otros, aguantando cosas con las que varias veces no se sentían cómodas o con las que no estaban de acuerdo en el trabajo, con los amigos y la familia. Por otro lado, en una de las entrevistadas la percepción de fragilidad se expresaba en la sensación de sentirse incapacitada para desenvolverse sola y salir adelante sin la ayuda de un otro.

## **1.2. Postergación de sí misma**

Esta subcategoría es bastante amplia ya que envuelve varios elementos los cuales han sido desglosados, expresando un problema en las prioridades de las participantes, en donde usualmente ellas se posicionaron en último lugar, dando preferencia a terceros.

Dentro de postergarse, fue común dar bondad a los demás y entregarse a los otros aún en contra de los propios deseos, pasándose a llevar. La bondad se expresó en las participantes cuidando del otro, generalmente la familia, ayudando incondicionalmente a los demás y estar siempre presente para ellos, tal como se ejemplifica a continuación: *“Soy separada hace diez años, entonces siempre yo he tratado de luchar por mis hijos y, pero más pensando siempre en los demás”* (JG 155-156).

### **1.2.1. No entregarse cariño**

La dificultad para entregarse cariño, se manifestó ya sea no priorizándose o no poniendo atención a los propios sentimientos y emociones. Las consecuencias de esto eran

desde sentirse pasada a llevar por los demás y no tomada en cuenta hasta ver afectado el estado de ánimo. Es así como se manifiesta en lo dicho por una de las participantes a continuación: *“Yo de verdad no me daba cuenta que no me estaba entregando cariño. Yo misma me tuve que decir, que pucha que igual andaba de mal humor porque sentía que los demás no me querían, pero yo tampoco me estaba dando cariño, no me estaba dando tampoco ante los demás como para que me quisieran, estaba actuando de una mala manera”* (LS 54-58).

### **1.2.2. Falta de cuidado en el vestuario**

Gran parte de las participantes reportaron que antes de comenzar el taller no se cuidaban en cuanto a su apariencia. Se miraban muy poco al espejo y al salir se duchaban, pero sin arreglarse, usando ropa de “trajín” como ellas señalaron. A su vez, tres de ellas mencionaron que hasta lavarse la cara era costoso, ya que no tenían ganas de nada y por lo general al momento de salir se preocupaban solamente de estar con ropa limpia y aseadas, pero por sentirse obligadas a hacerlo: *“Si me hubieras visto hace un par de meses atrás no habría andado con este vestido ni con estos tacos, ni depilada, no, ni con aros. Venía a... me duchaba y trataba de venir y que no se me viera nada y sin mi bolso (...) era una zombie”* (JG 229-237).

### **1.2.3. No darse tiempo ni espacio para sus intereses**

En esta subcategoría, todas las participantes indicaron haberse postergado por la familia y por los deberes. Señalaron que caían en una rutina diaria que se iba en hacer el aseo, atender a la familia, trabajar fuera de casa y al momento de llegar la noche se iban a dormir sin haberse dado un espacio para ellas en todo el día, tal como lo muestra la siguiente cita: *“Yo nunca tenía espacio para mí, nunca había un momento para mí. Yo llegaba de mi trabajo, lavaba la loza, ver las viandas y si había que planchar se planchaba y después ir a acostarse, se pasaban las horas, porque yo veía a mi mami, después subía, se pasaban las horas volando, y no había espacio para mí”* (PS 146-150). Fue común en el discurso de las entrevistadas la culpabilidad si se pensaba en descansar, ya que para ellas era una pérdida de tiempo. El trabajo y los deberes eran tan importantes que incluso dos de ellas revelaron hasta olvidarse de comer y ver las consecuencias en su cuerpo debido a esto.

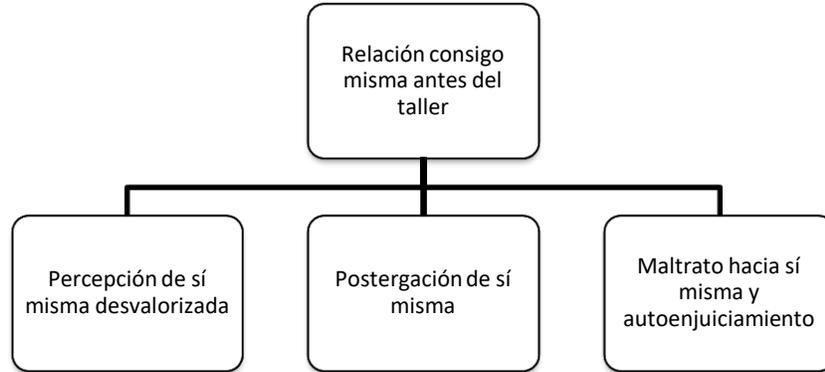
Una de las participantes mencionó en varias ocasiones que era muy importante para ella mantener el orden y la limpieza de su hogar, llevándola a dejar de lado otras cosas como compartir con su familia o darse tiempo para ella misma, reconociendo también que esto le causaba malestar y daño, tal como dice la cita a continuación: “Yo soy demasiado ordenada y yo me afano mucho con el aseo, con hacer aseo, necesito como ver todo en su lugar como para sentir tranquilidad entonces como que eso de repente siempre me juega una mala pasada porque me preocupo mucho de eso y no le doy importancia a las cosas importantes” (BJ 30-34).

#### **1.2.4. Dificultad en poner límites, sumisión**

En esta subcategoría dos de las entrevistadas evidenciaron que les costaba no dejar pasarse a llevar, ya que no se sentían capaces de decir cuando algo les estaba molestando o enojarse cuando así se requería. A su vez, dijeron que el hecho de no ser capaces de imponerse, las hacía sentir aún más agredidas: “*Por ejemplo V me dice algo que me hiere, es un dolor que me da en la boca del estómago, un dolor y me quedo callada, me quedo callada. Y ahí me pongo yo digo, yo misma me digo -misma que soy vos- (...) y ahí como que me pongo muy sumisa, como que me hubieran agredido*” (XF 454-458).

#### **1.3. Maltrato hacia sí misma y autoenjuiciamiento**

En esta subcategoría lo que asoma es el desconocimiento a ser amable consigo mismas. Las participantes señalaron que cuando en el taller se hablaba sobre quererse a una misma, les parecía muy desconocido e incomprensible y que no sabían cómo hacerlo, ya que era común según el discurso de las entrevistadas el maltrato hacia sí mismas por diversas circunstancias y la culpabilidad. Por lo general, el maltrato surgía de la culpa: “*Ponte tú me maltrataba en el sentido de decir que me sentía culpable o que mi hijo murió por no haber, haber estado yo ahí*” (JG 166-167). Por otra parte, el hecho de maltratarse, generaba una idea de esfuerzo, dificultad en hacer las cosas y desenvolverse en la vida, que de alguna manera hacía pensar a las entrevistadas que era lo correcto, es decir, que en la vida lo correcto sería padecer y castigarse porque eso generaría esfuerzo.



**Figura 2: Categorías de primer y segundo orden**

## **2. Sintomatología previa al taller**

Esta segunda gran categoría engloba los síntomas que las participantes describieron experimentar al momento de llegar al taller, los cuales se han dividido en cuatro subcategorías a modo de hacerlo más específico y ordenado. Las subcategorías son “sintomatología física”, “sintomatología afectiva”, “sintomatología cognitiva” y “sintomatología relacional”.

### **2.1. Sintomatología física**

#### **2.1.1. Falta de apetito**

En esta categoría dos participantes señalaron haber experimentado náuseas acompañadas de pocas o inexistentes ganas de comer durante un tiempo sostenido. Ambas reportaron haber perdido el gusto por la comida y no sentir los sabores: *“Estuve cuatro meses sin gusto en la boca. Aparte que los labios se me hicieron tira, pero no tenía un gusto, no tenía ganas de comer nada”* (JG 142-143).

#### **2.1.2. Disminución del peso**

Junto con la falta de apetito, también hubo en las mismas participantes mencionadas en la subcategoría anterior, una baja en el peso. Una de ellas, experimentó un descenso en su peso de hasta 8 kilogramos, acompañado de un deterioro generalizado de la salud física: *“La salud mía cada día es peor, cada vez bajando más de peso, mal alimentándome, mi diabetes a veces ha colapsado”* (MN-s 270-271).

## **2.2. Sintomatología afectiva**

### **2.2.1. Desregulación emocional**

La desregulación emocional se expresaba en las tres participantes que la reportaron como explosividad. Señalaron que la constante era guardarse las palabras y no atreverse a decir lo que sentían, lo que posteriormente al acumularse hacía explosión, manifestándose de modo no asertivo y agresivo. Tal como lo ejemplifica la siguiente cita: *“Yo quería decir algo, pero no quería generar problema y no podía encontrar la manera de expresarlo de una manera que... con respeto. Como que no encontraba esa, esa forma. Por ejemplo acumulaba, acumulaba, acumulaba y cuando ya estaba taaan (...) Llena, explotaba y dejaba la embarrada. Empezaba a decirle a mis compañeras todo lo que sentía, dejaba la embarrada”* (BJ 65-71).

#### **2.2.1.1. Llanto y labilidad emocional**

En esta categoría se habla de llanto y labilidad emocional, ya que cuatro de las nueve entrevistadas señalaron presentar episodios de llanto y tristeza profundos durante episodios repentinos, además de irritabilidad. Señalaron que en un momento de estabilidad emocional, repentinamente se manifestaba la pena aguda, lo que las desestabilizaba. Por otra parte, una de ellas reportó sentimientos de rabia repentinos, los cuales se manifestaban en gritos y mal carácter. La siguiente cita muestra lo mencionado anteriormente: *“Antes yo me dejaba llevar por, a ver, me venía la pena, la rabia, y esas ganas incontrolables y la rabia esa de que no poder hacer nada, no poder decir nada, callarme”* (MN 40-41).

#### **2.2.1.2. Mal humor, frustración, rabia y enojo**

El mal humor, la frustración, la rabia y el enojo se manifestaron en irritabilidad según las entrevistadas. Tres de ellas señalaron que andaban peleando constantemente con la gente, ya sea compañeras de trabajo, universidad o familiares. Las personas que las rodeaban las describían como irritables y mal humoradas, e inclusive amargadas. Señalan que esto se debía en parte a un estado de enojo constante que se liberaba a través de discusiones con terceros y carácter fuerte. También indicaron que el origen de la ira y el enojo se debían a problemas personales que no sabían cómo llevar, lo que finalmente se

traducía en agresividad: *“Me estaba deteriorando mi humor, cuando me levantaba no tenía ánimo, andaba enojada, andaba gritando, andaba enojada con mi hija, entonces cualquier cosa... estaba muy agresiva”* (LS 49-51).

### **2.2.2. Estado anímico disminuido**

El estado anímico disminuido, si bien se manifestaba de diversas formas en las participantes, en todas ellas había presencia de llanto y tristeza. La totalidad de las entrevistadas al momento de comenzar el taller presentaban disminución del estado de ánimo, siendo en algunas éste más agudo. Por ejemplo, dos de ellas experimentaron deseos de no vivir: *“Yo venía muerta en vida (...) había vivido hace dos años y medio y descarté las ganas de vivir, no tenía ganas de vivir, ni de comer, nada, vivía, existía dos años y medio que no sé cómo pasaron, hice muchas cosas pero de esas pocas me acuerdo”* (MN 21-24). A su vez, dos de las entrevistadas reportaron adormecimiento del cuerpo, es decir, advirtieron no sentir algunas partes del mismo, como las manos y la lengua.

El estado anímico disminuido se clasificó en subcategorías, debido a que como se mencionó anteriormente, se presentó de diversas maneras en las participantes.

#### **2.2.2.1. Pocas ganas de vivir**

Como se mencionó anteriormente, dos de las entrevistadas manifestaron tener pocas ganas de vivir y por ende, vivir de modo automático, sin gozar, ni disfrutar de las cosas y las personas. Además, este estado iba acompañado de no deseo de relacionarse con gente, encierro, ganas de no levantarse y cansancio físico. A su vez, ambas manifestaron no querer vivir más: *“Yo estaba muy encajonada, estaba cerrada con la gente (...) lloraba mucho con el mismo psicólogo, no tenía movimiento en las manos, se notaba, no miraba mucho a las personas y... y no me reía. Era como decir eh vivir por vivir, o sea estaba, pero estaba viva por mi otro hijo porque yo en un momento traté así como de no estar más en esta vida”* (JG 45-49).

Una de las entrevistadas, junto con el estado anímico disminuido, las pocas ganas de vivir y la falta de sentido, manifestó en varias ocasiones que tuvo la intención de morir: *“Era como decir vivir por vivir, o sea estaba, pero estaba viva por mi otro hijo porque yo en un momento traté así como de no estar más en esta vida”* (JG 48-49).

#### **2.2.2.2. Sentimientos de pena y tristeza**

Si bien los sentimientos de tristeza estuvieron presentes en las nueve entrevistadas, seis de ellas los describieron como una presencia constante, asegurando que todo se teñía de tristeza y por ende, no había otra forma de ver el mundo, más que preponderantemente triste: *“Negativa, súper triste. Como que todo... todo era feo, todo era triste. No veía salida, no... no veía... no me veía mejor”* (CV-s 206-207).

#### **2.2.2.3. Sensación de aislamiento, soledad**

La sensación de aislamiento y soledad estuvo presente en cuatro de las entrevistadas. En todas ellas este sentimiento se originó debido a que ellas mismas se fueron aislando del mundo sin darse cuenta, llevándolas a encerrarse en su casa y no desear compartir con terceros: *“Yo pasaba en mi pieza, mi nieta en su pieza, mi nieto en su pieza y yo en mi pieza y mi mundo era mi pieza y mi cama”* (MN 136-138).

#### **2.2.2.4. Falta de sentido**

Dos participantes comentaron no hallar sentido en su vida, provocando en ellas confusión y cuestionamientos respecto de por qué estaban viviendo y no encontrando respuesta a esa pregunta. Ambas señalaron que ya habían criado a sus hijos y por ende, ya no las necesitaban, teniendo la vida un sentido antes cuando debían cuidar y criar a sus hijos, pero perdiéndolo posteriormente en su ausencia. También, en una de ellas la falta de sentido se acompañaba de deseos de no vivir, provocando que le molestase todo aquello que la mantuviera en la vida, como los nietos: *“Lo único que yo quería era no existir, no quería vivir, no quería criarlos, (...) no tenerlos al lado mío, a que para qué estaban conmigo, que por qué existían si yo no quería nada, y yo por ellos tenía que vivir, y por ellos tenía que levantarme, llevarlos al colegio, y todo eso”* (MN-s 64-68).

#### **2.2.2.5. Encerrarse en su propio dolor**

Esta subcategoría refiere a estar sumergido en el propio dolor, perdiendo la atención tanto a estímulos externos como al dolor de otras personas. Dos entrevistadas señalaron que antes de participar en el taller tenían la concepción de ser las únicas que sufrían, envolviéndose en el propio dolor y perdiendo de vista que habían otras personas que

padecían tanto como ellas. También, refiere a la pérdida de conciencia de lo que está pasando fuera de ellas mismas, es decir, tener el foco puesto en los propios sentimientos, sensaciones y problemas, perdiendo así conciencia de lo que acontece en el exterior: *“Uno se encierra en uno no más y no mira alrededor que hay más, otra gente que está pasando aún cosas más peores que uno, y yo en esa parte siempre estuve.... Que era yo, mi problema era muy grave, era yo, y no veía más allá del problema mío no más”* (PS 169-172).

En ocasiones, era tanta la sensación de sufrimiento, que se tiñó de una visión negativa el mundo, la cual se expresaba en la idea de creer que todo lo malo les pasaba a ellas y que todo lo que acontecía y rodeaba a la persona era negativo. Es así como una de las participantes señaló que concebía el mundo como un lugar hostil en donde todo lo que le pasaba era malo, llevándola también a sentir lástima por sí misma: *“Encontraba que todo era malo, yo le decía a la señora A [psicóloga], por qué las cosas me tienen que pasar, por qué, por qué (...) Siempre andaba -ay, como pobrecita yo-”* (PS 241-244).

### **2.2.3. Sentimientos de culpa**

Todas las entrevistadas reportaron tener sentimientos de culpa por diversos motivos. Ocho de ellas son madres, de las cuales dos señalaron que el origen de la culpa estaba en no dedicarle tanto tiempo como quisieran a sus hijos, reconociendo que en varias ocasiones daban prioridad a otras cosas. También, la culpa en ellas se originaba varias veces en decir las cosas que sentían de un modo explosivo, lo que ocurría por lo general por guardarse las palabras según ellas mismas señalaron: *“Explotaba y dejaba la embarrada. Empezaba a decirle a mis compañeras todo lo que sentía, dejaba la embarrada, se sorprendían de eso y después me sentía culpable por lo que había generado”* (BJ 70-72). Por otra parte, la culpa también se originaba por situaciones adversas externas que no podían controlar, pero que al hacer que las cosas salieran mal o al traer consecuencias negativas, las hacía sentir culpable.

### **2.2.4. Estado anímico ansioso**

Como el nombre de la categoría lo dice, se han destacado aquellos discursos que reportaron distintas manifestaciones de ansiedad, como crisis de pánico y episodios de gran angustia.

