

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y**  
**HUMANIDADES**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“TERAPIA COGNITIVA BASADA EN MINDFULNESS EN LA  
REDUCCIÓN DE ESTRÉS PERCIBIDO Y DEPRESIÓN EN  
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

MARIA ALEJANDRA DE LA PUENTE  
ROJAS Y ANA LUCÍA PÉREZ MORALES

Para optar el título profesional de  
Licenciadas en Psicología

Asesor:  
Dr. Raúl Guzmán Gamero.

AREQUIPA - PERÚ

2017

## Reconocimiento

Queremos agradecer al Doctor Manolete Moscoso por su apoyo incondicional, sus consejos, sus palabras de aliento, asesoramiento y dedicarnos su tiempo, así como sus conocimientos; ya que sin su apoyo esta investigación no hubiera sido posible.

De la misma manera agradecemos al Doctor Raúl Guzmán Gamero por ser nuestro mentor, brindarnos su tiempo y apoyo incondicional durante el desarrollo del presente estudio.

A nuestro Jurado, Doctores Tito Cuentas Butrón y Roger Puma Huacac, por su paciencia, justicia y tiempo.

A nuestros docentes, por compartir sus conocimientos y experiencia durante los años de pre grado.

Igualmente, a las psicólogas de los hospitales que nos dieron la oportunidad de llevar a cabo la presente investigación y nos apoyaron incondicionalmente; pero sobre todo a las mujeres que hicieron posible este trabajo, todas ellas son un ejemplo de coraje y valentía, dignas de admiración.

Finalmente, queremos agradecer a Dios por darnos la fortaleza necesaria para asumir este reto profesional; así como a nuestros padres y familiares por su apoyo y amor incondicional.

**Maria Alejandra y Ana Lucía**

“Es imposible convertirse en otro.  
Nuestra única esperanza estriba en ser nosotros mismos con más plenitud”.

Kabat-Zinn, J. (2010)