Cinco de las participantes del taller habían sufrido ataques de angustia, ante los cuales no contaban con herramientas para enfrentarlos. Establecieron que cuando sufrían una crisis sólo deseaban que esta pasara sin ver el modo de salir de ella, perdiendo el control absoluto de la situación y cayendo en desesperación. *“Me asusté, me asusté, me subió la angustia en la guatita, me subió, estalló, no... no me acordé ni de respirar, no me acordé de nada, lo único que quería era que se quitara la cuestión”* (XF 227-229). En varias ocasiones los ataques de pánico terminaron en el hospital.

### **2.3. Sintomatología cognitiva**

#### **2.3.1. Ensimismamiento en los propios pensamientos**

Las entrevistadas señalaron que se desenvolvían durante el día no estando conscientes de lo que hacían. Funcionaban automáticamente, absortas en sus pensamientos, repasando en su mente distintas cosas mientras hacían otras, lo que a su vez no les permitía estar concientes de su entorno: *“Siempre como con la cabeza gacha así y pensando, pensando, pensando, todo el rato planificando”* (BJ 9-10).

#### **2.3.2. Confusión y agitación mental**

La confusión y la agitación mental se manifestaron de dos maneras y por dos motivos diferentes. Uno de ellos era durante las crisis de pánico o cuando iba a venir una, en donde se ve borroso, hay sensación de confusión y temor, ya sea porque los estímulos se vuelven más agudos, desaparecen o por los mismos síntomas de la crisis. La otra circunstancia en la que se manifestaban es cuando las entrevistadas señalaban absorberse en los propios pensamientos o cuando la voz interior era recurrente e incontrolable, perdiendo la noción de lo que ocurría en el exterior: *“Tener al Pedro Carcuro todo el día así hablándote, hablándote, hablándote la cabeza”* (BJ 29-40).

#### **2.3.3. Desconcentración**

La desconcentración no sólo se manifestó como se mencionó anteriormente en estar absorta en los propios pensamientos, sino también en no poder tener el foco puesto en algo durante un tiempo prolongado, yendo de una actividad a otra o de una conversación a otra.

La mayoría de las veces las voces internas interrumpían los pensamientos y actividades que se estaban ejecutando: *“De hecho estoy rezando, que para mí es una cosa de la más importantes (...) y de repente estoy orando y digo -pero y el veinticuatro por ciento... ay perdón señor-, y vuelvo al rezo, me desconcentro muy fácil”* (XF 410-413).

#### **2.3.4. Insomnio y rumiación mental**

Dos participantes comentaron no poder dormir por las noches debido a constantes pensamientos que se presentaban, lo que generaba desmejoramiento del ánimo expresados en pocas ganas de levantarse durante la mañana, mal humor durante el día y ganas de llorar. Los pensamientos nocturnos que afloraban se basaban en repasar lo que hicieron durante el día, problemas y cuestionamientos respecto a ciertos actos y de sí mismas: *“A mí me costaba dormir por las noches, pero era tanto de eso que... que uno se repite inconscientemente en la cabeza que es lo que me he dado cuenta que lo que ocurrió, que por aquí, que por qué allá, que por qué esto”* (LS 45-48).

### **2.4. Sintomatología relacional**

#### **2.4.1. Falta de interés en el contacto con otros**

Tres entrevistadas indicaron no tener interés en relacionarse con otros antes de iniciar el taller. Esto se manifestaba desde evitar llamadas telefónicas hasta encerrarse y aislarse en la pieza durante todo el día por un período de tiempo prolongado. Señalaron que inclusive llegaron a molestarles ciertas presencias, como la misma familia, ya que esto implicaba sociabilizar, cosa que era no deseable en ese momento. Esta falta de interés en las relaciones iba a su vez, acompañada de una sensación de desconexión con el mundo y las personas: *“No quería saber pero nada, ni siquiera hablaba del colegio, no quería, no quiero, no quería saber nada de la escuela ni de que me llamaran por teléfono. Estuve harto tiempo desconectada de todo”* (JG 270-272).

#### **2.4.2. Sentimientos negativos hacia los otros**

Los sentimientos negativos hacia otros, se manifestaron como quedarse atada con algunas personas que les hicieron daño. Guardar rencor, rabia u odio según dijeron las mismas entrevistadas: *“Sentía un sentimiento malo en contra de esa persona, no quería ni*

*verla ni perdonarla y no quería ni hablarla y todo lo que hacia esa persona para mí era malo”* (MN-s 28-30). El sentimiento de rabia también se expresó hacia miembros de la familia y en una de las entrevistadas hacia personas que no le habían hecho daño precisamente, pero que por el hecho de exigir compartir con ellos y demandar atención de parte de ella, generaban rabia y malestar hacia ellos, también por un sentimiento de postergación.

La sensación de ser víctima de los demás se originó de la creencia que las personas que se acercaban no lo hacían con buenas intenciones. Así informó una de las entrevistadas, quien antes de participar en el taller tenía una visión de mundo hostil y desconfiada, en el cual las personas que la buscaban no lo hacían deseando su bien, sino con mala intención o no genuinamente: *“Yo sentía que como que todos... las personas (...) no me querían, no en beneficio mío (...) como que nadie se acercaba a mí porque habían buenas intenciones. (...) Porque una persona que... era como que quería algo de mí... si me buscaban era porque yo les podía hacer un favor, los podía ayudar”* (CV-s 633-639).

#### **2.4.3. Necesidad de ser aceptada por los demás**

El hecho de mostrarse bien ante los demás y no hacerlos enojar se generaba en parte debido a la necesidad manifestada por tres de las entrevistadas de ser aceptada. Lo anterior, también iba acompañado de una dosis de ansiedad debido a que en sus acciones y ante los demás, estaban constantemente pendientes de cómo eran evaluadas por los otros, lo que finalmente terminaba provocando que no fueran genuinas en su actuar, llegando a sentirse en ocasiones otra persona. Así lo ejemplifica la siguiente cita: *“Estaba pendiente de que siempre me encontraran una persona buena, una persona pucha que no se mete en nada, que no hace conflicto, pero como que todo eso al final fueron cargas para mí porque al final no era la persona que yo soy. Porque nunca daba mi opinión así, no me quemaba con nada (...) Yo quería decir algo, pero no quería generar problema”* (BJ 61-67).

#### **2.4.4. Sobrevaloración de la opinión de los demás**

Esta subcategoría va muy ligada con la anterior, ya que lo que llevaba a sobrevalorar la opinión de los demás era el hecho de ser aceptada por ellos y evitar problemas, ya sea por expresar opiniones o por ser vista de modo negativo ante el resto:

“Me importaba mucho lo que pensarán los demás” (BJ 61). Esto a su vez, contribuía a actuar de modo tal, que fuera bien recibido y mirado por las personas.

#### 2.4.5. Dificultad de comunicar lo que le pasa

Con el fin de evitar conflicto era común según se comentó en las entrevistas, que se guardaran ciertas cosas o se evitaran ciertas conversaciones. Debido a que las entrevistadas que presentaban dificultad en expresarse no encontraban el modo adecuado de hacerlo, finalmente se transformaba en un problema, ya que desembocaba en episodios explosivos de ira, mucha incomodidad y ansiedad: “Por ejemplo, a mi pareja yo no era capaz de decirle lo que me pasaba. Si él hacía algo que me dolía en el alma y yo simplemente me callaba o me corrían las lágrimas, nada, nada”.

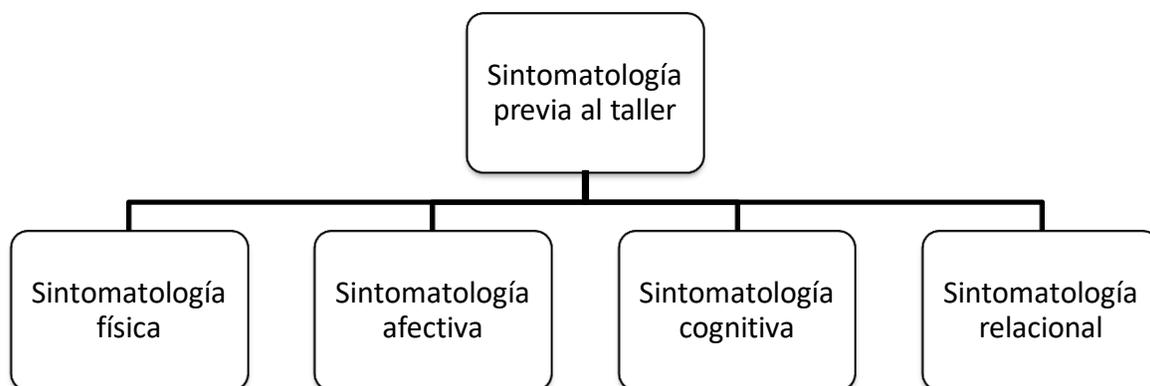


Figura 3: Categoría de primer orden y subcategorías correspondientes.

### 3. Valoración del taller y las actividades desarrolladas en él

La tercera gran categoría remite a los relatos que aluden al taller en sí y las actividades que se desarrollaron durante las ocho sesiones que este duró. La actividad del perdón y la respiración de tres minutos fue lo más recordado y destacado por las participantes. También, valoraron el taller porque afirman que las ayudó en varios aspectos, entre otras cosas a darse cariño: “Es como que yo misma me abrazara. Como que yo misma me contuviera” (CV 198). Lo calificaron como bueno, especial e importante. Tres entrevistadas valoraron el material entregado, ya que así les fue posible practicar en casa y no olvidar. Valoraron también el hecho de conocer gente y los grupos que se formaron y que después de las jornadas se iban felices a sus casas. A raíz de lo anterior, se han establecido cinco

subcategorías que especifican más detalladamente lo que las participantes destacaron del taller. Las divisiones que han derivado de la valoración propia del taller son “valoración de los contenidos entregados durante el taller”, “valoración positiva de los audios de práctica”, “valoración de compartir en grupo”, “aporte complementario del taller a la psicoterapia” y por último, “valoración del rol del monitor”.

### **3.1. Valoración de los contenidos entregados durante el taller**

Lo más destacado en las entrevistas fue la enseñanza de ser amable con uno mismo, ya que aparte de ser novedoso para ellas, les enseñó a entregarse cariño y cuidarse, señalando que fue algo que desconocían e inclusive incomprensible en un principio. Por otra parte, el aprender la importancia del presente, es algo que valoraron profundamente ya que manifestaron que es algo que está al alcance de todos y que su implementación a lo cotidiano conllevó varios beneficios.

### **3.2. Valoración positiva de los audios de práctica**

Al comenzar el taller se les entregó un CD con audios de las prácticas hechas durante el entrenamiento. Lo más valorado por parte de las participantes respecto de los audios es que a través de ellos pudieron seguir desarrollando las prácticas que les hizo bien mientras asistían al taller, ya que el material auditivo permitió que recordaran lo vivido durante las sesiones y no olvidar lo que aprendieron mientras él se desarrollaba.

### **3.3. Valoración del compartir en grupo**

A partir de esta categoría se han desprendido dos subcategorías que detallan lo que las participantes valoraron de compartir en grupo. Las participantes valoraron el compañerismo generado entre ellas y la contención que se dio en el grupo.

#### **3.3.1. Relacionarse favorablemente con las compañeras del taller**

Las nueve participantes manifestaron estar contentas con el grupo que se formó. Se relacionaron de modo favorable, e inclusive se siguieron comunicando entre ellas ya finalizado el taller.

Otro aspecto muy valorado por las participantes fue el hecho de haber escuchado otras experiencias y hacer conciencia de que hay otros que también sufren: *“Pude compartir con las otras personas del taller con confianza, con el sentimiento de que la otra persona sufría también, que no era yo sola la que sufría y por distintas cosas”* (MN-s 130-132). Esto a su vez, generó que se sintieran contenidas por el resto del grupo, cosa que extrañaron una vez finalizado el taller. En un caso, la entrevistada manifestó que las compañeras del taller fueron las primeras personas con quienes se empezó a relacionar después de harto tiempo y que con ellas comenzó a abrirse a conversar y escuchar.

### **3.3.2. Valoración del aporte de las experiencias de las otras participantes**

Las participantes manifestaron haber aprendido de sus compañeras de taller, a través de las experiencias compartidas. Debido a esto se pudo generar la humanidad compartida y también sacar aprendizajes de vida de las experiencias del resto de las participantes. Por otra parte, las entrevistadas agradecieron el ambiente que se armó entre las compañeras de grupo, ya que este generó la confianza para hablar de cosas personales y dolorosas, con respeto y contención. Dicen que se generó el espacio para abrirse: *“Que el grupo como que se conformó se complementó tan bien e hicimos tan bien, porque se pudieron sacar cosas que teníamos muy adentro, guardadas, confidencias, hechos banales (...) y yo creo que fue grato y más que nada, provechoso para cada una, porque pudimos, como le digo, darnos la libertad, la necesitábamos, que no la teníamos”* (MN 90-94).

### **3.4. Complemento del taller a la psicoterapia**

Las mujeres que participaron del taller, al mismo tiempo estaban en un proceso psicoterapéutico, por lo que esta subcategoría remite a lo que las entrevistadas reconocieron como complemento del taller a la terapia individual. Vivir el presente fue algo que no se había trabajado en terapia, por lo que fue una novedad valorada por las participantes. También, reconocieron que el taller fue un complemento importante a la psicoterapia, ya que los logros que han reconocido en ellas, han sido por un proceso vivido en terapia y que viene a culminar con el taller.

Otro aspecto valorado por algunas participantes, fue el hecho de compartir experiencias con otras mujeres, ya que indicaron que eso no es posible en terapia y el interactuar con otras personas en el taller hizo que fuera más intenso y aportara mayores aprendizajes: *“Cada cosa yo la... me ha quedado y lo he puesto en práctica, más que una sesión de psicóloga, porque en las sesiones de psicóloga más uno habla que lo que la psicóloga me dice, por lo menos eso me pasa a mí. En cambio acá yo estaba callada todo el rato y yo aprendía tanto de él [monitor] como de la experiencia de las demás también uno aprende”* (EL 153-157).

### 3.5. Valoración del rol de monitor

Las participantes se sintieron agradecidas del monitor, ya que afirmaron que él sabía expresarse de una forma clara, que permitía comprender lo que se quería transmitir. Dicen que él permitió que el taller llegara al corazón y que todo lo que se hablaba fuera importante. Le dan al monitor calificativos tales como acogedor, comprensible, entregado y profesional, y afirman que estas características hicieron que el taller fuera realmente de gran ayuda.

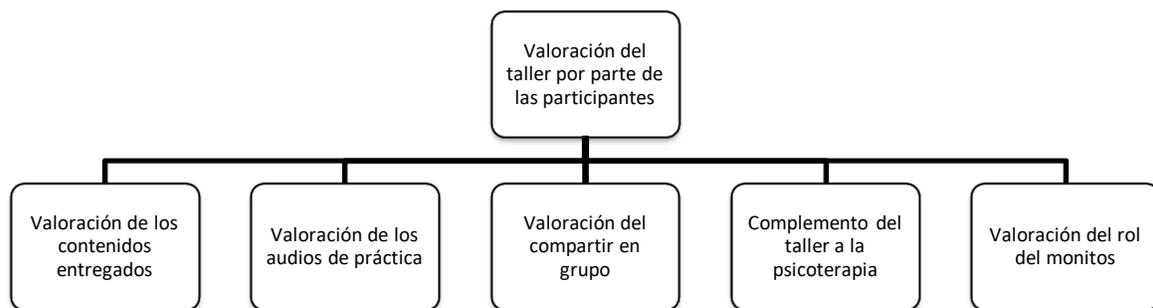


Figura 4: Categoría de primer orden y subcategorías correspondientes

## 4. Manifestaciones conductuales, emocionales y cognitivas de bienestar psicológico

### 4.1. Cambio favorable en el modo de relacionarse consigo mismas

Uno de los cambios más importantes que se destacó del relato de las participantes fue el modo de relacionarse consigo mismas. Este cambio se expresó de varias maneras,

como sentir mayor conexión con el cuerpo, aprender a respirar, quererse y valorarse más, reencontrarse consigo misma y con una parte grata de sí.

#### **4.1.1. Tratarse a sí misma de un modo compasivo**

Una de las prácticas que se enseñaron durante el taller fue aprender a ser compasivo con uno mismo. La compasión hacia una misma se manifestó de diversas formas según el discurso de las participantes, una de ellas fue aprender a soltar, es decir, al cometer un error, no quedarse aferrada a lo mal que se hizo algo, sino aprender que ya es pasado y por ende, sólo se puede seguir adelante. Esto ha ayudado a sentir menor ansiedad y a sentirse más relajada en distintas situaciones. La compasión también se manifestó a través de verse más y priorizarse, relacionarse más conscientemente con una misma y comunicarse más consigo mismas: *“Aprendí a relajarme, a centrarme en mi misma, a hablarme, como le digo a hablarme a cuidarme, a abrir mis expectativas de vida”* (MN-s 96-97).

Otra manera de ser autocompasiva, fue aprender a no sobreidentificarse con las emociones, es decir, aprender a verlas en perspectiva y tener claro que no se es la pena, ni la angustia, sino emociones que embargan en el momento. Esto conllevó a no ver las cosas totalmente de modo negativo y de un solo color, reduciéndolo todo a una sola emoción o estado.

##### **4.1.1.1. Ser más amable consigo misma**

La amabilidad hacia uno mismo se manifestó de diversas maneras en las participantes, entre ellas, entender que es necesario quererse, hacerse cariño y tratarse con más amor, a la vez de no reprocharse tanto y ser menos autocrítica: *“Desde que estuve en el taller, yo encuentro que aprendí como a tratarme bien, a... a no ser tan... crítica conmigo, no ser tan dura”* (CV-s 9-10). También la amabilidad se tradujo en darse un tiempo durante el día para otorgarse amor, relajarse o dedicarse a sí misma. Darse amor y bondad a sí misma, refiere a aquellas acciones que denotan amor, asimiento y contención hacia sí misma, es decir, actos más profundos de afecto hacia sí misma o que generan la sensación de acogimiento, cariño, abrazo hacia uno: *“Valorarme a mí misma, darme más importancia y lo más difícil, enfrentarse a cómo uno es y vivir la vida como le toca vivir. Y darse el tiempo para uno, para darse amor, para entregarse a sí misma como una de, un cuidado,*

*una dedicación, un de perdonarse, de aceptarse, de entregarse cada día lo que realmente uno necesita, que es el amor, el cariño con uno, la bondad hacia uno*” (MN 8-12). Los actos bondadosos fueron desde ponerse la mano en el corazón, respirar unos momentos, acariciarse el cuerpo, escuchar música, decirse palabras amables hasta darse un tiempo para sí misma.

#### **4.1.1.2. Aceptarse y valorarse a sí misma**

Aceptarse y valorarse a sí misma refiere a aprender a conocerse y reconocer aquellas áreas de uno mismo que no gustan, al mismo tiempo de aceptarlas. También aprender a decir que no o disentir de una opinión, darse mayor importancia. Es aceptarse a sí misma, aprender a ser más tolerante consigo misma y priorizarse: *“Valorarme a mí misma, darme más importancia y lo más difícil, enfrentarse a cómo uno es y vivir la vida como le toca vivir”* (MN 8-9). El valorarse a sí misma a su vez, trajo como consecuencia sentirse más apta para decir lo que piensan, debido a la mayor seguridad en sí misma, generada por la autoaceptación y valoración.

#### **4.1.1.3. Reducción de la autocrítica y la culpa**

Otra herramienta personal desarrollada fue encontrar estrategias para disminuir la autocrítica. La autocrítica, era uno de los aspectos más repetidos y comunes entre las participantes, por lo que aprender a manejarla fue central en la mejoría de las entrevistadas. Es así como algunas señalaron que de apoco fueron disminuyendo las voces autocríticas, estando aún presentes, pero en menor intensidad e intentando obviarlas la mayor parte del tiempo. Señalaron que antes estas voces eran tan fuertes que determinaban el hacer algo o no, en cambio ahora, dicen que aunque esté la autocrítica presente, no es motivo para inmovilizarse y paralizarse, logrando hacer las cosas igual. En parte, el hecho de ser menos negativa que antes ha influido en que las voces autocríticas sean menos tóxicas: *“Que ya no es tanto, no es tanto como antes. Porque es como que... estoy aprendiendo, estoy aprendiendo a conocerme, a no ser tan negativa. Entonces es como que la vocecita igual está, eso es inevitable pero... trato de que no sea tan mala, tan tóxica”* (CV-s 184-187). El sobreidentificarse menos con emociones tales como la tristeza y angustia las ha ayudado a ver las cosas más en perspectiva y analizarlas más fríamente, lo que como consecuencia ha llevado a la reducción de la autocrítica, al verse de modo menos negativo. La reducción de

la autocrítica se expresó a través de dejar fluir algunas emociones contra las cuales se luchaba antes del taller, tales como la pena y la rabia: *“Ya no me trato mal. O sea si tengo pena, lloro. No me critico, o sea, si tengo pena tengo que vivir mi pena. En esas cosas soy como más... me dejo... como ser”* (CV-s 25-27). Junto con la reducción de la autocrítica, también se redujo la culpa. Señalaron en las entrevistas que a partir de la reducción de la autocrítica, las cosas se toman con más calma, por ende, sin culparse, o al menos haciéndolo menos y aprendiendo al mismo tiempo a perdonarse frente a los errores y equivocaciones.

#### **4.1.1.4. Flexibilidad y aceptación del error y la imperfección**

Una forma en la cual se manifestó la flexibilidad y aceptación del error e imperfección fue soltando los errores y dejarlos atrás, es decir, al cometer alguna equivocación, intentar corregirlo en el momento y no quedarse obsesionada pensando en él una vez ya hecho: *“Tú dices, por qué tengo que llevar esta carga de tratar de ser así y así, si nadie es así. Nadie es perfecto, o sea todos en algún momento cometen el error y bueno y hay que pedir perdón y seguir adelante y eso me costaba a mí”* (BJ 440-442). También, aceptar que hay cosas más importantes y prioritarias que el orden y la perfección, dándole más cabida a los errores. Otra forma de flexibilidad fue reconocer que así como se cometen errores, también se pueden hacer cosas buenas y por último, tener en cuenta que uno no es perfecto y por lo mismo, aprender a aceptarse con defectos y virtudes. Convivir con los aspectos indeseados de uno mismo: *“...yo era una persona muy, pero demasiado autocrítica conmigo misma, yo hacía algo malo, yo me odiaba, me castigaba sola, me quería morir porque no podía hacer las cosas bien, era un perfeccionismo que tenía conmigo misma y por lo tanto era súper auto-crítica, y ya no lo hago, o sea ya como que me he aprendido aceptar como yo soy, o sea, como que si llego atrasada que es como mi defecto, pero soy así, ya como que no lucho contra eso, que eso era lo que más mal me hacía”* (EL-s 86-91).

#### **4.1.1.5. Perdonarse a sí misma**

Parte de perdonarse a sí misma fue dejar de sentirse culpable constantemente y esto fue logrado a través de la reducción de la autocrítica y otorgándose más amor y siendo más

bondadosas consigo mismas. También, el perdonarse frente a errores se dio a través de la aceptación de que el ser humano es imperfecto.

#### **4.1.2. Revalorización de sí misma**

Otro cambio reportado en las entrevistas fue la revalorización de sí misma y por ende, reconocerse como una persona portadora de sueños, de necesidades y sentimientos. A su vez, la revalorización se manifestó en sentirse más capacitada en dar opiniones o disentir de otros. Aprender a sacar la voz cuando así se requiera y no sentirse inferior ante los demás: *“Yo puedo opinar y decir -no poh-, (...) antes ellos decían que era negro y yo decía -bueno, ya, si ellos dicen que es negro- y no puedo... no luchaba en decirles -no poh, esta es mi opinión también y vale-. Ahora no, ahora yo puedo hacer eso, antes no lo podía hacer, porque me... yo misma me hundía, no discutía... no es discutir, es conversar y decir esta es mi opinión y mi opinión vale, y eso... y eso he aprendido”* (PS-s 77-81). Por otra parte, al igual que en otras categorías de autocompasión, la revalorización se manifestó a raíz de aceptarse tal cual uno es y relacionarse de otra manera con aspectos propios que no gustan, criticándolos menos e intentando mejorarlos.

Dentro de la revalorización de sí misma, el escucharse y priorizarse tuvo un lugar fundamental, ya que les permitió a las participantes verse y preocuparse de sí mismas, darse espacios de cariño y descanso. También, se vio un efecto en los límites, por ejemplo, señalaron que antes aguantaban mucho, en cambio, ahora ponen límites: *“He aprendido a que no me llegue más allá mis cosas, ser yo primero, primero yo”* (PF 30-31). El hecho de priorizarse también ha hecho que tengan ganas de mejorar en varios aspectos; en calidad de vida, como persona, en el trabajo, con la familia, etc., y también ha provocado que se sientan más responsables de sus actos, es decir, hacerse cargo de sus estados de ánimo y sentirse mejor emocionalmente, también a cuidar su salud general.

Se ha mencionado anteriormente en varias ocasiones que un cambio manifestado a raíz de la participación en el taller fue valorar el darse un espacio propio, ya sea de distensión, reflexión o cariño hacia sí misma. Las formas en las cuales han ocupado este espacio ha sido haciendo los ejercicios del taller dados en el CD que se entregó, hacer conciente las cosas que se están ejecutando en el momento, tomar atención a los estímulos externos como el canto de los pájaros por ejemplo, pasar más tiempo con las amigas, hacer

actividades extraprogramáticas como yoga y meditación, darse recreos durante el trabajo, irse más temprano a la casa del trabajo, darse un espacio para socializar, haciéndose tratamientos de belleza y cuidado personal.

#### **4.1.3. Sentimiento de seguridad y empoderamiento**

A raíz de la participación en el taller, varias participantes señalaron sentirse dueñas de sí mismas y de su vida, afirmando que pueden ser las gestoras de su propia felicidad y bienestar: *“Hoy me di cuenta que sí, que uno puede salir adelante, que uno puede tener tiempo, y que uno se puede realizar como persona, como mujer también”* (PS 172-174). A su vez, reconocieron que hay cosas que no dependen de ellas, pero que también hay otras que sí, y que aquellas están en sus manos mejorarlas o tratarlo al menos.

El hecho de sentirse seguras y empoderadas, también les permitió asumir las consecuencias de sus actos y relacionarse de un modo más saludable con ciertas decisiones, permitiendo a su vez dejar los eventos desagradables atrás y seguir adelante. Por otra parte, a través del empoderamiento las participantes asumieron que para sentirse bien, el gesto debe partir de ellas mismas y no de los demás. Antes, esperaban que otros se preocuparan de ellas y las ayudaran a sentirse menos tristes y angustiadas, pero ahora, mencionaron que el sentirse bien debe venir del trabajo de sí mismas.

Por otra parte, el empoderamiento les permitió posicionarse de otra manera frente a los demás, sintiéndose más fuertes y capacitadas para dar sus opiniones y tomar decisiones que conllevan disentir de las de otros. Esto mismo trajo consigo tomar decisiones y actuar de acuerdo a los propios deseos, ya que según mencionaron las participantes, antes se pasaban mucho a llevar con el objetivo de contentar a los demás y sentirse obligadas a responder a las expectativas de otros.

Otra manera en que se manifestó el sentimiento de empoderamiento fue aprendiendo a dominar las emociones. Ya no sentirse invadida por ellas y manejarlas, como la tristeza y la angustia: *“Esa parte la puedo dominar, ya no es como era antes, ahora yo puedo dominar esa parte. Antes era puro llanto, yo hablaba y lloraba, ahora no, ahora sé que tengo que... las emociones (...) aprenderlas a dominar”* (PS 44-47).

Por otra parte, el nuevo sentimiento de seguridad y empoderamiento les ha permitido creer más en las propias capacidades. Al mismo tiempo, la mayor seguridad ha

generado un mayor rendimiento en el trabajo. Una de las participantes era estudiante universitaria y mencionó que a partir del taller se comenzó a enfrentar de otra manera a las evaluaciones, sintiéndose más segura de sus conocimientos que antes.

#### **4.1.4. Mayor conciencia del propio funcionamiento**

Darse cuenta de cómo es uno en grupo y al tomar conciencia de eso, hacer algo al respecto, es lo que asomó en esta categoría. Por ejemplo, una de las entrevistadas señaló que en el taller se dio cuenta que era muy buena para hablar y por lo mismo, quiso dejarle ese espacio a más personas y se controló para no hablar tanto: *“Igual me callé porque dije -no para qué- como ser siempre yo la que hable, hay que darle lugar a otras personas. No tengo que ser tan florero e igual traté de escuchar también. Porque era una práctica que me costaba: escuchar. Que yo siempre quería hablar, hablar. Entonces, también hay que aprender a escuchar”* (BJ 416-419). Lo anterior se dio, ya que durante el taller se enfatizó lo importante de saber escucharse y poner atención a nuestras emociones, es por lo mismo que las entrevistadas que reportaron una mayor autoconciencia, hicieron el ejercicio de ver sus emociones sin juicios en el momento presente, lo que les ha permitido indagar y reconocer su interior: *“Ahora trato como de la angustia, mirar la pena. Entonces ahora digo -ya, pero por qué- (se emociona). Entonces como que... es como que conversara conmigo y como que me entendiera”* (CV 134-136).

##### **4.1.4.1. Ampliación y agudeza de la percepción**

En parte, esta categoría hace referencia a la nueva capacidad reportada por las participantes de poner atención a los detalles que las rodeaban, como darse cuenta de las decoraciones, la naturaleza, el entorno en general, como se manifiesta en la siguiente cita: *“-Oh, qué se ven lindos los árboles, mira los edificios, como se reflejan las ramas en los edificios ¿no ves que son como de espejo?- Y todo el rato así como fascinada, y él me dijo -pero si usted trabaja aquí en Providencia hace como quince años-. Yo le dije -uy sí, pero parece que nunca había salido a esta hora-. Y no, sí había salido, pero siempre como con la cabeza gacha así y pensando, pensando, pensando, todo el rato planificando y como que ese día así que miraba todas las cosas así y encontraba todo tan bonito, los árboles, el color café de las hojas y como que ahora también”* (BJ 7-11).

#### **4.1.4.2. Reconexión con su feminidad**

Al sentirse más animadas algunas participantes mencionaron reconectarse con su feminidad, la cual se ha manifestado a través de arreglarse más que antes, valorarse más a sí misma, lo que conllevó a querer mostrarse más y tener menos vergüenza de arreglarse. A su vez, mencionaron que se sintieron más liberadas, con menos mochilas de cargas y culpas, lo que las ha hecho mostrarse más y estar a gusto consigo mismas, no sólo ante los demás, sino ante sí mismas.

#### **4.1.4.3. Desarrollo de una mayor conciencia corporal**

A través de los ejercicios practicados en el taller, las participantes se hicieron concientes de que ellas mismas contaban con herramientas para ayudarse. Parte de esas herramientas fue la conciencia de su propio cuerpo, sentirlo y así aprender a escucharse y entenderse: *“Ese material que nos dejaron es muy importante (...) uno leyéndolo todos los días en el momento que uno tiene libre, uno se da cuenta de que si uno necesita esa parte, para el mismo cuerpo, uno... nunca se me había pasado por la mente el ponerme a respirar y con mi misma respiración irme al fondo de todo, de sentir mis pies, sentir los dedos de las manos”* (PS 180-184). A través de las sensaciones corporales, las participantes no sólo han logrado hacer más conciente algunas emociones, sino también han aprendido a relajarse, sentirse menos pesadas y ansiosas, más relajadas, lo que les ha dado una sensación de satisfacción. Por otra parte, la mayor conciencia corporal ha repercutido en la alimentación, ya que algunas desde no comer nada a comer mucho, se dieron cuenta que no estaban escuchando bien a su cuerpo.

#### **4.2. Cambio en el modo de relacionarse con otros**

A raíz del cambio experimentado en la relación consigo misma, las mujeres que fueron parte del taller también vivieron cambios en relación a los otros. Lo que se repitió en el discurso de las participantes fue la capacidad de sentir compasión hacia los demás, sentirse capaces de expresar lo que sienten y piensan, conductas de socialización con otros, percepción de los otros respecto al propio cambio y desprenderse de la opinión de otros.

### **4.2.1. Compasión hacia los demás**

Al aprender a ser más compasivas consigo mismas, las participantes a su vez, aprendieron a ser compasivas con otros.

#### **4.2.1.1. Amabilidad hacia otros**

Algunas participantes manifestaron tener una relación más amable hacia otras personas, ya que han visto que reciben el trato que dan, evitando de este modo discusiones innecesarias. De hecho, señalaron que a partir de esto sus relaciones interpersonales han mejorado, ya sea en el ámbito familiar, laboral, etc.: *“Siempre he discutido con muchas personas y no... ha cambiado en mucho, de hecho la relación con mis pares, hasta con ellos cambió, es como más tranquila, más pasiva (...) antes me enojaba demasiado, entonces... (...) más tolerante”* (AB 34-41). También la amabilidad se ha manifestado haciendo un esfuerzo porque el otro se sienta mejor cuando está pasando por un mal momento y tomar una actitud activa frente al dolor del otro: *“Porque por ejemplo con mi nieta yo le digo -tú relájate- así porque se pone nerviosa y que llora y hay hartos problemas en mi casa, entonces (...) le voy enseñando, mira relájate así, cierra los ojos”* (MN-s 320-324).