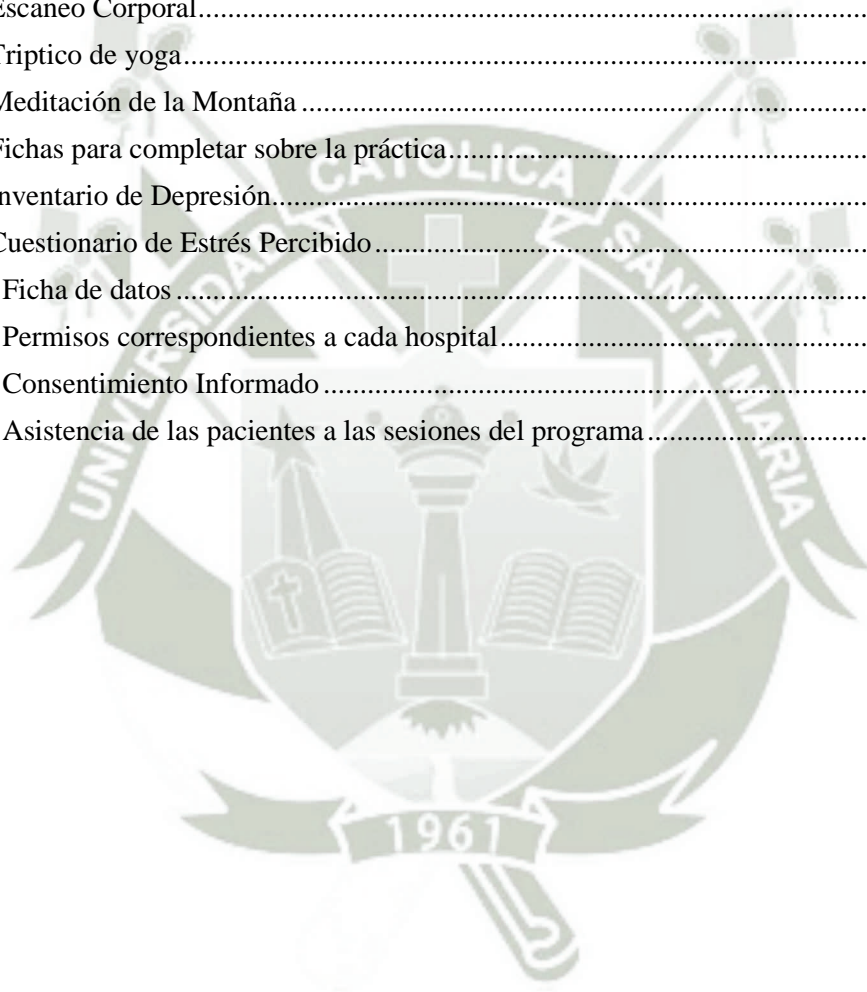


## Índice

Reconocimiento.....	1
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
CAPÍTULO I.....	9
Problema.....	10
Variables.....	10
Objetivo Principal.....	11
Objetivos específicos.....	11
Antecedentes teóricos – investigativos.....	12
Psiconeuroinmunoendocrinología.....	12
Cáncer de mamá.....	15
Visión de la enfermedad desde la psicología.....	16
Estrés.....	18
Estrés crónico y efectos en la salud.....	23
Depresión.....	26
Antecedentes del mindfulness.....	30
Mindfulness.....	32
Programa de Reducción del Estrés y de Relajación (PRER) - Jon Kabat-Zinn.....	40
Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness – Manolete Moscoso.....	42
Antecedentes Investigativos.....	44
Hipótesis.....	47
CAPÍTULO II.....	48
Diseño Metodológico.....	49
Diseño de investigación.....	49
Técnicas e Instrumentos.....	49
El Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.....	50
Inventario de Depresión de Beck-II.....	52
Cuestionario de estrés percibido.....	54
Ficha de Datos.....	57
Población y Muestra.....	57
Estrategia de recolección de datos.....	59
Criterios de procesamiento de información.....	60
CAPÍTULO III.....	61
Resultados.....	62
Tabla 1 Efectividad de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness – Grupo Experimental.....	63
Tabla 2 Resultados Grupo Control.....	64
Tabla 3 Resultados de los niveles de estrés percibido.....	65



Tabla 4 Resultados de los niveles de depresión del pre y post test .....	66
Discusión.....	67
Conclusiones .....	75
Sugerencias .....	76
Limitaciones .....	77
Referencias .....	78
ANEXOS.....	80
Anexo 1 Manual de entrenamiento .....	81
Anexo 2 Meditación Sentada .....	91
Anexo 3 Ejercicio de la Pasa.....	93
Anexo 4 Escaneo Corporal.....	95
Anexo 5 Triptico de yoga.....	99
Anexo 6 Meditación de la Montaña .....	101
Anexo 7 Fichas para completar sobre la práctica.....	105
Anexo 8 Inventario de Depresión.....	106
Anexo 9 Cuestionario de Estrés Percibido .....	108
Anexo 10 Ficha de datos .....	110
Anexo 11 Permisos correspondientes a cada hospital.....	111
Anexo 12 Consentimiento Informado .....	113
Anexo 13 Asistencia de las pacientes a las sesiones del programa.....	114



## Resumen

El presente estudio fue de tipo experimental, para comprobar la efectividad de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, en la disminución del estrés percibido y la depresión. Participaron 26 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama; dichas pacientes se encontraron en el Hospital Nacional Carlos Segura Escobedo y el Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas Del Sur Arequipa, las cuales oscilan entre los 37 a 73 años. Los instrumentos utilizados fueron: un Cuestionario de Estrés Percibido (2006), el Inventario de Depresión de Beck-II (1996) y adicionalmente se utilizó una ficha de datos con la cual se recogió información básica de dichas pacientes. Se concluye que el programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, redujo los niveles de estrés percibido y depresión a un nivel significativo.

**Palabras clave:** Mindfulness, estrés percibido, depresión, cáncer de mama

## Abstract

The present study was of an experimental type, to verify the effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness, in the reduction of perceived stress and depression. Participated 26 women diagnosed with breast cancer; These patients were found in the Carlos Seguí Escobedo National Hospital and the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South Arequipa, ranging from 37 to 73 years. The instruments used were: a Perceived Stress Questionnaire (2006), the Beck-II Depression Inventory (1996) and in addition a data sheet was used to collect basic information about these patients. It is concluded that the Cognitive Therapy program based on Mindfulness, reduced levels of perceived stress and depression to a significant level.

**Key words:** Mindfulness, perceived stress, depression, breast cancer.



## Introducción

Constantemente las personas se enfrentan a innumerables situaciones estresantes durante el transcurso de su vida, siendo en dichos momentos en los cuales se cuestionan sobre como enfrentar las mismas. En los últimos años el interés en el Mindfulness Basado en la Reducción del Estrés (MBSR) ha crecido exponencialmente, siendo usado también en el manejo del distrés asociado a enfermedades crónicas. El MBSR se basa en que las personas suelen reaccionar de manera automática frente a situaciones de estrés; es por ello que su objetivo es enseñarles a aproximarse a dichas situaciones de manera consciente, para que así puedan responder a las mismas de forma más adaptativa. (Bishop, 2002).

Al referirnos a enfermedades crónicas, en esta ocasión nos enfocaremos en el cáncer de mama; ya que según estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2011) el cáncer de mama es considerado como la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres. El padecer de esta enfermedad es indudablemente una situación generadora de estrés y tristeza para quienes la enfrentan; ya que trae consigo una serie de cambios tanto para la persona que lo enfrenta, como para su entorno. Por esta razón es importante que la persona sea consciente de la situación, para que así pueda hacer frente al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad.