#### **4.2.1.2. Aceptar y perdonar a los otros**

Hubo reflexiones propias de las participantes que se expresaron en las entrevistas que dieron cuenta de los efectos de aprender a quererse. Una de ellas, fue el reconocer que al quererse una misma, empezaron a ver a los demás de un modo más compasivo y por ende, a perdonarlos: *“Yo tengo que quererme yo y queriéndome yo también puedo perdonar a las otras personas y no tener tanta tristeza y ese, esa rabia que sentía”* (JG 120-121). Las participantes señalaron que a partir del taller han hecho el ejercicio de perdonar a los demás, cosa que antes no ocurría, ya que el enojo era muy grande. El ejercicio de perdonar lo han ejercitado consigo mismas, en un espacio íntimo elegido por ellas, como cuando se miran al espejo por ejemplo. El hecho de aceptar más a los demás, se manifestó en el hecho de enojarse menos frente a sus errores y en vez de reaccionar de modo agresivo, buscar una solución frente a la equivocación. Por último, el aceptar a los demás ha llevado a darse cuenta que cada uno es distinto y por ende, tiene distintas motivaciones en la vida: *“Yo*

*quería que mis hijos fueran lo que yo quería, y ahora yo me he dado cuenta que a las personas tienen que ser como ellos son, y tienen que tener su propia personalidad, sus sentimientos” (JG-s 290-291).*

#### **4.2.1.3. Aprender a escuchar y entender a los demás**

La mirada hacia los otros ha cambiado, viéndolos de un modo más compasivo y comprensivo e intentando entender su comportamiento, juzgando menos y siendo menos crítica: *“Porque yo tiendo como a criticar mucho a los demás, pero no se lo digo si, así como que yo lo pienso, así como qué lata, así como qué fome, qué tonto pero... trato como de entenderlos. Si antes trataba como de entender o analizar a las personas ahora como que los entiendo, como que trato de entenderlos ¿Cómo compasiva puede ser?” (CV 40-43).* A su vez, en el taller aprendieron a escuchar, porque en medio de él las participantes compartían experiencias, lo cual llevaba a ejercitar la escucha activa, y por lo mismo, en las entrevistas señalaron que muchas veces quisieron hablar, pero prefirieron guardar silencio para darle lugar a que otra compañera del grupo hablara. Por último, en el taller aprendieron que al compartir experiencias dolorosas, frustraciones, tristezas, alegrías, etc., con el resto de los seres humanos es posible ponerse en el lugar del otro y entenderlo, tal como lo muestra la siguiente cita: *“No enfocarme solamente en mis problemas y sino que mirar alrededor mío y ver que también otros tienen los mismo problemas míos quizás peores o más grandes o menores, y ponerme en el lugar de la otra persona, que vive conmigo, que pasa problema que tiene situaciones difíciles, y tratar de entenderla y vivir con eso, no evadirme como me evadía yo antes” (MN-s 86-90).*

#### **4.2.2. Expresar lo que siente y piensa**

A raíz del taller, algunas participantes señalaron estar aprendiendo a expresar lo que sienten y piensan con mayor facilidad que antes, ya que era usual que se guardaran los sentimientos y opiniones a fin de evitar conflicto: *“Yo puedo opinar y decir no (...) antes ellos decían que era negro y yo decía -bueno, ya, si ellos dicen que es negro- y no puedo... no luchaba en decirles no, esta es mi opinión también y vale. Ahora no, ahora yo puedo hacer eso, antes no lo podía hacer, porque me... yo misma me hundía, no discutía... no es discutir, es conversar y decir esta es mi opinión y mi opinión vale, y eso... y eso he*

*aprendido” (PS-s 77-81). Si bien el aprender a expresarse es algo que se ha ido ejercitando y por ende, se ha dado paulatinamente y con cuidado, es algo que va en avance. Expresar más que antes lo que se siente en parte se ha dado porque las entrevistadas se han dado cuenta de la necesidad de poner límites y también porque sienten que es peor para ellas guardarse los sentimientos y callarse, ya que se va acumulando y les afecta haciéndoles sentir rabia, tristeza y angustia. Por otra parte, el atreverse a expresar tiene que ver con la capacidad de decisión, es así que en ocasiones era común no comprometerse con un “sí” o un “no”, quedando amarrada a una pronta respuesta y dando origen a diversas interpretaciones que hacen que uno no pueda desprenderse del otro. Sin embargo, ahora están aprendiendo a tomar decisiones en el momento y aprender a negar o afirmar según sea necesario, lo cual ha permitido que puedan soltar y sentirse más libres: “Eso me ayudó a no quedar enganchada porque... porque ya aprendí que el quedar ahí en el aire me hace quedar enganchada. Cuando quedo en el aire, como que la otra persona espera una respuesta de mí o mañana como que quedo ahí. Pensando todo el rato, enganchada de eso, en cambio, si digo –no-, -sí- se corta ahí y ya no quedo enganchada. Pero es un ejercicio eso, porque eso es algo... yo no soy una mujer decidida. Soy muy indecisa” (BJ 150-154).*

#### **4.2.3. Conductas de socialización con otros**

Las conductas de socialización manifestadas por las participantes son importantes, ya que la tendencia era aislarse y evitar el contacto con otras personas. Es así como algunas se han animado a salir más de sus casas, retomar antiguos contactos, salir a pasar un rato agradable y arreglarse para eso, a diferencia de antes que por lo general se encerraban en el propio mundo y no querían compartir con nadie. Las conductas de socialización, por otra parte, no sólo se han manifestado con personas fuera del hogar, sino con personas cercanas que conviven con las participantes, ya que el aislamiento se daba incluso con las personas que compartían el espacio, haciendo toda la rutina diaria encerrada en la pieza, perdiendo contacto con el resto del mundo: “*Ya por lo menos salí de mi dormitorio, ya almuerzo con ellos, empecé a tomar once, ver televisión con ella adentro, yo estaba totalmente encerrada en mi isla, yo a ellos les servía mi almuerzo o su once o lo que fuera yo pescaba mi comida y me iba a mi pieza, no compartía con nadie, no quería compartir tampoco ni lo deseaba y me molestaban” (MN-s 183-187).*

Las participantes manifestaron a través de las entrevistas que se sienten distintas en cuanto al modo que usan para comunicarse con los demás, lo que al mismo tiempo repercute en el modo de comunicarse del otro. Se reportó mayor entusiasmo y alegría en la comunicación, también más interés por escuchar al otro: *“Con mi hijo, por ejemplo, que la relación está mejor, ya no discutimos tanto. Que conversamos más, nos reímos más. Y yo noto el cambio en él, que cuando yo estaba como súper deprimida como que él andaba igual. Y ahora ya no es tan así”* (CV-s 89-91). Por otra parte, el estar más tranquila debido a los ejercicios de relajación y respiración, ha ocasionado que anden menos aceleradas, por lo que las entrevistadas se perciben más tranquilas y pausadas para hablar, lo que ha influido en el ambiente familiar en general, ya que no es solo el ritmo en el cual se habla, sino que las situaciones se piensan de otro modo antes de comunicarse. Otra diferencia en el modo de comunicar, es siendo más directa, dejando en claro lo que se quiere y piensa, lo que ha ocasionado en las participantes una sensación de liberación, alivio y empoderamiento.

#### **4.2.4. Percepción de los otros respecto del propio cambio**

Las participantes han manifestado que los demás han observado un cambio en ellas a raíz del taller. Las han visto mejor, más alegres y contentas, lo que en algunos casos ha influido el estado anímico de los que las rodean. Las repercusiones del cambio, si bien han sido calificadas de buenas para las participantes, no siempre son bien recepcionadas por los demás, como se ejemplifica a continuación: *“Me dicen en la casa -oye, no vas a ir más para allá porque estás tomando muchas atribuciones, estás siendo muy altanera- así lo miran ellos... así lo miran ellos, como que cuando yo digo -no, este es mi espacio, no me molesten- como que antes yo no me lo daba y ahora me lo doy, por eso le digo, en esa parte es... he avanzado, he avanzado mucho”* (PS 21-26). El anterior es el único caso que se ha visto que a los demás les ha afectado tal vez no de forma tan positiva, ya que el resto de las participantes, han recibido buenas palabras de parte de los demás. Las personas han visto un crecimiento, un avance según reportan las entrevistadas: *“Mi hijo dice que me ve mejor, mi pareja igual, él dice que estoy cambiando mucho. Pero son conmigo en general positivos”* (CV-s 84-85). En suma, los adjetivos que se han repetido son alegre, conversadora, más grande, más sociable, bien y relajada.

#### **4.2.5. Desprenderse de la opinión de los otros**

Otro cambio experimentado por las participantes fue desprenderse de la opinión de otros. Señalan que antes era usual actuar en base a las expectativas de los demás y dirigir los comportamientos y motivaciones en dirección a las opiniones de otros, sobre todo de la familia, en cambio, hoy es distinto, ya que se preguntan primero si es beneficioso para ellas e independiente de lo que los demás opinen actúan en base a los propios requerimientos: *“A veces dejo todo botado y voy a la iglesia o donde mi amigo de cumpleaños como te digo y ya no me interesa tanto como me vean ni como la opinión que puedan tener de mí y como que también comprendí en el taller que todas las personas al final sienten lo mismo”* (BJ-s 76-78). El desprendimiento de las opiniones de otros, también llevó al desprendimiento del éxito profesional, dando prioridad a otras cosas, en vez de afanarse en ser exitoso. Señalaron que antes la motivación era ser mejor profesionalmente o económicamente, lo que llevaba consigo el dejar de lado no sólo a la familia, sino también a sí misma, en cambio, en la actualidad le han dado mayor importancia al bienestar psicológico y al de la familia. Ahora, valoran más el tiempo para ellas mismas.

#### **4.3. Resignificación de la propia vivencia**

En esta categoría se han destacado aquellos discursos que dan cuenta de una forma nueva de resolver los conflictos y a su vez, salir de ellos mejor paradas que antes. Las subcategorías que se han podido desprender y que son parte de resignificar la propia vivencia son, *“resignificación de sus experiencias emocionales”*, *“resignificación de una experiencia dolorosa”*, *“disfrutar de la vida cotidiana y del trabajo”*.

##### **4.3.1. Resignificación de sus experiencias emocionales**

Una de las emociones más presente en las participantes fue la tristeza, la que muchas veces iba acompañada de angustia y a partir del taller han podido relacionarse de un modo distinto con esas emociones, ya que ahora hablan con ellas e intentan descubrir el origen de las mismas. Al mismo tiempo, al vivirlas de un modo distinto, las asusta menos que antes, ya que anteriormente era usual sentirse inundada por la angustia o la pena: *“Antes tenía mucha pena y no sabía por qué tenía la pena [se emociona]. Es que daba tanto miedo... entonces ahora es como -ya pero por qué tengo pena-, -por qué hoy día*

*amanecí así-, entonces como que al conversarla conmigo misma es como que me doy cuenta que tal vez es como la respuesta automática que tengo, estaba tan acostumbrada tantos años a estar así que como que mi cuerpo y mi mente estaban acostumbradas a reaccionar mal, pero ahora como estoy más pausada... como acá aprendí como a mirar las cosas y no a negarlas es como que ya no son tan... no son tan terribles. O sea, las puedo enfrentar. Y yo me siento ahora que estoy... que soy capaz de enfrentar todo eso” (CV 145-152).*

#### **4.3.2. Resignificación de una experiencia dolorosa**

La resignificación de experiencias dolorosas ha originado el perdón y el desprendimiento de emociones tales como la rabia y la tristeza hacia ciertas personas. También, esto influyó en que vieran de otro modo eventos del pasado y que se tenga otra comprensión de los actos y decisiones de personas que fueron y son importantes para las participantes. Siguiendo lo anterior, es que el darle un significado distinto a ciertas experiencias ha generado no sólo que entiendan y perdonen acciones de terceros, sino de sí mismas también.

Por otra parte, eventos tales como la muerte pudieron llevarse de otro modo, es decir, si bien la tristeza de la ausencia de la persona amada persiste, esto no ha sido impedimento para sigan ocupándose de sí mismas y querer estar bien. Al llegar al taller, dos participantes venían de pérdidas de personas muy cercanas, un hijo y un esposo, lo cual las sumió en una profunda depresión, sin embargo, después del taller manifestaron que el dolor de la pérdida ya no inmoviliza ni aplasta como antes, y que han aprendido a seguir adelante y encontrado fuerzas para vivir por ellas mismas, ocupándose de estar bien y ver un futuro, a diferencia de antes: *“Puedo vivir con esa pena ahora, puedo proyectarme en la vida aunque me cueste, y aún me cuesta todavía tomar decisiones sola, porque siempre las tomó él 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 pasé, 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).*

### 4.3.3. Disfrutar de la vida cotidiana y del trabajo

Disfrutar del momento presente es parte de la nueva forma en que vivencian el diario vivir las participantes. Esto ha permitido que se hagan más concientes de lo que les rodea y valorar cosas que antes pasaban por alto, lo que a su vez ha generado que cosas tan cotidianas como la lluvia o el trabajo se vivan de forma más agradable que antes. El valorar más las cosas simples ha permitido que disfruten más de los momentos que se comparten con los demás, el trabajo se ha hecho más llevadero y la naturaleza y sus sonidos han sido usados como un medio para relajarse y conectarse consigo mismas, un medio para practicar mindfulness: *“Cuando me baño cierro los ojos y no sé, dejo que el agua caiga y siento como pasa por mi cuerpo y me relajo bastante. De repente cuando voy llegando a mi casa, cuando vengo de algún lado me bajo de la micro y por donde me voy hay muchos árboles, entonces voy caminando y siento el viento también, es un momento que son cinco minutos de la micro a mi casa, pero son súper ricos”* (AB-s 53-57).

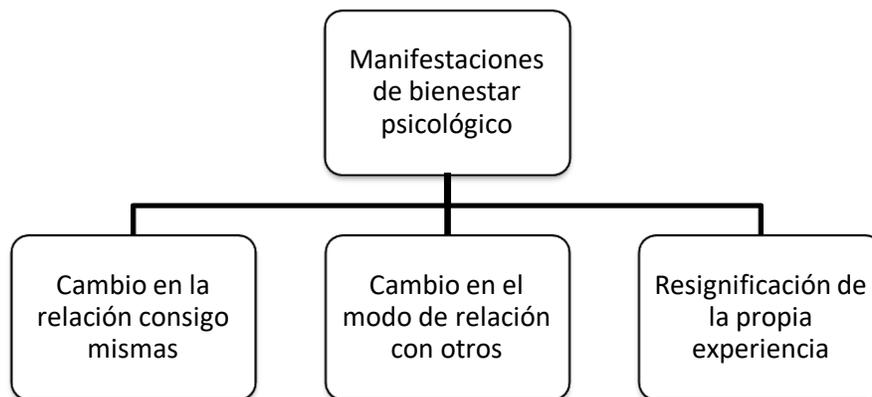


Figura 5: Cuarta categoría y subcategorías correspondientes

## 5. Cambios percibidos por las participantes que contribuyeron a una mayor sensación de bienestar psicológico

### 5.1. Conciencia de un estado con mayor bienestar

Las participantes manifestaron que durante el taller fueron teniendo mayor conciencia de sí mismas lo que también permitió que se conocieran más y por ende, a enfrentar de otra manera el mundo y a relacionarse un modo distinto con ellas mismas: *“Durante me sentí como que me estaba conociendo, estaba viviendo como una nueva vida para mí, una vida distinta, una vida conociendo mi persona desde adentro”* (MN 5-7). Sin

embargo, lo que más se repitió en las entrevistadas fue el hecho de sentirse mejor, estar más contenta y relajada a medida que iba avanzando el taller.

### **5.1.1. Contacto con emociones positivas**

Tres de las participantes manifestaron que durante el taller se contactaron con la alegría, el entusiasmo y el relaxo. Ésto a través de las actividades que se desarrollaban. Inclusive dos de ellas señalaron que hace tiempo no habían sentido emociones agradables hasta haber llegado el taller: *“Cuando empecé acá, el C [psicólogo] me derivó al taller, empecé yo a sentir lo que no sentía antes, una alegría, un entusiasmo, yo no sentía entusiasmo, no sentía nada de nada, ni siquiera lo mínimo, entonces yo lo empecé a experimentar de nuevo y eso me ha hecho bien”* (MN 24-27). .

### **5.1.2. No quedarse aferrada a experiencias negativas – soltar**

Esta categoría refiere a la tendencia a no quedarse atrapada en decisiones o acciones pasadas. Tres participantes manifestaron que durante el taller aprendieron a soltar y avanzar, es decir, sentirse más capacitadas de dejar atrás palabras y decisiones que se tomaron en un determinado momento que ocupaban gran parte del pensamiento de las entrevistadas y darle menos vueltas a los asuntos que forman parte del pasado: *“Por qué siempre tengo que volver a analizar, o sea, si pasó ésto no importa, va a pasar otra cosa y a va a ser diferente, no quedarme pegada en eso malo que salió, no quedarme pegada ahí”* (PS 245-247).

### **5.1.3. Liberación de emociones negativas**

Las nueve entrevistadas dijeron experimentar ausencia o liberación de emociones negativas. Las emociones negativas refieren a aquellas que hacían mal y provocaban malestar y sufrimiento. Las participantes, indicaron sentirse más livianas y libres, ya que en medio del taller comenzaron a sentirse capacitadas de liberar ciertas emociones tales como la pena y la rabia que acompañaban a ciertas personas y episodios de su vida. Esto a su vez dirigido a ellas mismas, ya que manifestaron que comenzaron a ser menos críticas consigo mismas, debido a que comenzaron a experimentar menos emociones negativas hacia sí mismas. Otras, señalaron experimentar una liberación desde el interior, ya que dichas

emociones eran una carga para ellas, lo que permitió a su vez sentirse mejor: “*Ser libre de acá adentro (...) liberarse de cosas que uno pueda tener, sentimientos que no puede echar de uno misma, sacarlos de una misma porque le hacen mal y describir otros que le hacen bien*” (MN 95-98).

#### **5.1.4. Estabilidad en su vida y estado de ánimo**

Las participantes señalaron que antes era común andar irritable, de hecho se veían en tiempo pasado gritando. Mencionaron que durante el taller comenzaron a sentirse más estables, por ende, esto comenzó a expandirse hacia fuera, es decir, al sentirse más tranquilas comenzaron a verlo reflejado en su hogar, en su ropa, en su ánimo y en el trato con las personas: “*Mi casa es otra ahora, porque yo ando bien, porque yo ando más tranquila, y le he traspasado esto, le he transmitido esto a mis hijos. Antes, el año pasado, era puro grito y ahora no (...) tranquilo y ya nada mal, como que nada me altera, cuesta mucho que yo me altere, y si veo algo que está mal o que va dentro de lo que yo no quiero, me alejo*” (EL 139-144). Por otra parte, la estabilidad se vio reflejada en una sincronía cuerpo mente, ya que una de las entrevistadas señaló que antes quería hacer cosas en su mente, pero su cuerpo no le respondía, en cambio después del taller pudo sentir mayor energía en su cuerpo como para comenzar a hacer más cosas y estar en mayor sincronía con lo que la mente deseaba.

#### **5.1.5. Vivir y disfrutar el momento presente**

Durante el taller, varias participantes dijeron aprender a disfrutar más del presente. Señalaron que durante el entrenamiento era más fácil vivir el día a día y no pensar tanto en el pasado. Al día de hoy también viven más el presente, pero es difícil, más que durante el taller. Por otra parte, el hecho de disfrutar más de los momentos, las ha hecho disfrutar más de las personas, en específico de la familia, valorando más aquellos espacios de encuentro, tales como la hora del té por ejemplo. Otra novedad que manifestaron haber experimentado, fue estar más atentas a los estímulos externos, tales como la naturaleza, los sonidos, las formas, entre otros. Una de las entrevistadas por ejemplo, señaló que a partir del taller, usa una piedra que mantiene en el bolsillo para volver al momento presente cada vez que se va en sus pensamientos: “*Esas piedritas de río (...) como para tener el presente, para estar*

*siempre en el presente y que cada vez que la tomáramos como que nos diéramos cuenta que estamos viviendo en el presente y no en el pasado y tampoco en lo que vamos a hacer a futuro, como vivir el momento (...) siempre la ando trayendo (...) ando siempre con una y la otra la tengo en mi velador, entonces siempre que la veo digo yo no, tengo que estar en el presente” (LS-s 17-25).*

Por otra parte, el incorporar estar presente en lo cotidiano, en las entrevistadas se manifestó como hacer las actividades de forma más conciente. Ellas contaron que era común al momento de estar haciendo algo pensar en otras cosas para nada relacionadas con lo que estaban ejecutando en el momento presente, por ende, lo ejercitan poniendo mayor atención a lo que hacen y concentrándose más. A su vez, el incorporar el estar presente se da en los pequeños momentos del día, como poner atención al agua que cae de la ducha mientras se bañan, en las piernas al bajar la escalera, los árboles que hay de camino a casa, las caras de las personas en el metro, los sonidos de los pájaros, etc. Advirtieron que el hecho de aprender a estar más presente en la vida diaria, las ha hecho sentir mejor y valorar más cosas pequeñas que están presentes día a día: *“Yo salía de acá y era como, se sentía el viento, las hojas, o cuando me ducho también trato de concentrarme, o sea, no pensar en nada y concentrarme en lo que estoy haciendo” (AB 45-47).*

## **5.2. Sensación de humanidad compartida**

La sensación de humanidad compartida es uno de los elementos sustanciales de la autocompasión. En varias narraciones se dio cuenta de la presencia de humanidad compartida, la cual se entiende según Kristin Neff (2003a) como comprender que las experiencias de vida son parte de la condición humana, por ende, lo que se vive no son situaciones aisladas del resto de las personas, ya que todos comparten vivencias que son propias de la condición de ser humano. A partir del compartir en grupo, se escucharon varias vivencias que pese a haber sido distintas, no distaban de lo que generaba entre ellas.

A través del grupo que se formó durante el taller, las participantes fueron testigos de que habían otras personas que también padecían y tenían problemas, que habían otros que lloraban, que sentían ansiedad y que no tenían ganas de levantarse. Esta conciencia de que hay otro que también vive situaciones complicadas y sufre, hizo que las mujeres que asistieron al taller se dieran cuenta de un mundo más amplio al propio: *“Uno se encierra en*

*uno no más y no mira alrededor que hay más, otra gente que está pasando aún cosas más peores que uno, y yo en esa parte siempre estuve.... Que era yo, mi problema era muy grave, era yo, y no veía más allá del problema mío no más”* (PS 169-172).

A partir de lo anteriormente descrito, se han establecido las siguientes subcategorías que detallan el modo en el cual se manifestó la humanidad compartida en las asistentes al taller.

### **5.2.1. Contactarse emocionalmente con las necesidades de los demás**

Durante el taller se desarrollaron dinámicas en pareja, que hizo que algunas personas se conectaran emocionalmente. Por ejemplo, hubo una ocasión en que una de las participantes se sintió contenta por otra al ver que se liberaba de una emoción, ya que percibía que su compañera necesitaba desahogarse. Por otra parte, hubo un momento en el cual una de las participantes señaló conectarse tanto emocionalmente con su pareja de actividad que se puso a llorar, ya que mencionó sentir su dolor. Sin embargo, lo que más se repitió en el discurso de las entrevistadas es que aprendieron que los demás piensan y sienten de modo muy parecido al propio, lo que aparte de permitir una mayor conexión emocional, posibilitó la conciencia de que los demás también sufren: *“Comprendí en el taller que todas las personas al final sienten lo mismo (...) piensan y sienten por las mismas cosas que otros”* (BJ 78-81).

### **5.2.2. Experiencias de otros que contribuyen al proceso personal**

El compartir distintas experiencias durante el taller, no sólo generó conciencia de que los demás también sufren y viven situaciones similares a las propias, sino además contribuyó a que ciertas participantes tomaran las vivencias de sus compañeras y aprendieran de ellas, queriendo después aplicarla a la propia: *“Vi más gente, y todas tenían diferentes posturas, de una manera u otra, pero yo veía cada una de ellas igual se daban su espacio, y teníamos los mismos dramas, bueno, no tanto los mismos, pero diferentes problemas, pero igual ellas se daban su espacio”* (PS 155-158). Otra forma de contribuir al proceso personal, fue darse cuenta que hay personas que pueden estar peor que uno y eso, las participantes lo consideraron como positivo, en el sentido de que ayudó a valorar lo que tenían, a sentirse más acompañadas y también más capacitadas a enfrentar dificultades:

*“Aprendí a ver la vida de otra manera, a pensar de que no todo lo malo era mío, (...) también había mucha gente que tenía problemas más grandes que los míos, que no me podía ahogar yo solamente con mis dramas y que yo podía salir adelante y mirar las cosas de una manera totalmente diferente” (PS-s 5-8).*

### **5.3. Conciencia del propio proceso de cambio**

La percepción del propio proceso de cambio se manifestó tanto a nivel mental como en acciones, es decir, hubo algunas participantes que reportaron una mejoría en su sensación general y tomaron conciencia de estar cambiando, pero también reconocieron que el cambio que experimentaron es parte de un proceso que en algunos casos aún no ha podido traducirse a nivel de acciones o cambios conductuales: *“Por ahora es como por dentro no más (...) porque igual a mí como que me cuesta. Es como un proceso, encuentro que para mí es como lento porque es como un tema de conciencia para mí por lo menos. Como que tengo que darme un poquito más de tiempo para... como para quererme, como para entenderme y me cuesta todavía como entregarme ese amor” (CV 30-33).* Por otro lado, existieron otras que al sentirse mejor pudieron expandir eso a otras áreas como la personal, sentimental, familiar, laboral, etc., e incluso pudieron añadir prácticas aprendidas durante el taller a la vida cotidiana, todo esto sin dejar de lado que ha sido difícil, pero la motivación de mantener los cambios experimentados en el tiempo están. A su vez, el proceso de cambio ha sido presenciado por personas que rodean a las participantes, por lo que la opinión y observaciones del entorno han contribuido a tomar conciencia del propio cambio también: *“Todas las personas que me ven dicen que yo soy otra” (EL 71-72).*

Junto con la conciencia de cambio, nació la necesidad del mismo, lo que se manifestó en las participantes como el reconocimiento de las propias necesidades, es decir, ellas admitieron que necesitaban cambiar algunas conductas y pensamientos para sentirse mejor, lo que también las ayudó a estar más conscientes de las propias necesidades: *“Me tenía que tratar con más cariño, con más amor, no tanto como reprocharme tanto...” (LS 44-45).*

Como se mencionó en una subcategoría anterior, el proceso hacia sentirse mejor requiere de tiempo y las entrevistadas están muy conscientes de eso. Señalan que a través de gestos, palabras y acciones cada vez les irá costando menos cambiar ciertos patrones y por

ende, ven el futuro de modo positivo, porque confían en que lo que están haciendo actualmente para sentirse mejor va a ir en aumento y van a llegar a una sensación de bienestar: *“Las cosas van a mejorar. Me pone como contenta. Que las cosas van a ir mejorando con el tiempo. Porque igual (...) no son así... tan rápido, días, meses, años. Entonces eso igual como que me da... me hace sentir optimista”* (CV-s 102-103). Lo anterior a su vez, estuvo acompañado de un mayor nivel de aceptación respecto a los propios ritmos y procesos.

#### **5.4. Aprendizaje de prácticas concretas durante el taller**

##### **5.4.1. Utilización de técnicas de relajación y manejo de la ansiedad**

Lo que más destacaron las participantes es que a partir del taller aprendieron a respirar, lo que han intentado utilizar a diario cada vez que se sienten ansiosas o ven venir una crisis de pánico. La práctica de respiración que más se repitió en las entrevistas fue la respiración de tres minutos, la cual consiste en hacer una respiración conciente de tres fases, ablandar (soltar y relajar el cuerpo), permitir (permitir que la incomodidad del momento se manifieste) y tranquilizar (dejar de resistirse, calmarse, darse palabras amables): *“Con el asunto de las crisis de pánico (...) yo sentía que me iban a venir, pero lograba controlarlas, o sea, al principio, cuando me empezaban a dar yo me daba un tiempo y hacía la respiración de 3 minutos y no, súper bien”* (AB 17-19). Señalaron que esta respiración al ser corta la pueden hacer en cualquier parte y contexto.

##### **5.4.2. Prácticas de autocuidado**

Las prácticas de autocuidado que desarrollaron las participantes fueron diversas, sin embargo, aseguraron que estas surgieron a raíz del taller. Es así como implementaron prácticas como sentarse a respirar, aprender a relajarse, decirse palabras amables y descubrir otras formas de hacerse cariño. Por ejemplo, una de las entrevistadas señaló que se daba cariño cuidándose físicamente, dándose baños de tina, arreglándose, yendo a la peluquería, etc., pero que en el taller conoció que podía decirse palabras amables, lo que para ella fue una forma novedosa de darse cariño: *“El sistema así de sentarse uno, relajarse, aceptarse, ser buena con uno, y yo soy buena conmigo misma, que voy a la manicure, a la peluquería, me hago masajes, masajes estéticos también, me doy todos los*

*días un baño de tina caliente (...). Ese es mi regalo diario, y yo me quiero, pero no sabía que había otras formas de quererse” (XF 589-597). Otra manifestación de autocuidado fue aprender a apartarse de situaciones incómodas, como discusiones por ejemplo. Esto debido a que aprendieron a dar mayor importancia a los propios sentimientos y emociones, por lo que señalaron que en ocasiones prefirieron la retirada para darse un tiempo de reflexión y así volver más despejada a enfrentar la situación incómoda.*

### **5.5. Aprender a manejar situaciones difíciles**

Una de las formas que reportaron para enfrentar situaciones difíciles fue haciendo el ejercicio de ver primero que está pasando a nivel interior y las emociones que se generan, lo que ha permitido que las entrevistadas se enfrentasen de un modo distinto a como lo hacían usualmente a situaciones incómodas y desagradables. El nuevo modo de enfrentar los conflictos se manifestó de dos formas, una sustrayéndose de la situación incómoda para reflexionar antes de actuar y la otra, por el contrario, enfrentándola. Otra situación difícil a la que se han visto enfrentadas son las crisis de ansiedad, ya que tres participantes manifestaron que ahora se enfrentan de un modo distinto a ellas, ya sea aplicando alguna técnica de relajación, intentando respirar o a través de palabras de calma hacia sí misma: *“Cuando empezaron los síntomas me acordé -respira, respira- y respiraba muy rápido por la boca, no, inhala y exhala por la nariz (respira) (...) y de repente ya, mi mente empezaba a imaginar un ambiente como solidario, como cuando estábamos aquí en el taller (...) trataba de vernos en mi mente, claro, entonces como que estábamos todos en la misma” (XF 232-238).*

Hubo circunstancias en las cuales las entrevistadas no se atrevían a decir que no, por ende, dominaba la indecisión, lo que traía como consecuencia malas interpretaciones de parte de otros e incomodidad por parte de las entrevistadas. Señalaron que en el taller aprendieron a atreverse a decir que no cuando así lo pensaran o a disentir de otros. La decisión de ser menos temeroso ante los demás y algunas situaciones, hizo que a su vez, las participantes se sintieran más preparadas en asumir las consecuencias de sus actos y que estas decisiones fueran menos importantes y no determinantes ante una decisión o respuesta: *“Igual como cuando el Claudio [monitor del taller] dijo de los “ni”, como que*

*eso me quedó tan marcado así y dije -claro-. Cuando uno dice -no sé-, entonces al final quedas amarrada poh, en cambio si dices -sí o no- te liberas” (BJ 139-141).*

Junto con la aceptación de situaciones difíciles, nació la aceptación y reconocimiento de la propia historia vital. Reconocieron que la vida que llevaban y sus experiencias de vida les causaba insatisfacción, lo que se traducía en mal humor e irritabilidad, sin embargo, si bien reconocieron que su vida no ha sido fácil, manifestaron que entienden que en la vida se pueden enfrentar situaciones y momentos difíciles, pero han intentado hacerles frente de la mejor manera: *“Lo más difícil, enfrentarse a cómo uno es y vivir la vida como le toca vivir” (MN 9).* En suma, indicaron aceptar la condición actual, aceptar la vida.

### **5.6. Desarrollo de nuevas herramientas personales**

Por medio del taller, las nueve participantes manifestaron haber desarrollado herramientas para enfrentar los síntomas depresivos y la ansiedad de diversas maneras. Lo que más ha ayudado a llevar los episodios de tristeza y angustia ha sido el aprender a diferenciarse de las emociones, es decir, mencionaron que antes la angustia y la tristeza lo invadían todo, y por ende, todo se veía negro y triste: *“Ahora si tengo pena, ya, tengo pena, pero ya no es todo el día. Es como que ya, ahora trato como de como de mirar la angustia, mirar la pena. Entonces ahora digo ya, pero por qué (se emociona). Entonces como que... es como que conversara conmigo y como que me entendiera” (CV 134-136).* Junto con lo anterior, las participantes comenzaron a introducir en su vida el autocuidado, buscando espacios que las ayudaran a llevar de mejor manera sus problemas: *“Entonces yo sola me fui dando cuenta que era una forma de vivir, o sea, yoga, en mi vida había pensado hacer yoga, lo encontraba una estupidez, y después como se terminó el taller, como fue justo que quedé sin trabajo, dije -voy a ir a yoga-, porque quiero como... iba a ser como un poco parecido a esto, y ya la semana siguiente ya estaba en yoga y estaba en meditación. Pero antes jamás pensaba verme en este mundo” (EL 168-173).*

Otra herramienta manifestada fue aprender a escuchar el cuerpo y trabajar la angustia por medio de él. Relajarse a través de la respiración por ejemplo. Por otra parte, trabajar el empoderamiento y tomar decisiones a la vez de hacerse cargo de ellas y junto con esto, no esperar que los demás la hagan sentir bien, sino comprender que es una misma

la que debe estar bien por sí misma. En sí mismos, los ejercicios del taller y los audios de práctica han ayudado a generar herramientas personales.

### **5.6.1. Nuevas formas de enfrentar y resolver situaciones**

En las nueve participantes se repitió el encontrar en sí mismas nuevas formas de enfrentar y resolver situaciones debido al cambio que vieron generarse a raíz del taller. Uno de los cambios reportados fue atreverse a sacar voz y disentir de otros, debido a un nuevo sentimiento de empoderamiento. Por otra parte, afloraron nuevas formas de enfrentar los ataques de pánico, como se mencionó en una categoría anterior, haciendo uso de herramientas aprendidas durante el taller, como intentar respirar y autocalmarse.

En las entrevistas se mencionó que las discusiones se enfrentan de un modo distinto, ya sea retirándose y esperando un tiempo para calmarse antes de responder, defendiéndose más que antes y empezando a manifestar el malestar y el enojo o tratando de no alterarse tanto. Se ha visto mayor decisión a raíz de esto en las participantes, ya que se sienten más capacitadas a hacerse cargo de las consecuencias de sus decisiones y acciones por el sentimiento de empoderamiento.

### **5.6.2. Capacidad de tranquilizarse a sí misma**

Por medio del taller, las participantes afirmaron haber aprendido a tranquilizarse a sí mismas. Señalaron que en momentos de crisis se enfocan en la respiración, en sí mismas y han logrado calmar su ansiedad logrando controlarse: *“Centrarme en mí misma, y de pensar, y de mi respiración y ahí yo me quedo tranquila y estoy como entregándome a mí misma paz, tranquilidad, bondad a mí misma, compasión, todo lo que me enseñaron”* (MN 60-62).