Diversos estudios demuestran la efectividad de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, tanto en la reducción del estrés como en la depresión de pacientes con cáncer; en este caso nos enfocaremos específicamente en el cáncer de mama. No obstante, durante la revisión de los antecedentes, no se encontraron estudios en nuestro país que respalden dichas investigaciones. Por esta razón, es de nuestro mayor interés que con la ejecución de esta investigación podamos dejar sentado un precedente; para con ello poder



contribuir a mejorar la calidad de vida de las pacientes que padecen esta enfermedad, al poder enseñarles a aproximarse a la situación que atraviesan de manera más consciente. De igual manera, creemos que es fundamental el acompañamiento e intervención de los profesionales de psicología una vez realizado el diagnóstico de dicha enfermedad, durante transcurso del tratamiento y al momento del alta de las mismas. Debiendo ser dirigida dicha intervención a las pacientes como a su entorno.





# CAPÍTULO I

## Planteamiento teórico

### Problema

¿Es efectivo el Programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness, en la reducción del estrés percibido y depresión de pacientes con cáncer de mama?

### Variables

- **Variable Independiente:** Mindfulness

El mindfulness o como se le denomina en castellano: Atención Plena, “es una conciencia sin juicios que se cultiva instante tras instante mediante un tipo especial de atención abierta, no reactiva y sin prejuicios en el momento presente” (Kabat-Zinn, 2007, p.115).

- **Variable Dependiente:** Estrés

Remor (2006) plantea que “El nivel de Estrés Percibido correspondería al grado en el que una persona considera que su vida es impredecible, incontrolable o agotadora”. (Citado por Cozzo y Reich, 2016, p.2). Medido a través del cuestionario de Estrés Percibido.

- **Variable Dependiente:** Depresión

Beck (1976) propone un modelo cognitivo de depresión, a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. El modelo cognitivo considera un conjunto de los signos y síntomas como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. El paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. (Citado por Beck, Emery,

Shaw & Rush, 2010, p. 19-20). Medido a través del Inventario de Depresión de Beck-II.

### **Objetivo Principal**

Evaluar la efectividad del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, en los niveles de estrés percibido y depresión en pacientes con cáncer de mama del Hospital Nacional Carlos Segúin Escobedo y del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de la ciudad de Arequipa.

### **Objetivos específicos**

- Comprobar la efectividad del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, en la reducción del estrés percibido en pacientes con cáncer de mama.
- Comprobar la efectividad del Programa Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, en la reducción de la depresión en pacientes con cáncer de mama.



## Antecedentes teóricos – investigativos

### Psiconeuroinmunoendocrinología

Young y Welch (2005) refieren que existen cuatro sistemas de procesamiento de información, los cuales se comunican unos a otros de manera constante; es decir, interactúan entre sí, estos son: la mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmune. Es entonces la psiconeuroinmunoendocrinología la que se encarga de estudiar y explicar dichas interacciones. (Citado por Moscoso, 2009)

Como sabemos, la medicina convencional trata a la mente y al cuerpo como si fuesen dos entes totalmente diferentes y separados; sin embargo actualmente se están desarrollando enfoques como el mencionado anteriormente, en el cual se resalta la interacción que existe entre la mente y el cuerpo.

Debe aclararse que se habla de un estado homeostático cuando los cuatro sistemas antes mencionados interactúan en armonía, produciéndose así una salud óptima. Sin embargo Kiecolt-Glaser, McGuire y Robles (2002) refieren que cuando se da una interrupción en los procesos de interacción de los sistemas se pierde el equilibrio homeostático, produciéndose las enfermedades. Es por ello, que es fundamental el poder estudiar como es que los diversos estresores influyen en el proceso de interacción de los sistemas nervioso, endocrino e inmune; Asimismo como afecta el estrés psicológico en dichas interacciones. (Citado por Moscoso, 2009)

Como hemos podido apreciar, antes se hablaba de un estado homeostático, sin embargo ahora se usa el término de allostasis, dado que gracias a las ciencias biomédicas se ha

demostrado que como nos dicen McEwen y Wingfield (2003) “la fisiología de los organismos se caracteriza por su dinamismo y cambio permanente dentro del continuum de parámetros específicos” (Citado por Moscoso, 2014, p.56)

Es entonces cuando se produce estrés crónico, que se origina en una desregulación neurobiológica; que como consecuencia va a alterar el equilibrio allostático y por ende producirá una carga allostática, que más adelante se tornará en enfermedad. (Moscoso, 2014)

Las interacciones mente, cerebro y cuerpo a nivel molecular, celular y del organismo; pueden producir un impacto en la salud y la calidad de vida de las personas. Investigaciones revelan evidencias irrefutables de lo mencionado. Para comprender mejor la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) se debe tener en claro que los tres sistemas: nervioso, endocrino e inmune; tienen receptores en células críticas, las cuales tienen la facultad de recibir información por moléculas mensajeras de los otros sistemas. Siendo los componentes de la PNIE los neurotransmisores, las hormonas y las citoquinas; las cuales actúan como moléculas mensajeras y llevan la información entre dichos sistemas. (Molina, 2009)

Selye (citado por Kabat-Zinn, 2003) se dio cuenta de que el estrés podía tener repercusiones sobre la inmunidad, mencionando lo siguiente:

De forma significativa, sufrir un estrés abrumador (causado por hambre, preocupaciones, cansancio o frío prolongado) puede acabar con los mecanismos de protección del cuerpo. Lo dicho sirve tanto para la adaptación, que depende de la

inmunidad química como de la originada por barricadas fácilmente inflamatorias. Esta es la razón por la que tantas enfermedades tienden a prosperar tanto durante hambrunas y guerras. Si un microbio se encuentra en nosotros o en nuestro alrededor todo el tiempo y, sin embargo, no causa enfermedad alguna hasta que nos vemos expuestos al estrés, ¿Cuál es la causa de la enfermedad? ¿El microbio o el estrés? Creo que ambos y que además, por igual. En la mayoría de los casos, la enfermedad no se debe ni al germen en cuanto tal ni a nuestras reacciones de adaptación en sí, sino a la inadecuación de nuestras reacciones contra el germen. (pp. 288-289)

Es entonces el estrés un factor que repercute indudablemente en la salud de las personas, confirmándose nuevamente que existe una conexión entre el cuerpo y la mente. Por lo tanto es primordial que se preste también atención tanto a las emociones como a los pensamientos, para de esta manera poder entender más a fondo el proceso de enfermedad.

Asimismo Molina (2009) refiere que “la enfermedad es el producto de la interacción no sólo entre la causa y el huésped, no es suficiente la sola presencia del agente patógeno, este toma el control si la inmunocompetencia es deficiente, y esta a su vez depende de la relación del individuo con el medio” (p.156).

Vemos entonces que la persona no es un ente aislado sino que está en constante relación con su medio, el mismo que influye en el desarrollo de la enfermedad. También se debe tomar en cuenta la percepción de la persona, respecto a la situación y el afrontamiento que se suscita.



## Cáncer de mamá

Debonis (2013) definió el cáncer de mama como el carcinoma más frecuente en la mujer, y corresponde a casi un tercio de todos los tumores malignos que padecen. Es la segunda causa de muerte, luego del cáncer de pulmón (...). La incidencia varía según qué países se consideren, siendo menor en los menos desarrollados y mayor en los más desarrollados. Entre otros factores en estos índices influyen el medio ambiente, y en particular, el tipo de dietas. (Sección de introducción, párra.1-3).

En el Perú, según refiere el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2011), el cáncer de mama viene a ser la segunda neoplasia maligna más frecuente en las mujeres, después del cáncer de cuello uterino. Por su parte, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2011) refiere que el carácter impredecible del cáncer se manifiesta en la amplitud del rango de edad predominante, presentándose con mayor incidencia entre los 30 y 80 años; con un pico más alto entre los 45-65 (Citado por Sánchez, J., 2015)

Según el Instituto Nacional de Cáncer (INC, 2016), el cáncer de mama es un cáncer que se forma en los tejidos del seno; por lo general en los conductos, tubos que llevan leche al pezón y los lobulillos o glándulas que producen leche. Existen numerosos factores de riesgo estudiados, sin embargo es muy limitada su contribución práctica para identificar la etiología de la enfermedad. Con esto sólo se demuestra que el cáncer de mama al igual que otros cánceres es multifactorial, y que aún carecemos de medios efectivos para identificar a aquellas mujeres que padecen la enfermedad.

En cuanto a la mortalidad por cáncer de mama entre 1999 y 2005 la incidencia bajó un 2% por año, en mujeres mayores de 50 años; Asimismo varía entre el 25 y 30% en las



mujeres menores de 35 años por mayor agresividad biológica, así como en las mayores de 75 por no ser tratadas con la agresividad adecuada por las comorbilidades. (Debonis, 2013, p. 5)

González-Merlo y González (2000) nos dicen que el cáncer de mama es originado por una serie de factores epidemiológicos, entre los cuales se encuentran: la edad, raza, historia ginecológica, patología mamaria benigna, tamaño corporal, peso, aumento de peso, alcohol y tabaco.

Por su parte, el Departamento de Salud de Cataluña (2008) refiere que los principales factores de riesgo descritos en el cáncer de mama, están relacionados con factores hormonales y reproductivos; además de los factores ligados al sexo, la edad y los antecedentes familiares (p.20).

En cuanto a los estadíos del cáncer de mama, González-Merlo y González (2000) se basan en la clasificación TNM descrita en 1944 por Denoix, del Instituto Gustave Roussy de Paris y que ha sido propuesta y publicada por la Unión Internacional Contra el Cáncer en 1954. Dicha clasificación considera: etapa 0, etapa IA, etapa IB, etapa IIA, etapa IIB, etapa IIIA, etapa IIIB, etapa IIIC y etapa IV.

Respecto al tratamiento consideran que debe ser multidisciplinario; basado en cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Las cuatro son igualmente importantes, para conseguir el fin último que es curar a la enfermedad.