### **5.6.3. Incorporar prácticas del taller y llevarlas a la vida cotidiana**

Durante el taller se fueron desarrollando diferentes prácticas que aparte de ser trabajadas durante las dos horas que duraba cada jornada, se entregaron a través de un material de audio para llevárselo a casa. Es así que las participantes podían ejercitar en su hogar y otros espacios fuera del taller, lo que permitió que las prácticas fueran incorporadas a su vida diaria: *“El material fue fundamental que nos dieron, porque con eso nosotros*

*podimos trabajar día a día. Al menos yo lo hago diario en el ratito que tengo en la tarde cuando llego del trabajo, antes que llegue mi gente, a mí me gusta, sobre todo escuchar la música esa que nos dieron (...). Y eso es lo que más me gusta, porque eso me relaja mucho”* (PS 185-190). A su vez, el buscar un momento y lugar adecuados para practicar, permitió que encontraran un espacio para sí mismas, cosa que antes no existía en la mayoría de las participantes. En otras ocasiones, las prácticas se ejecutan en medio de una crisis, ya sean de pánico, de rabia, de tristeza.

### **5.6.3.1. Uso de la respiración para calmarse**

Seis participantes de las nueve destacaron el uso de la respiración para calmarse frente a crisis de diversa índole, como las de pánico, discusiones, etc.: *“Aprendí a respirar, a tranquilizarme, a poder controlarme yo misma”* (AB 6-7). A su vez, dos de las participantes señalaron que a raíz del taller pudieron volver a respirar bien, ya que se ahogaban constantemente, con sensación de pecho apretado. Una de las participantes describe a continuación, el uso que le da a la respiración para manejar una crisis de pánico en un lugar público: *“Ahí se me borra la vista, o sea queda la escoba, y me mantuve en mi asiento y traté de distraerme mirando los colores y luego irme a lo que es respirar, respirar, sentir mi respiración, igual sentía ese ardor en la boca del estómago, pero respirando, sentir como entraba la respiración, y me acordaba de las palabras de él [el monitor del taller] cuando decía -sientan cuando entra, y sientan que sale distinto- entonces como que me fui, y logré llegar al box”* (XF 29-34).

### **5.6.3.2. Práctica de llevarse la mano al pecho**

Un gesto que se enseñó en el taller fue llevarse la mano al pecho y a través de eso contenerse, darse amor y cariño, lo cual ha sido recordado por algunas participantes e incorporado a la vida cotidiana de las mismas: *“Me pongo las manos en el corazón, cierro los ojos, como que me hago, como cariñitos para mí, pero es como lo que más, de todo, es como lo que más hago”* (LS-s 15-16). Las participantes que han incorporado esta práctica, señalan que les gusta ya que es como darse amor uno mismo y produce un efecto tranquilizador.

### 5.6.3.3. Práctica de conectarse al presente

Uno de los objetivos del taller era mindfulness y por ende, la capacidad de aprender a atender el momento presente. A través de diversas técnicas, las participantes aprendieron a conectarse con el presente, y hacer el esfuerzo de volver a lo que se está viviendo cada vez que en la mente aparecieran pensamientos que no se enfocaran en él, tal como manifiesta la siguiente cita: “*Claudio [el monitor] nos regaló unas piedritas, que eran esas piedritas de río (...) como para tener el presente, para estar siempre en el presente y que cada vez que la tomáramos como que nos diéramos cuenta que estamos viviendo en el presente y no en el pasado y tampoco en lo que vamos a hacer a futuro, como vivir el momento. De hecho aquí la ando trayendo*” (LS-s 17-20). Como se mencionó anteriormente, si bien esta práctica no ha podido ser incorporada en su totalidad, se ha transformado en un ejercicio constante que cada vez es menos difícil de hacer y se ha hecho presente en diversas acciones como bañarse, poner atención a lo que acontece en el exterior, en cada acción que se hace y junto con ello las participantes han asegurado valorar más las pequeñas cosas.

### 5.6.3.4. Enseñar las técnicas aprendidas en el taller a otros

Algunas participantes al ver los efectos que tuvieron en ellas algunas prácticas, las quisieron transmitir y enseñar a sus cercanos en circunstancias parecidas a las de ellas: “*Lo he practicado con mi hermano de repente o con mi mamá. Mi mamá está... se ha sentido como angustiada o mucho trabajo y yo le enseñé eso de la respiración, entonces le ha servido bastante a ella también*” (AB-s 253-255). Una de ellas, lo ha transmitido incluso en el trabajo: “*Yo hice otra cosa, le cambié su esquema y a los niños les hice relajación. Y los hice hacer lo que hizo... recordé lo que hacía Claudio [el monitor] con nosotros, que se relajaran primero y aprendí, porque yo antes no sabía respirar (...) Tomar aire, inhalar, y después botar (...) y a ellos yo le enseñé para que les entre el aire en la cabeza, porque eso me pasó a mí en el taller, yo respiraba y me entraba oxígeno a la cabeza y eso me hacía como estar liviana*” (JG-s 265-271).



**Figura 6: Categoría de primer orden y subcategorías correspondientes.**

## **6. Mejoramiento de sintomatología**

Al empezar el taller las participantes presentaban sintomatología de diversa índole, en su mayoría derivadas de un cuadro depresivo y ansioso. Al finalizar el taller, varios de estos síntomas mejoraron y fueron enfrentados de un modo distinto.

### **6.1. Sintomatología física**

Dos participantes señalaron que al comenzar el taller estaban perdiendo mucho peso, debido a que estaban inapetentes, sin embargo posterior al mismo, comenzaron a recuperar peso, como consecuencia de un aumento del apetito. Ambas señalaron que junto con aprender a quererse, subieron de peso: *“Empecé a subir de peso, a quererse, yo bajé 27 kilos”* (MN-s 214-215).

Por otra parte, manifestaron una disminución de insomnio y la rumiación mental.

### **6.2. Sintomatología afectiva**

Las participantes evidenciaron por medio de las entrevistas, la presencia de una mayor estabilidad emocional, sensación de felicidad y optimismo, mejoramiento del estado anímico, además de un mayor manejo de la ansiedad y remisión de sintomatología característica de un estado anímico ansioso. Por medio de los discursos, afirmaron enfrentar los eventos ansiosos de un modo distinto, lo que a su vez permite que estos sean más controlados: *“Fue un gran avance con el asunto de las crisis de pánico, ya después de un par de semanas, eh... bueno, yo sentía que me iban a venir, pero lograba controlarlas, o*

*sea, al principio, cuando me empezaban a dar yo me daba un tiempo y hacía la respiración de 3 minutos y no, súper bien” (AB 17-19).*

### **6.3. Sintomatología cognitiva**

Por medio de los discursos, las participantes evidenciaron la presencia de una mayor concentración y atención al presente, además de una mayor sensación de conexión con el entorno.

### **6.4. Sintomatología relacional**

Las participantes manifestaron una mejora en la sintomatología relacional, a través de la presencia de aumento de la vida social, sentimientos de empatía hacia los demás, mayor empoderamiento ante los demás y aumento de la asertividad al comunicarse.

## **7. Dificultades vivenciadas durante y después de la participación en el taller**

La presente categoría, remite a aquellos factores que dificultaron la realización de las prácticas del taller y el uso del material otorgado, por lo tanto, guarda relación con aspectos que impidieron o dificultaron el aprovechamiento del taller en su totalidad, ya sea por inasistencias, falta de práctica o dificultad para conectarse con las actividades. También se han incluido aquellas las prácticas una vez finalizado el taller.

Hubo dos participantes que manifestaron no haber practicado fuera del espacio del taller porque no tenían ganas, tienen poco tiempo y el que tienen para hacerlo prefieren usarlo en otras cosas, como compartir con la pareja, darse baños de tina, ir a la peluquería, etc.

También estuvo presente la falta de ánimo, la que interfiere dejando las prácticas en el plano de querer hacerlas, pero sin lograrlo: *“No lo he hecho por floja, no por... por falta... mucho falta de ánimo tengo, entonces simplemente a veces yo creo que si lo incorporara a mi vida diaria sería maravilloso, pero no” (XF 102-103)* Por otra parte, hay una que señaló que quiere incorporar a su rutina diaria los ejercicios entregados en el taller y lo ha intentado, pero no lo ha logrado hacer hábito.

Fue común entre las participantes que les fuera difícil vivir el presente, el cual era uno de los ejercicios más reiterados del taller. Manifestaron que es fácil que la mente se

llene de pensamientos y se distraigan, teniendo que hacer muy conciente el volver a lo que se está haciendo, con dificultad. A pesar de esto, hay dos participantes que pese a la dificultad de estar presente, han podido incorporarlo y hacerlo cada vez más fácil. Por otra parte, una de las dificultades que se vivenciaron en un principio por parte de una de las participantes fue la incomodidad de las posiciones de algunos ejercicios, sin embargo, esto con el tiempo fue desapareciendo, ya que a medida que transcurrían las sesiones se fue soltando: *“Pero al principio no hablaba nada, ya me podía concentrar, es que al principio me dolía la espalda, mi cabeza se iba para cualquier lado, no, no lograba el efecto, pero con el tiempo sí, absolutamente”* (EL 43-45). Por último, la falta de tiempo y el trabajo fueron factores dificultadores comunes en las participantes, sobre todo el último mencionado, ya que éste hace que el transcurso del tiempo sea rápido y se vaya olvidando lo aprendido durante el taller: *“Yo creo que el exceso de trabajo, porque cuando tienes mucho trabajo te vas olvidando de ti y vas quedando como atrás entonces se te van olvidado todas esas esas cosas que aprendiste y quisiste poner en práctica y a falta de tiempo la falta de tiempo que vivimos actualmente”* (BJ-s 208-211).

## **8. Aspectos por trabajar no resueltos por el taller**

La presente categoría, refiere a aquellos aspectos que en las entrevistas se reportaron como no resueltos, ya sea porque aún están en proceso de cambio o porque no se pudieron lograr desde un principio por diferentes motivos, los cuales pueden ser desde tener conductas y creencias muy arraigadas o por falta de práctica.

Una de las participantes especificó que si bien ha logrado a raíz del taller atreverse a ser más directa y clara, aprendiendo a decir que sí o no según sea el caso, le ha sido muy difícil dejar de ser indecisa, ya que es una forma que ha tenido para funcionar durante mucho tiempo, por lo mismo, si bien no se ha logrado un cambio completo y radical, pasando de ser una mujer indecisa a una decidida, ha logrado hacerlo como ejercicio y de forma conciente, teniendo deseos de modificar ese aspecto: *“Pero es un ejercicio eso, porque eso es algo... yo no soy una mujer decidida. Soy muy indecisa. Por ejemplo, cuando me voy a comprar algo, prefiero ir sola porque todo el rato -pucha y si me gusta ese, no como que éste me conviene más-, no que como que no me decido nunca y me da rabia conmigo misma, entonces eso no es bueno, porque para ser un jefe hay que ser más*

*decidido (...). Entonces es algo... eso es en lo que estoy trabajando. Tengo que tratar de retenerlo, traerlo a la memoria” (BJ 153-160).*

En cuanto a valorarse más, una de las participantes mencionó que en el taller aprendió la importancia de quererse más, pero es algo que le ha costado. Aún tiene penas y se siente indecisa, no ha podido mantener el ser más amable consigo misma durante el tiempo, teniendo recaídas de repente. Señala tener episodios de pena profunda y también ansiedad y que eso es debido a que se critica mucho y si bien lo ha hecho conciente, es algo que le ha costado trabajo aprender a manejar: *“Igual como que todavía me falta aprender a quererme más” (CV-s 135).*

A algunas participantes, les ha costado aceptar sus crisis, pese a que han hecho el trabajo de aplicar lo aprendido durante el taller en medio de una, pero no siempre se acuerdan o le resultan: *“No es común que medite, no lo he acoplado a mi vida y eso ha sido siempre igual pero lo aplico en las situaciones de crisis”.* (XF-s 101-103). Mencionan que la misma ansiedad es la que no les permite aplicar los ejercicios de meditación. También, una de las entrevistadas señaló que si bien a raíz del taller comenzó a pensar en las prioridades y a pensar que hay cosas triviales que no merecen tanta importancia, le ha sido difícil desarraigarlo, ya que desea mantenerlo todo bajo control y le ha costado mucho dejar de ser perfeccionista. Sin embargo, señala que es algo que es en lo que ha estado trabajando de a poco y diariamente: *“Entonces tengo que estar atenta a eso porque eso yo noto que es mi problema que me gusta mucho el orden y como tener bajo control las cosas entonces eso yo encuentro que es un trabajo para mí” (BJ-s 48-50).*

## VI. CONCLUSIONES

A continuación, se presentarán las conclusiones basadas en lo que las participantes narraron en las entrevistas post taller y de seguimiento, mostrando en primera instancia lo descrito por ellas antes de comenzar el taller para compararlo con lo que manifestaron vivir posterior a éste. Por otra parte, se establecerán las distintas manifestaciones de bienestar, así como los cambios que se consideraron influyeron en ésta, para posteriormente contrastarlo con las investigaciones previas.

### 1. Las participantes antes del taller

Es relevante para entender la influencia del taller, tener en cuenta lo que las participantes describieron sentir antes de comenzar el mismo, ya que de este modo se puede establecer una comparación entre lo que se reporta como antes y después del entrenamiento.

En primer lugar, cabe destacar que la relación que las nueve participantes mantenían consigo mismas, era predominantemente negativa antes de comenzar el taller. Esta relación, se constituyó según lo referido por las participantes en la presencia de voces internas críticas y hostiles y la postergación de sí mismas.

La presencia de voces internas críticas y hostiles, constituían un constante maltrato hacia sí mismas y una forma permanente de relacionarse consigo mismas. Parte de esto, se debió según lo descrito en las entrevistas, por desconocimiento de la posibilidad de ser amable con sí mismas y entregarse amor frente a experiencias difíciles y también por costumbre. Las voces hostiles, usualmente se acompañaban de culpa, ya sea porque la constancia de un trato hostil generaba culpa o porque la culpa generaba conversaciones internas reprobatorias de sí mismas.

La autopostergación por su parte, se manifestó al considerar las necesidades de los demás por sobre las propias. Inclusive, los deberes también se estimaban como más importantes. La postergación personal, se expresó en la carencia de un espacio personal y en la falta de conciencia y atención respecto a las propias sensaciones, emociones, necesidades y sentimientos. Con el paso del tiempo, la postergación generó un sentimiento de vulnerabilidad e inferioridad respecto de los demás, generando insatisfacción y culpa en ellas. Es importante destacar la presencia constante de la culpa, ya que fue el sentimiento

que más presente estuvo en las entrevistas. Inclusive frente a situaciones que escapaban al propio control. Según lo establecido en los distintos discursos, la culpa derivó de una respuesta insatisfactoria a las demandas de otros, por creer incorrecto darse momentos para sí mismas y también frente a eventos adversos. Por otra parte, la culpa cumpliría una función en las entrevistadas, ya que mencionaron en algunas circunstancias la idea de que lo correcto sería sufrir, el esfuerzo, lo costoso y difícil, por ende, la culpa le agregaría dificultad a la vida, la dificultad que sería necesario padecer.

## **2. Manifestaciones de bienestar psicológico asociadas al taller**

En función de los resultados, se ha desprendido que las participantes percibieron un cambio en su sensación de bienestar psicológico a raíz del taller basado en mindfulness y autocompasión. Las nueve participantes manifestaron sentirse mejor, más relajadas y tranquilas desde su participación en el taller sintiendo un cambio tanto después del taller como a los seis meses de haber participado en él, lo cual les ha permitido ver el futuro más positivo, debido a un trabajo personal constante que las hizo mantener una sensación de mejoría durante el tiempo. En función de lo dicho anteriormente, se infiere que la mejora en su sensación de bienestar, fue debido a varios factores, entre los más destacados, el desarrollo de un trato más amable hacia sí mismas, el contacto con emociones positivas, una relación más aceptadora con el pasado, incorporar el presente a lo cotidiano, menos sensación de aislamiento, mayor seguridad en sus capacidades, menor necesidad de ser aceptada por los demás y la incorporación de prácticas aprendidas del taller a la vida cotidiana, y reducción de sintomatología.

En cuanto a las manifestaciones del plano emocional, las participantes lograron contactarse con emociones positivas tales como la alegría, el entusiasmo y el relaxo, emociones opuestas a la tristeza y la ansiedad que experimentaban al momento de empezar el entrenamiento, por otra parte, junto con la emergencia de emociones positivas, lograron relacionarse de un modo distinto con emociones tales como la tristeza y la angustia que asustaban a las participantes por ser difíciles de manejar al presentarse de forma constante e intensa, ya que a raíz del taller fueron aprendiendo a manejarlas, pudiendo verlas en perspectiva, conociéndose, calmándose y dándose apoyo a sí mismas.

En el plano conductual, debido al desarrollo de un trato más amable consigo mismas, las participantes desarrollaron conductas de autocuidado como darse un espacio dentro del día para hacer prácticas del taller y ponerse la mano en el corazón como una forma de darse amor, además de la priorización de sí mismas.

La disminución de la culpa fue una manifestación importante de bienestar, ya que ésta estuvo presente de forma constante en el discurso de las participantes. Por otra parte, junto con la culpa emergió el perdón, no sólo hacia sí mismas, sino hacia los demás y la historia de vida, permitiendo junto con esto soltar y dejar atrás el pasado.

Las participantes pudieron experimentar una disminución de rumiación mental, mayor capacidad de concentración, valorar y alegrarse con cosas pequeñas por medio de la implementación de mindfulness. El implementar el presente a lo cotidiano, a su vez ha permitido que las participantes valoren pequeñas cosas y a tener conciencia de que pueden ser felices con poco, ya que comenzaron a darse cuenta de estímulos externos diarios, tales como el canto de los pájaros, los árboles, el sonido de la lluvia, las conversaciones y caras de las personas en el metro, etc. También, han aprendido a disfrutar más de las personas cercanas a ellas, valorando aquellos espacios de encuentro. Todo lo anterior, les ha otorgado una sensación de mayor bienestar.