### **Visión de la enfermedad desde la psicología**

La adaptación psicológica y psicosocial al cáncer de mama está determinada por diferentes factores: la edad (Holland & Rowland, 1990); la percepción de la imagen

corporal (Carver et. al, 1998; Manos, Bueno & Mateos, 2007; Sebastián, Bueno & Mateos, 2002); la personalidad (Christensen, Ehlers & Wiebe, 2002; Wilson, Mendes de León, Bientas, Evans & Bennet, 2004); patrones de afrontamiento (Torres, 2003; Watson & Greer, 1998; Watson, Haviland, Greer, Davidson & Bliss, 1999); experiencias previas con el cáncer de mama (Kim, Duhamel, Valdimóarsdóttir & Bovbjerg, 2005); la respuesta de los otros significativos y el impacto en el entorno (Alarcón, 2006; Torres, 2011; Holland & Rowland, 1990); miedos y fobias a los procedimientos médicos (Alarcón, 2006; Die, 2003; Holland & Rowland, 1990). (Citado por Tateishi, 2011).

Salas y Grisales (2010) (Citado por Tateishi, 2011) nos dicen que “La adaptación psicológica a la enfermedad también dependerá del estadio clínico del cáncer al momento del diagnóstico, del tratamiento que sea requerido, del pronóstico y de las oportunidades disponibles de rehabilitación” (p.7). En la actualidad, las intervenciones médicas tienen como objetivo principal una conservación, la potencial reconstrucción de la mama; disminuyendo en mayor grado las mastectomías radicales, las cuales, generan altos niveles de ansiedad y miedos.

Sánchez, T. (2015), nos dice que en situaciones de estrés y sufrimiento, la respuesta inmune de nuestro organismo disminuye o puede llegar a suprimirse; conllevando a que se dé una proliferación tumoral o metástasis.

Cruzado (2009) (Citado por Sánchez, J., 2015) nos dice que “La mujer que padece esta enfermedad se enfrenta a una serie de etapas o fases, las cuales representan fuentes potenciales que causan estrés. Es así que la paciente oncológica se ve en la necesidad de afrontar las demandas del medio a través de conductas, pensamientos y afectos que le

permiten reducir la amenaza o malestar que supone la enfermedad”. (p.9). Sin embargo, los tratamientos suelen ser tan invasivos que afectan directamente a la salud, conllevando efectos secundarios muy desagradables durante y después del mismo. (Cubrerros, 2006; Rodríguez, García & Terol, 2009) (Citado por Sánchez, J., 2015).

Las intervenciones psicosociales que pueden aplicarse en el cáncer son: asesoramiento psicológico, psicoterapia, terapia de la conducta (desensibilización sistemática), terapia cognitivo conductual, técnicas de control del dolor, retroalimentación biológica, relajación, hipnosis, musicoterapia, terapia basada en arte, grupos de apoyo, terapias complementarias, yoga, meditación, entre otras. (Sánchez, J., 2015)

### **Estrés**

Desde la época de Galeno se sabe que las emociones repercuten la salud de las personas. Es así como Engel (1997) propuso el Modelo Biopsicosocial; el cual nos dice que el ser humano está compuesto de factores biológicos, psicológicos y sociales. Una situación estresante que altera uno de los sistemas del funcionamiento humano, afecta a los demás sistemas debido a las múltiples conexiones mente-cuerpo. (Citado por Moscoso, 2009)

Se puede apreciar entonces que el ser humano no es un ente aislado, sino que está en interacción con diversos sistemas; los cuales tienen la misma importancia dado que un cambio en alguno de ellos, alterará a los otros. De acuerdo a dicha premisa podemos decir entonces que el que una persona experimente estrés, influirá indudablemente tanto en su área biológica, psicología así como social.

Respecto a la historia del estrés encontramos que recién a comienzos del siglo XX es que Walter Cannon describió por primera vez el fenómeno de estrés y el concepto de



homeostasis (Cannon, 1915). Posteriormente es en 1936 que Hans Selye continuó los estudios de Cannon y planteó la respuesta fisiológica del estrés. De manera paralela Lazarus inició sus estudios acerca del estrés y logró avances significativos en su trabajo sobre el estrés, así como el afrontamiento. (Lazarus, 1984), (Citado por Moscoso, 2014).

Es así como el primer concepto de estrés fue formulado por Walter Cannon (1929) quien lo definió como una “reacción de lucha o huida ante situaciones amenazantes, postulando que su biología dependía de la estimulación del sistema simpático-adrenal”. (Citado por Molina, 2009, p.157)

Selye (1974) propuso hablar de un síndrome general de adaptación, planteando además que la respuesta al estrés no era específica. Es así como agregó dos conceptos a tener en cuenta, que son: el estrés (designa al sistema de respuesta normal con el que vivimos), versus el de distrés (sistema de respuesta disfuncional). (Szabo, 1998) (Citado por Molina, 2009)

Lazarus y Flokman (1986) definen que “El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 43); es aquí entonces donde entra en juego la percepción de la persona, dado que un suceso puede ser más estresante para una u otra persona, dependiendo de los recursos que posea para enfrentarse a la situación.

Szabo (1998) así como Chrousos y Gold (1998) refieren que según Cannon, el estrés es la respuesta normal a una situación estresante; y que dicha respuesta es conocida como



eustrés. Contrariamente el distrés es la respuesta que se dice es patológica o anormal.