Otra manifestación reportada en las entrevistas fue la disminución en la sensación de aislamiento por parte de las participantes, teniendo mayor conciencia de que el sufrimiento que han padecido es compartido también por otros. Esto acompañado de un incremento en las ganas de socializar y una mirada menos crítica hacia los demás.

En suma, se reportaron diversas manifestaciones de bienestar asociadas al taller, tanto en el plano cognitivo, conductual y emocional.

### **3. Cambios percibidos por las participantes que contribuyeron a una mayor sensación de bienestar psicológico**

En función de las distintas muestras de bienestar psicológico descritas recientemente, se describirán aquellos cambios percibidos por las participantes que pudieron contribuir a una mayor sensación de bienestar.

Parte del bienestar psicológico que reportaron las participantes fue debido a nuevas emociones que aparecieron por la vivencia del taller, tales como la alegría, el entusiasmo y

el relajo y también por una nueva manera de enfrentar la ansiedad y la tristeza, dejándolas emerger y aplicando ejercicios aprendidos en el taller para tratarlas.

En cuanto a la amabilidad consigo mismas, si bien les ha costado poner en práctica debido a la costumbre de maltratarse, la han podido ejercitar fuera del taller, teniendo efectos positivos en ellas, ya que esta nueva forma de relacionarse consigo mismas les ha permitido disminuir la autocrítica y la culpa. Las voces internas críticas se redujeron en primera instancia, haciendo conciencia de su presencia y posteriormente implementando palabras amables y bondadosas hacia sí mismas. Junto con la reducción de la autocrítica, se aminoró la sensación de culpa, logrando aceptar mejor la imperfección y el error, permitiéndose aspectos indeseados de sí mismas y trabajando en asumirlos. Por último, el ser más amable consigo mismas, les ha permitido a su vez, ser más amables con los demás, lo que al mismo tiempo las ha llevado a ver de un modo más comprensivo y menos crítico a las personas que las rodean, llegando incluso a aceptar y perdonar a personas que en un pasado fueron motivo de rabia y tristeza.

Otra influencia del taller reportada por las participantes, fue que lograron soltar y perdonar experiencias dolorosas del pasado y a personas motivos de dolor, rabia y frustración, ya que han incorporado nuevas formas de vivir las experiencias, atribuyendo nuevos significados a ellas. Esto ha permitido que valoren de otro modo su pasado, reconciliándose con sus experiencias dolorosas y tomándolo como aprendizajes y crecimiento.

Por otra parte, el vivir el momento presente, fue algo muy valorado por las participantes, ya que se mostró como algo novedoso y posible de incorporar en el diario vivir, logrando como consecuencias de su práctica bajar la rumiación mental, concentrarse, valorar y alegrarse con cosas pequeñas. Por otra parte, valoraron haber aprendido a disfrutar y vivir el momento presente, porque eso las ayudó a pensar menos en el pasado y disfrutar más los momentos.

Por medio de las entrevistas, se detectó una disminución del aislamiento en las participantes, no sólo implementando conductas para socializar más, sino haciendo conciencia de que hay más personas que sufren tanto como ellas. El hecho de compartir en grupo, las hizo darse cuenta que habían otras mujeres como ellas, que sufrían las mismas afecciones y que también tenían problemas parecidos, lo que aparte de generar el apoyo y la

contención entre ellas, las ayudó a salir un poco de su estado egocéntrico de dolor. A su vez, después del taller, varias reportaron sentir mayores deseos de sociabilizar, retomando antiguos contactos, atendiendo el teléfono, saliendo y compartiendo más.

A raíz del taller, varias participantes reportaron un sentimiento de seguridad y empoderamiento de sí mismas, dándose cuenta que en sus manos estaría el sentirse mejor y también la capacidad de mejorar, restándole responsabilidad a los demás respecto de su bienestar, ya que antes esperaban sentirse mejor por medio de la ayuda de otros, en cambio, en las entrevistas refirieron sentirse capacitadas para buscar el bienestar por sí mismas. Por otra parte, el empoderamiento les ayudó a desarrollar formas más adaptativas de enfrentar los conflictos, ya sea retirándose para esperar calmarse y luego enfrentarlo o atreviéndose a hablar en el momento y no guardarse las palabras para luego explotar como antes y aprendiendo a asumir las consecuencias de sus decisiones, practicando ser decididas al momento de resolver una situación o conflicto. La mayor sensación de seguridad en sí mismas, también tuvo un efecto en la necesidad de ser aceptada socialmente, ya que antes de vivir el taller, las participantes, en función de agradar al resto y no tener problemas, se describieron como complacientes y sin carácter, con temor a expresar los propios sentimientos y emociones. Este temor a su vez, iba usualmente acompañado por una gran conciencia respecto de sí mismas en función de los demás, sintiéndose evaluadas y queriendo por ende, ser aprobadas constantemente. Frente a esto, la ansiedad y los sentimientos de inferioridad afloraban. Gran parte de la mejoría en la propia sensación de bienestar de las participantes, derivó de las prácticas hechas y aprendidas durante el taller, las cuales aprendieron a aplicarlas en el diario vivir. Como por ejemplo, aquellas con el objetivo de relajar y manejar la ansiedad. El más implementado fue el ejercicio de respiración, ya que lo han usado como un medio para calmarse en diversas situaciones, en distintos lugares. El gesto de llevarse la mano al pecho, también ha sido constantemente replicado, aseverando que les transmite tranquilidad, calor y cariño.

#### **4. Mejoramiento de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés**

Al llegar al taller, las participantes presentaban una serie de síntomas de diversa índole, que en su mayoría eran depresivos, ansiosos y de estrés. A continuación, se dará una

breve descripción de los mismos y los respectivos cambios experimentados después del taller.

Como se mencionó anteriormente, la presencia de un estado anímico disminuido fue preponderante dentro de las participantes, ya sea por sí solo o acompañado también por síntomas ansiosos. El estado anímico disminuido, se presentó de diversas maneras, tales como pocas ganas de vivir, poco disfrute y goce de la vida, sensación de vivir de forma automática, falta de sentido, pocas ganas de relacionarse y salir, llanto, enojo y rabia. Por otra parte, la tristeza al igual que ansiedad, hacía que las participantes se ahogaran en sus sensaciones y tiñeran todo de tristeza y angustia, otorgando un sentimiento de desesperanza y sobreidentificándose con dichas emociones provocando que en ocasiones olvidaran la existencia de otros que sufren y padecen como ellas, llevándolas a una visión más egocéntrica del sufrimiento. Por otra parte, este estado las llevó a aislarse, deseando no tener relaciones o actividades que implicaran a otros. Tanto mindfulness como la autocompasión desempeñaron un rol en la disminución de este estado, ya que mindfulness las ayudó a valorar y disfrutar pequeñas cosas, lo que les aportó un sentimiento de felicidad y conexión con el entorno. Por otra parte, la autocompasión las ayudó a través del aprendizaje de un trato más amable consigo mismas y a sobreidentificarse con sus emociones, tales como la tristeza.

La ansiedad también tuvo una gran presencia. Cinco de las nueve participantes reportaron tener episodios de ataques de pánico, desconociendo cómo enfrentarlos al momento de sufrirlos. Al igual que en los estados depresivos, en varias ocasiones, la ansiedad iba acompañada de tristeza y desesperanza. Después del taller experimentaron una menor presencia de crisis de pánico, debido a un mejor manejo de la ansiedad y un nuevo modo de enfrentar las crisis. Esta nueva forma de relacionarse con la vivencia de la ansiedad, posiblemente se deba en parte no sólo a los ejercicios de respiración y relajación practicados en el taller, sino también por la disminución de rumiación mental característica de la ansiedad, la autocrítica y el autoenjuiciamiento.

Aparte de síntomas característicos de un estado depresivo y ansioso, también se manifestó la presencia de otros transversales tanto a los dos trastornos mencionados, como al estrés. Es así como por ejemplo, estuvo la presencia de la rabia, la cual se manifestó desde episodios explosivos de ira hasta sentimientos negativos hacia otros. Hubo

participantes que mencionaron que los demás que las rodeaban llegaron a volverse molestos por el sólo hecho de existir. A raíz del taller, los episodios de ira disminuyeron, al igual que la rabia hacia los demás. Por medio del taller, aprendieron a comunicarse de una forma más asertiva con el resto de las personas, permitiendo de este modo no acumular rabia, para explotar posteriormente.

La falta de apetito y la pérdida de peso corporal los reportaron dos entrevistadas que estaban diagnosticadas con depresión severa. Sin embargo, después de su participación en el taller, experimentaron una recuperación del peso corporal por medio de un aumento en el cuidado de su salud e incremento del apetito.

En cuanto a la rumiación mental, ésta estaba presente a lo largo del día, pero sobre todo en las noches, derivando en insomnio y llevando consigo consecuencias durante el día, como desgano, falta de energía, ganas de llorar, labilidad emocional y mal humor. La rumiación mental, también se vio disminuida por medio de una mayor atención al presente, pudiendo concentrarse con mayor facilidad en lo que hacían en el aquí y ahora, estando más concientes de su entorno y de ellas mismas inclusive. Siguiendo esta misma línea, fue común la presencia de irritabilidad y explosividad en las participantes.

En términos generales, la vivencia de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés en las participantes, cambió favorablemente, ya que mediante las entrevistas, las participantes del taller manifestaron tener un mayor manejo de estos episodios a través del desarrollo de nuevas herramientas para enfrentar dichos síntomas. Aprendieron a diferenciarse de sus emociones, viéndolas en perspectiva e intentando no invadirse por ellas. A su vez, han incorporado a su vida espacios personales de autocuidado de diversa índole, desde hacer prácticas de respiración del taller hasta entregarse palabras de amor y bondad hacia sí mismas.

## **5. Valoración del taller por parte de las participantes**

A continuación, se dará una breve reseña de la valoración del taller por parte de las participantes del mismo, ya que se considera relevante para conocer el modo en el cual éste ha sido percibido por aquellas a quienes fue dirigido y también como una forma de entender la influencia que éste tuvo en sus vidas, así como aquellos factores que pudieron haber interferido en el máximo aprovechamiento de éste.

En general, el taller fue bien evaluado por las participantes, recordando algunas actividades más que otras y encontrándolo algo corto. Varias manifestaron el deseo de repetirlo y lo recomendaron a sus conocidas.

Las prácticas más recordadas fueron las del perdón y la respiración de tres minutos, ya que esta última, resultó ser útil, debido a que permite ser replicada en la vida diaria en cualquier momento y espacio.

Por otra parte, destacaron haber aprendido algo desconocido para ellas: entregarse cariño. De hecho, varias encontraron sin sentido el taller en un principio, pero a medida éste avanzaba, iban desenvolviéndose cada vez mejor en los ejercicios.

Valoraron el material entregado, ya que esto les permitió trabajar en sus casas y no olvidar lo aprendido una vez finalizado el entrenamiento. Varias hacían uso del CD hasta el día de las entrevistas de seguimiento, guardándolo en sus celulares para escuchar las prácticas en distintas partes.

Por otra parte, destacaron el grupo que se armó, ya que entre ellas se apoyaban y escuchaban. El compartir las experiencias en grupo, facilitó la emergencia de la humanidad compartida, ya que junto con el compañerismo, surgió la empatía y la conciencia de otras personas en situaciones similares, con problemas similares.

Como complemento a la psicoterapia de la cual formaban parte las entrevistadas, el taller aportó la vivencia del presente y aprender a ser amables consigo mismas. Estos dos aspectos fueron destacados. Una de las participantes, mencionó que le sirvió más el espacio del taller que el proceso psicoterapéutico que estaba llevando fuera del mismo, ya que en éste hubo varias interlocutoras, mientras que en la psicoterapia individual, ella era la única que hablaba, viéndole mayor riqueza a la primera situación.

Si bien el taller en su mayoría tuvo una influencia positiva en las participantes, hubo factores que mermaron el aprovechamiento máximo del mismo. Es así como las inasistencias a algunas sesiones, hizo que se perdiera la continuidad para algunas y el ejercicio de algunas prácticas. También, algunas participantes mencionaron que en un principio encontraron extraños y sin sentido los temas, sobre todo el de ser amable consigo mismas, sin embargo, si bien probablemente esto motivó que algunas desistieran de ir, las que se mantuvieron fueron familiarizándose mucho más con los temas y conceptos, a medida avanzaban. Por otra parte, una de las participantes manifestó que las posiciones de

los ejercicios le provocaban incomodidad, por lo que le costaba concentrarse en el objetivo de los ejercicios, sin embargo, esto fue cambiando a medida que avanzaba porque se fue soltando y al final ya no le incomodaba el cuerpo.

La mayor dificultad se vio luego de terminado el taller, ya que si bien en las entrevistas las participantes manifestaron tener ganas de hacer las prácticas y hacer el esfuerzo de ejercitar lo entregado en el entrenamiento, es difícil fuera de un espacio como el que se dio en el taller. Los impedimentos para encontrar un lugar propio se basó en las prioridades, ya que señalaron que se les va el tiempo en el trabajo y luego en atender a la familia y los deberes del hogar, lo que dificulta en gran medida la búsqueda y encuentro de un espacio propicio para practicar. Otro factor a interferir, fue el desgano, ya que hubo dos participantes que manifestaron no tener las ganas de practicar fuera del espacio del taller, prefiriendo usar los espacios libres para hacer otras cosas. Por último, la falta de ánimo, influyó en que las prácticas del taller quedaran en el espacio de querer hacerlas, pero sin encontrar la motivación para ejecutarlas.

El vivir el presente fue otro elemento difícil de seguir desarrollando en el diario vivir, en parte debido a las permanentes distracciones de la vida en la ciudad, y la costumbre de tener la mente funcionando y trabajando en otras cosas. Sin embargo, pese a esto, varias manifestaron hacer el ejercicio consciente de estar más atentas, algunas lográndolo más que otras.

Por último, las crisis de pánico, si bien han logrado ser manejadas de mejor forma que antes por varias participantes, no lograron dominarse o eliminarse en su totalidad. A veces, se les olvidaba respirar o calmarse cuando estaban en medio de una, embargándose por la ansiedad del momento, ya que es la manifestación de esta misma la que no permitiría recordar los ejercicios.

## **6. El taller en este estudio comparado a estudios previos**

Los resultados mostrados en el presente estudio sincronizan con los resultados de estudios hechos sobre mindfulness y autocompasión en relación a la depresión, la ansiedad, y el estrés en muestras diferentes a la utilizada en esta investigación, ya que las participantes reconocieron un cambio positivo en ellas mismas, lo cual no sólo se tradujo a nivel de sensaciones y emociones, sino también conductualmente. Esta sensación de mayor

bienestar, las ha hecho sentirse más animadas y esperanzadas respecto del futuro, teniendo la certeza de que irán mejorando cada día. El cambio positivo que experimentaron se expandió a otras áreas también, tales como la familiar, laboral, sentimental y social.

Por otra parte, la incorporación de la presencia plena a su cotidianidad, les ha permitido tener un pensamiento más orientado al presente, en vez del futuro o el pasado, lo que influye también en la reducción de un estado depresivo y ansioso. Al mismo tiempo, implementar voces amables y no enjuiciadoras, facilitó la presencia de emociones positivas y disminución de las negativas, caso que se ha podido ver en este estudio al igual que en investigaciones previas (Berry et al., 2010; Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller & Berking, 2013; Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013).

Tal como se mostró en el marco teórico, diversos estudios asocian negativamente la ansiedad, la rumiación mental, la culpa y la conciencia de sí mismo con la autocompasión (Berry et al., 2010; Germer & Neff, 2013; Neff, 2003a; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013), tal como quedó de manifiesto en las entrevistas de las participantes. A su vez, las participantes expresaron varias fortalezas psicológicas derivadas de una relación más compasiva consigo mismas, como felicidad, optimismo e iniciativa personal. Por último, siguiendo la línea de las fortalezas, diversos estudios mostraron los beneficios que conlleva aprender a acogerse y entregarse cariño (Gilber, Baldwin, Irons, Baccus & Palmer, 2006; Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010; Joeng & Turner, 2015; Kelly, Zuroff & Shapiro), tal como se dio cuenta en las entrevistas de las participantes, sobre todo el gesto de ponerse la mano en el corazón y respirar.

En cuanto a los síntomas depresivos y la autocompasión, los resultados mostraron una reducción en el autoenjuiciamiento, el aislamiento y la sobreidentificación con las emociones negativas, a través de la emergencia de un trato más amable consigo mismas, la humanidad compartida y mindfulness, resultados que se condicen con los estudios hechos sobre autocompasión y depresión (Gilber et al., 2006; Joeng & Turner, 2015; Kelly et al., 2008). Por otra parte, la incorporación de mindfulness en las participantes del taller, si bien, al parecer no jugó un rol preponderante en los síntomas depresivos, sí influyó en la sensación de felicidad, fortaleza psicológica que nació producto de la valoración de los detalles y goce del presente que experimentaron las participantes, sincronizando con

estudios previos, los cuales postulan que el cultivo de mindfulness incrementaría la sensación de felicidad y de bienestar (Germer, 2004; Nhat Hanh, 2011).