(Citado por Molina, 2009)

Según Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) el “Estrés Percibido puede ser visto como una variable de resultado que mide el nivel de Estrés experimentado en función de eventos estresores objetivos, procesos de afrontamiento, factores de personalidad, etc.”.

Por su parte, Remor (2006) plantea que el nivel de Estrés Percibido correspondería al grado en el que una persona considera que su vida es impredecible, incontrolable o agotadora. (Citado por Cozzo y Reich, 2016, p.2)

Sin embargo Moscoso (2014) nos dice que en la actualidad se han reconocido ciertas limitaciones que dificultan el estudio del fenómeno estrés; las cuales están relacionadas con la naturaleza efímera del concepto, el significativo número de connotaciones que ofrece, así como la limitada utilidad para explicar cómo es que el organismo llega a adaptarse a situaciones adversas de la vida diaria. Otra limitación que es importante tener en cuenta en el estudio del estrés, es que el mismo está relacionado con el concepto de homeostasis como elemento central del proceso de adaptación.

McEwen y Wingfield (2003) nos dicen que “contrario a esa noción de “estabilidad fisiológica”; el avance de las ciencias biomédicas ha demostrado que la fisiología de los organismos se caracteriza por su dinamismo y cambio permanente dentro de un continuum de parámetros específicos”. (Citado por Moscoso, 2014, p.56). Es así como se ha dejado de lado el concepto estático de homeostasis, y se ha estimulado el desarrollo de un nuevo marco teórico conocido como allostasis.

Es importante tener en cuenta que para que surja el estrés y se produzcan sus consecuencias, deben existir diversos factores tanto en la persona como en el entorno y debe de haber una combinación entre ellos. Asimismo resaltan el análisis de dos procesos que se producen en la relación individuo-entorno, los cuales generan estrés psicológico en las personas. Por ellos nos referimos a la evaluación cognitiva que “es un proceso evaluativo que determina por que y hasta que punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante” (p.43); el afrontamiento es “el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera” (p.44). (Lazarus y Folkman, 1986)

Se puede decir entonces que una característica importante respecto a la noción de estrés es el proceso de evaluación cognitiva descrito por Lazarus y Folkman (1984), el cual toma en consideración un elemento fundamental que es la percepción por parte del individuo. Según recalca Lazarus y Folkman el estrés psicológico “es originado por estresores externos o internos y está sujeto a una evaluación cognitiva llamada Appraisal” (Citado por Moscoso, 2009, p.145); que es una interacción entre una amenaza externa, la evaluación cognitiva de amenaza y los recursos personales percibidos para enfrentar dicha amenaza.

Por otro lado es importante que se tenga en cuenta el término “estresado”, dado que es popularmente utilizado; el mismo alude a un estado negativo reconocido clínicamente como distrés emocional. (Moscoso McCreary, Goldenfarb, Knapp y Rohr, 1999) (Moscoso, 2009).

Sterling y Eyer (1988) proponen el término allostasis en base a una revisión del principio de homeostasis propuesto por Cannon. Allostasis se define como un proceso

neurobiológico mediado directamente por el cerebro y el sistema nervioso central (SNC), con el propósito de mantener un nivel de estabilidad a través del cambio. Este proceso de allostasis facilita la adaptación del organismo a situaciones adversas o estresantes, debido a su naturaleza dinámica y multidisciplinaria, y a que permite un elevado grado de fluidez como respuesta a las diferentes demandas ambientales. Asimismo, posibilita un mejor entendimiento de las interacciones del cerebro, sistema nervioso, procesos cognitivos y emocionales; como mediadores de la respuesta neurofisiológica del estrés (McEwen, 2006) (Citado por Moscoso, 2014, p.57). Vemos entonces que a diferencia del principio de homeostasis que podríamos decir es estático, el principio de allostasis se caracteriza por su dinamismo.

El concepto de allostasis permite que se pueda explicar el esfuerzo acumulado de la respuesta neurofisiológica del estrés. Esta posibilidad facilita la introducción del principio de carga allostática como una de los pilares de la teoría allostática. (McEwen y Stellar, 1993). McEwen y Stellar definen el concepto de carga allostática como el esfuerzo y desgaste físico causado por el exceso crónico de la actividad de los sistemas fisiológicos que cumplen un rol participativo en el proceso de adaptación a situaciones de estrés. Este desgaste físico y mental cumple un rol central en el proceso de desarrollo de enfermedades físicas y mentales. Tanto en la carga allostática como en el estrés crónico; el precio que el organismo paga por la presión constante y prolongada de estrés crónico, se traduce en la alteración de neurotransmisores y hormonas de la respuesta neurofisiológica al estrés. Esta alteración se refleja en un aumento en la producción de algunas hormonas o en la insuficiencia de la liberación de otras, es lo que causa en última instancia, la pérdida de la salud del individuo (Koob, 1999). (Citado por Moscoso, 2014, pp. 57-58)



## **Estrés crónico y efectos en la salud**

Es en cualquier momento que pueden surgir factores estresantes tanto internos como externos, los cuales pueden ser agudos o crónicos; es recién cuando en algún momento nos sentimos tan estresados que nuestra mente identifica una amenaza a nuestro ser, frente a lo que solemos reaccionar de una determinada forma.

Si se trata de una amenaza pasajera o resulta ser neutra, no se producirá reacción alguna o bien nuestra reacción será mínima. Pero si el acontecimiento estresante según nuestra percepción conlleva una elevada carga emocional o constituye una amenaza, se activará un tipo automático de reacción ante la alarma; dicha reacción es una forma que tiene nuestro cuerpo, para prepararse ante una acción defensiva o agresiva. La reacción de huir o de luchar se presenta casi de manera instantánea, provocando un estado de hiperexcitación fisiológica que se caracteriza por una gran tensión muscular así como intensas emociones; todas estas alteraciones tanto en nuestro cuerpo como en nuestras emociones son producidas a causa de la activación de una parte de lo que denominamos sistema nervioso autónomo y más específicamente está regulado por el hipotálamo, que es una glándula que forma parte del sistema límbico. Lamentablemente la hiperexcitación puede convertirse en un modo permanente de vida.

En este punto es importante tener en cuenta que gran parte de nuestro estrés es originado por amenazas tanto reales como imaginarias, sólo basta con que la persona se sienta amenazada. Es entonces la conciencia, el elemento clave para poder aprender a liberarnos de nuestras reacciones ante el estrés; justamente en esos momentos en los cuales nuestro primer impulso es el de sentirnos amenazados, y huir o tener algún tipo de acción evasiva o de lucha. Sin embargo una de las formas más comunes de hacer frente al estrés es la internalización, es decir inhibimos la reacción ante el estrés. Ello produce que la



persona siga sintiéndose excitada en lo más profundo y que las hormonas de estrés continúen haciendo estragos en nuestro cuerpo, nuestras ideas y nuestros sentimientos están cargados de una gran agitación. En este punto es importante destacar que existen cada vez más pruebas, de que la estimulación crónica del sistema nervioso simpático puede llevarnos a largo plazo a un desarreglo psicológico que puede causar problemas; como: tensión arterial elevada, arritmias, enfermedades digestivas, trastornos del sueño, jaquecas y dolores crónicos en la espalda, así como ansiedad.

Es en este punto donde aparecen las estrategias de afrontamiento, en este caso se hablará de los enfrentamientos inadecuados, dado que son insanos y producen más estrés. Surgiendo así los comportamientos autodestructivos, dentro de los cuales tenemos: exceso de trabajo, hiperactividad, exceso de comida; a su vez ello produce que se pueda originar una dependencia de sustancias como son: las drogas, alcohol, tabaco, cafeína, comida. Teniendo como resultado a una persona que durante muchos años atraviesa ciclos de estrés y de reactividad frente al estrés; seguidos por intentos inadecuados de mantener tanto la mente como el cuerpo bajo control, conllevando más estrés y enfrentamientos inadecuados

Para finalizar esta cadena tenemos que los efectos acumulados de la reactividad frente al estrés, potenciados por las inadecuadas maneras de tratar con ellos; producen: depresión, agotamiento físico como psíquico, pérdida de vigor y entusiasmo, abatimiento, predisposiciones genéticas al ataque cardíaco o cáncer; en general predispone a que la persona se enferme.

La alternativa para dejar de reaccionar ante el estrés es simple y sencillamente el darle respuesta; siendo ese el camino de la atención plena o mindfulness. (Kabat- Zinn, 2003)

Moscoso (2014) nos dice que “el estrés crónico es causado por demandas y presiones durante periodos de tiempo prolongados, “percibidos” como eternos o interminables”

(p.58). En esta parte es importante destacar que desde el punto de vista de la neurociencia, la percepción individual o interpretación del estresor es de carácter meramente psicológico; sin embargo de acuerdo con la evidencia científica, el estrés crónico tiene un correlato neurobiológico en el lóbulo frontal del cerebro. Asimismo, hay que puntualizar que la experiencia del distrés emocional percibido, se inicia en el cerebro como órgano mediador de la respuesta neurofisiológica al estrés. “La experiencia de distrés emocional causada por el estrés crónico es un proceso cognitivo que incluye un desbalance en la formación de emociones negativas y positivas, inclinando la balanza hacia un incremento de emociones negativas y el consecuente desencadenamiento de cuadros de depresión clínica” (p.59).

Asimismo, Moscoso (2009) nos dice que “La respuesta emocional del estrés está caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva, debido al hecho de que el “estimulo externo deberá ser percibido como estresante” ” (p. 145).

Está entonces la respuesta emocional al estrés, condicionada por la percepción que tenga la persona de la situación; entrando en juego aquí los pensamientos de la misma, así como sus características personales.