Respecto de la ansiedad, se infiere que tanto la autocompasión como mindfulness tuvieron una influencia importante en el manejo de sus síntomas. Si bien los síntomas ansiosos no se vieron reducidos completamente, sí se estableció un mejor manejo de sus episodios propios, esto por medio de reducir el foco en sí mismas, la reducción de la autocrítica, la incorporación de palabras amables y los ejercicios de respiración para atender el presente enseñados en el taller, al igual como postulan algunos estudios previos, que aseveran que cambiar el foco del futuro al presente, permitido a través de mindfulness (Bergen-Cico & Cheon, 2013) y el cultivo de la autocompasión que permitiría una visión menos crítica hacia uno mismo (Gilbert & Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007), influirían en la reducción de la ansiedad.

Según estudios, el estrés se ve disminuido por la autocompasión, a través de la reducción de la autocrítica y la vergüenza, lo que también permitiría que las personas sean menos reactivas a las situaciones de estrés (Breines et al, 2013; Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2005). En el caso particular de este taller, el estrés también pudo ser tratado de un modo distinto a raíz de lo entregado, ya que la incorporación de palabras amables, la disminución de la autocrítica y mindfulness le permitieron a las participantes enfrentar de un modo distinto las situaciones estresantes, teniendo reacciones y emociones más adaptativas a las contingencias.

En resumen, en lo que remite a sintomatología, por medio de los resultados reportados por las participantes del taller, se concluyó que existe una reducción de síntomas depresivos, ansiosos y de estrés y que la disminución de éstos, estaría mediada tanto por el cultivo de mindfulness, como de la autocompasión. Esto permitiría otras formas de tratar estos trastornos, reemplazando o complementando los tratamientos farmacológicos e incorporándolos a las distintas psicoterapias usualmente practicadas.

En cuanto al bienestar psicológico, tanto mindfulness como la autocompasión, han demostrado por medio de diversos estudios, tener una influencia positiva en su cultivo y desarrollo, entendiendo éste no sólo como la ausencia de psicopatología, sino como la presencia de fortalezas que permitan el desarrollo óptimo del ser humano (Bergen-Cico & Cheon, 2013; Berry et al., 2010; Germer, 2011; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2006; Neff et

al., 2007; Neff & Costigan, 2014; Neff & Dahm, 2015; Neff & Lamb, 2009; Neff & McGehee, 2009; Ryan & Deci, 2000).

Es así como en los resultados del presente estudio, se ha manifestado a través de lo reportado por las participantes, el desarrollo de una nueva forma de relacionarse con sus emociones, tales como la pena, la angustia, el miedo y la rabia, ya sea dejándolas emerger, como también manifestándolas a los demás de un modo distinto, dejándose interferir en menor intensidad por éstas. Estas nuevas formas de relacionarse con sus emociones, se condicen con otros estudios de mindfulness, aseverando también que la práctica de la presencia plena influiría en el incremento de la regulación emocional (Bergen-Cico & Cheon, 2013; Breines et al., 2013; Germer, 2011; Neff & Dahm, 2015; Neff & Tirsch, 2013).

En cuanto a la influencia de la autocompasión, ésta ha demostrado influir en la reducción del estrés, la ansiedad, depresión, autocrítica, sentimientos de culpa, inferioridad y actitud sumisa (Gilbert & Procter, 2006), al igual que manifestaron las participantes del taller, quienes no sólo vieron influencias positivas en los síntomas depresivos, ansiosos y de estrés, sino también en la culpa presente en todas ellas y el sentimiento de inferioridad reportado por algunas, el cual muchas veces no las dejaba manifestarse y preferir tomar una actitud sumisa frente a los demás.

La influencia de la autocompasión en el desarrollo de la capacidad de adaptarse a diferentes contextos, otorgando una flexibilidad cognitiva (Neff & Tirsch, 2013), no fue posible de determinar a través de las entrevistas qué tan presente estuvo en las participantes, sin embargo, una de ellas, la cual era estudiante universitaria, expresó que a raíz del taller aprendió a manejar mejor los momentos de estrés universitario, aplicando técnicas de respiración para bajar su ansiedad y tomando otra actitud frente a situaciones tales como evaluaciones.

Es importante destacar que en la literatura existente sobre autocompasión, existe evidencia que el desarrollar un trato más autocompasivo, permitiría a su vez la emergencia de la capacidad de ser más compasivo hacia los demás (Germer, 2011; Neff & Lamb, 2009; Neff & Tirsch, 2013). Es así como por ejemplo, una de las participantes manifestó ser menos dura y crítica con los demás después del taller, ya que al desarrollar una relación más amable consigo misma, fue capaz de juzgar de una forma distinta a los otros, sin embargo,

la capacidad de fortalecer las relaciones interpersonales que permitiría la autocompasión, no se manifestó mayormente en las demás participantes.

A continuación, se presenta un resumen de los cambios asociados al taller:

**Tabla 1: Resumen de cambios en el bienestar psicológico y mejoramiento de síntomas en las participantes.**

	<b>Antes del taller</b>	<b>Después del taller</b>
<b>Cambios en el bienestar psicológico de las participantes</b>	Autocrítica y voces internas hostiles	Trato amable hacia sí misma
	Aislamiento	Humanidad compartida
	Resistencia a las propias emociones	Dejar emerger las emociones
	Pensamientos orientados al pasado y el futuro	Mindfulness
	Presencia de culpa	Disminución en la sensación de culpa
<b>Sintomatología</b>	Estado anímico disminuido	Alegría y ganas de hacer cosas
	Ansiedad	Relajo e incorporación de técnicas para manejar la ansiedad
	Labilidad emocional	Mayor estabilidad emocional
	Irritabilidad, rabia, ira y enojo	Mayor estabilidad emocional
	Rumiación mental	Mayor concentración y capacidad de conectarse con el presente
	Falta de apetito	Recuperación del apetito y del peso corporal

Por otra parte, cabe destacar que la vivencia de vivir en grupo el taller, permitió que entre las participantes se compartieran e integraran distintas experiencias, las cuales fueron

de gran ayuda para la emergencia de la contención, comprensión y empatía entre ellas. El grupo generó un ambiente propicio para el intercambio de experiencias lo que contribuiría a un mayor sentido de humanidad compartida, tal como arrojaron los resultados de esta investigación. Este dato es novedoso, ya que la conformación del grupo creado por las participantes, cumpliría un rol importante en la influencia del taller y sus resultados.

Es importante destacar también, el hecho de que el taller ofrece herramientas que se pueden desarrollar fuera del espacio del mismo, permitiendo que las personas que lo viven, sigan siendo un agente de desarrollo y mejoría de su propia condición.

Por otra parte, el hecho de haber impartido el taller a mujeres en situaciones contextuales vulnerables, teniendo resultados positivos, muestra que es posible implementar tratamientos efectivos en sectores más expuestos a contingencias sociales y pertenecientes a un país de Latinoamérica, en donde la realidad de las participantes es muy distinta a la de participantes pertenecientes a Estados Unidos y Europa, no sólo en cuanto a ser parte de otro país y vivir en contextos muy distintos, sino también por el nivel educacional y los intereses personales que los separan.

## **7. Limitaciones y proyecciones**

La principal limitante en la presente es que este estudio no cuenta con validez externa consistente, ya que los resultados no se pueden generalizar debido a lo acotado de la muestra, aunque este no sea el objetivo de la investigación, ya que lo que se buscó fue profundizar en los discursos de bienestar de las participantes. Por lo mismo, lo anterior no significa que los resultados no sean significativos, ya que claramente informan sobre la influencia del taller en el bienestar psicológico de las entrevistadas. Otra limitante a considerar, es el hecho de comparar resultados basándolos sólo en información retrospectiva, es decir, construyendo un estado mental y emocional de las participantes previo al taller, sólo en base a lo que ellas reportaron en las entrevistas post taller.

En cuanto a las proyecciones, se espera que este estudio sea un aporte al implemento de nuevos tratamientos y abordajes en los trastornos depresivos y ansiosos, así como al tratamiento del estrés, otorgando beneficios en un mediano y largo plazo a sectores de vulnerabilidad psicosocial pertenecientes a Chile. Ver la importancia que adquiere la

autocompasión y la presencia plena en estos trastornos, permite darle otra mirada a dichas problemáticas y por ende, otras soluciones.

Durante años se ha establecido la importancia de la autoestima y la autoaceptación incondicional, por lo que la autocompasión entrega los beneficios de ambos constructos, pero sin sus problemáticas asociadas. Por otra parte, en la cultura occidental, se ha mirado de mal modo la palabra compasión, otorgándole una acepción negativa, cuando al comprender lo que realmente implica, se pueden obtener grandes beneficios de ella. Es importante que el terapeuta adquiera una actitud compasiva hacia sus consultantes, ya que por medio de ella se generaría no sólo la empatía, sino el desarrollo de herramientas en el consultante, las cuales pueden seguir desarrollándose fuera del espacio terapéutico.

Sería interesante replicar esta investigación a una población masculina, ya que si bien la mujer tiene una serie de cargas y problemáticas sociales propias que hacen difícil su existencia, existen dificultades que comparte el género masculino, las cuales serían interesantes de abordar en una futura investigación. Por otra parte, este mismo estudio, pero aplicado a una muestra más grande seguramente entregaría mucha más información útil para el desarrollo de nuevas miradas al estrés y los trastornos depresivo y ansioso, al mismo tiempo que sería de utilidad hacer un estudio longitudinal, ya que no se tiene conocimiento de cómo se desenvolverían las personas que han participado en diversos estudios sobre mindfulness y autocompasión a largo plazo.

## VII. REFERENCIAS

- Aceituno, R., Miranda, G. & Jiménez, A. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales*, 7(3), p. 89-102.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Araya, C. (2016). *Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en mujeres con síntomas de ansiedad, que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial* (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Araya, C. & Moncada, L. (2014). Auto-compasión: origen, concepto y evidencias preliminares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Manuscrito en preparación.
- Baer, R. A., Lykins, E. L. & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), p. 230-238.
- Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), p. 289-303.
- Bergen-Cico, D. & Cheon, S. (2014). The mediating effects of mindfulness and selfcompassion on trait anxiety. *Mindfulness*, 5(5), p. 505-519.
- Berry, K. A., Kowalski, K. C., Ferguson, L. J. & McHugh, T. F. (2010). An empirical phenomenology of young adult women exercisers' body selfcompassion. *Qualitative Research in Sport and Exercise*, 2(3), p. 293-312.
- Boyce, B. (2011). *The mindfulness revolution*. Boston: Shambala Publications.
- Breines, J. G., Thoma, M. V., Gianferante, D., Hanlin, L., Chen, X. & Rohleder, N. (2013). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 37, p. 109-114.
- Centro de Salud Mental de Pudahuel. (s.f.). *COSAM-Pudahuel*. Recuperado de [http://www.cosampudahuel.cl/web/?page\\_id=205](http://www.cosampudahuel.cl/web/?page_id=205).
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), p. 227-268.

- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W. & Berking, M. (2013). Selfcompassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58, p. 43-51.
- Friis, A. M., Consedine, N. S. & Johnson, M. H. (2015). Does kindness matter? diabetes, depression, and self-compassion: a selective review and research agenda. *Diabetes Spectrum*, 28(4), p. 252-257.
- Galante, J., Galante, I., Bekkers M. & 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.
- García, R. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), p. 77-84.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness? *Insight Journal*, 22, p. 24-29.
- Germer, C. (Enero/Febrero, 2006). You Gotta Have Heart. *Psychotherapy Networker*. Recuperado de <http://www.mindfulselfcompassion.org/articles/YouGottaHaveHeart.html>
- Germer, C. (2011). *El poder del mindfulness*. Barcelona: PAIDÓS.
- Germer, C. (Septiembre/Octubre, 2015). Inside the heart of healing: when moment to moment awareness isn't enough. *Psychotherapy Networker*. Recuperado de <https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/3/insidetheheartofhealing?page1>
- Germer, C. K. & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), p. 856-867.
- Germer, C. K. & Neff, K. (2013). The mindful self-compassion training program. En T. Singer & M. Bolz (Eds.), *Compassion. Bridging Practice and Science* (p. 364-396). Saarbrücken: Satzweiss Print Web Software GmbH.
- Gilbert, P., (2005). *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilber, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus J. R. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), p. 183-200.

- 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 and psychotherapy*, 13, p. 353-379.
- Goetz, J., Keltner, D. & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), p. 351-374.
- Grossman, P. (2013). Kindness and compassion as integral to mindfulness. En T. Singer & M. Bolz (Eds.), *Compassion. Bridging Practice and Science* (p. 192-207). Saarbrücken: Satzweiss Print Web Software GmbH.
- Hernández, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, p. 187-210.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hofmann, S. G., Grossman, P. & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Cullen, M., Doty, J. R., Gross, J. J. & Goldin, P.R. (2012). Enhancing Compassion: A Randomized Controlled Trial of a Compassion Cultivation Training Program. *Journal of Happiness Studies*. doi 10.1007/s10902-012-9373-z.
- Joeng, J. R. & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000071>.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion.
- Kelly, A., Zuroff, D. & Shapira, L. (2008). Soothing oneself and resisting self-attacks: the treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 301-313.
- Keng, S., Smoski, M. J., Robins, C. J., Ekblad, A. G. & Brantley, J. G. (2012). Mechanisms of Change in Mindfulness-Based Stress Reduction: Self-Compassion and Mindfulness as Mediators of Intervention Outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 26(3), 270-280.

- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), p. 229-240.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de educación*, 7, p. 19-39.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N. & Grosse, M. G. (2013). Self-compassion in depression: associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44, p. 501-513.
- Lykins, E. L. & Baer, R. A. (2009). Psychological Functioning in a Sample of Long-Term Practitioners of Mindfulness Meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(3), p. 226-241.
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- Magnus, C. M., Kowalski, K. C. & McHugh, T. F. (2009). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9, 363-382.
- Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). *Cooperación Público-Privada. Ministerio de Desarrollo Social*. Recuperado de <http://sociedadcivil.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2014). *Reporte Comunal Pudahuel, Región Metropolitana* (1). Recuperado de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal\\_general/metropolitana/Pudahuel\\_2013.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/indicadores/pdf/comunal_general/metropolitana/Pudahuel_2013.pdf).
- Ministerio de Salud. (2009-2010). *Encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida en los trabajadores y trabajadoras en Chile 2009-2010*. Recuperado de <http://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2011/10/PRESENTACION-ENETS-2009-2010-FINAL-INTERINSTITUCIONAL.pdf>

- Ministerio de Salud. (2009-2010). *Encuesta nacional de salud ENS Chile 2009-2010*. Recuperado de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Ministerio de Salud. (2013). *Depresión en personas de 15 años y más*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2009). Self Compassion. En M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 561-573). Nueva York: Guilford Press.
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1-12.
- Neff, K. D. (2012). The Science of Self-Compassion. En C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). Nueva York: Guilford Press.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S. (2006). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41, 908-916.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41, 139-164.
- Neff, K. D & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity* 12, p. 78-98.
- Neff, K. D. & Costigan, A. P. (2014). Self-compassion, wellbeing and happiness. *Psychologie in Österreich*, 2/3, p. 114-119.
- Neff, K. D. & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. En M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.) *Mindfulness and Self-Regulation*. Nueva York: Springer.
- Neff, K. D. & Lamb, L. M. (2009). Self-compassion. En S. López (Ed.) *The encyclopedia of Positive Psychology*. (p. 864-867). Oxford: Blackwell Publishing.
- Neff, K. & McGehee, P. (2009). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, p. 225-240.

- Neff, K. & Tirsch, D. (2013). Self-Compassion and ACT. En T. B. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.) *Mindfulness, acceptance and positive psychology: The seven foundations of well-being*. (78-106). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.
- Neff, K. & Vonk, R. (2009). Self-Compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), p. 23-50.
- Nhat Hanh, T. (2011). Mindfulness makes us happy. En B. Boyce (Ed.), *The mindfulness revolution: leading psychologists, scientists, artists, and meditation teachers on the power of mindfulness in daily life* (p. 65-67). Boston, Massachusetts: SHAMBHALA.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Social determinants of mental health*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Depression*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *ICD-10 Version: 2016*. Recuperado de <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Salud Mental*. Recuperado de [http://who.int/mental\\_health/es/](http://who.int/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Robins, C. J., Keng, S., Ekblad, A.G. & Brantley, J.G. (2012). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Emotional Experience and Expression: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 117-131.
- Rockcliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S. & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassionfocused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(2), p. 132-139.

- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*, 13, p. 71-78.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., & Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23, p. 261–269.
- Segú, C., Brito, G. & Araya, C. (2014). *Presencia plena*. Santiago: JC Sáez Editor SpA.
- 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 of Stress Management*, 12(2), p. 164-176.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M. & Griffiths M. D. (2014). Buddhist-Derived Loving-Kindness and Compassion Meditation for the Treatment of Psychopathology: a Systematic Review. *Mindfulness*, 1-20.
- Siegel, R. D., Germer, C. K. & Olendzki, A. (2008). Mindfulness: what it is? Where does it come from? En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (p. 2-27). Nueva York: Springer.
- Soysa, C. K. & Wilcomb, C. J. (2013). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, p. 1-10.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Thanissaro, B. (1997). The Path of Concentration and Mindfulness. *Insight Journal*, 8, p. 29-38.
- Thanissaro, B. (2008). Mindfulness Defined: Street Smarts for the Path. *Insight Journal*, 30, p. 11-15.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista Médica de Chile*, 130, p. 527-536.
- Zessin, U., Dickhäuser, O. & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-being*. doi: 10.1111/aphw.12051.