De igual manera Moscoso (2014) refiere que el cerebro tiene un enorme control sobre el: sistema nervioso central (SNC), el sistema endocrino, sistema inmune y en los cromosomas. El estrés crónico genera una alteración neurobiológica que altera el equilibrio allostático y produce una carga allostática, dado que dichos mediadores bioquímicos atacan a nuestro propio organismo. Dhabhar y McEwen (1997) nos dice que el estrés crónico

produce un impacto negativo en el: sistema nervioso central (SNC), sistemas endocrino e inmune. (Citado por Moscoso, 2014).

Está científicamente establecido que el impacto negativo del estrés crónico propicia el desarrollo de un significativo número de enfermedades de carácter sistémico, mejor conocidas como las enfermedades del siglo XXI: obesidad, depresión, fibromialgia, artritis reumatoide, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, asma y cáncer; solo por incluir las más comunes. (Moscoso, 2014, pp.62-63)

Es entonces la práctica del Mindfulness que permite que la persona sea capaz de lidiar con el estrés crónico; ello dado que le enseña a conocer su sintomatología, así como a relajarse. (Moscoso, Reheiser y Hann, 2004). Esto a través de centrar la atención y conciencia en el cuerpo mediante la respiración, en la mente a través del pensamiento, y en el entorno a través de los sentidos. (Moscoso, 2009).

## **Depresión**

En comparación con otras enfermedades médicas, el diagnóstico de depresión es muy común. Su aparición es frecuente aún en ámbitos médicos no psiquiátricos, en pacientes que padecen enfermedades crónicas o durante el proceso de recuperación de diversas enfermedades médicas. La depresión según criterios diagnósticos actuales, engloba un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por un ánimo triste, anhedonia y alteraciones cognitivas, neurovegetativas y fisiológicas. La depresión es una enfermedad con una evolución tendente a la cronificación, sustancialmente incapacitante y en ocasiones letal. (Chinchilla, 2008)



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que 340 millones de personas, sufren actualmente de alguna de las formas de depresión clínica. Asimismo, la OMS indica que la depresión podrá ser la primera causa de discapacidad, y la segunda causa, después de la obesidad; que contribuya a la adquisición de enfermedades en el mundo para el año 2020 (WHO, 2008). (Citado por Moscoso, Lengacher y Knapp, 2012)

El hecho de que este desorden es actualmente definido por el DSM-IV (APA, 2000a) como “simplemente un conjunto de criterios o síntomas” que se presentan “en un periodo de tiempo”, ha sido ampliamente criticado en los ámbitos académico y clínico (Beck, et al., 2011). (Citado por Moscoso, Lengacher y Knapp, 2012)

La depresión es entendida como un trastorno sistémico que afecta al cerebro y al cuerpo, la cual se asocia con alteraciones o modificaciones en el sistema endocrino, cardiovascular e inmune. Aunque la depresión se puede asociar a un pronóstico negativo de algunas enfermedades, el tratamiento eficaz y paralelo podría llevar a modificar el pronóstico de estos procesos comórbidos y hacerlo más favorable. (Chinchilla, 2008)

Moscoso et al. (2003) define la depresión como “un desorden de los componentes emocionales, cognitivos y conductuales de la personalidad y sus diferencias individuales (emociones positivas y emociones negativas) dentro del proceso del estrés percibido” (Citado por Moscoso, Lengacher y Knapp, 2012, p.34).

El modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión en el pensamiento, que influye en el estado de ánimo y conducta de las personas. A partir de la realización de algunas preguntas básicas a modo de recojo de datos e información, se logra identificar y evaluar con facilidad el pensamiento disfuncional; base de donde muchos pacientes al enfrentarse a un problema, requieren de intervenciones terapéuticas más complejas, antes de aceptar que deben modificar su conducta. (Beck, J., 2000).

Beck, Emery, Shaw y Rush (2010) ofrecen una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. Proponen que algunas de nuestras experiencias tempranas o iniciales, especialmente las negativas; proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos o esquemas pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias muy similares, o con relación a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas a dichos esquemas.

Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes y permanecen latentes, favoreciendo la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos, lo cual lo refuerza. Por eso la persona deprimida, está convencida de que las cosas son tan negativas como ella las ve o percibe. Es así como Beck (2005) (Citado por Beck, et al., 2010) nos dice que el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos, para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- Triada cognitiva: consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro; así como a sus experiencias, de un modo idiosincrático y negativo. El primer componente de la tríada se centra, en la

visión negativa de uno mismo; el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en la tendencia del depresivo e interpretar sus experiencias de una manera negativa; le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas, si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos, para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra, en la visión negativa acerca del futuro; cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

- Organización estructural del pensamiento depresivo: este concepto se utiliza para explicar por que mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir, y son contraproducentes para él mismo, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida; la subjetividad prima en su juicio y es denominada como “Esquema”.
- Errores en el procesamiento de la información: los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo, hacen que él mismo mantenga la creencia de que sus conceptos negativos son válidos; incluso a pesar de la existencia de evidencia que contradiga dichos conceptos.

Asimismo Beck, Emery, Shaw y Rush (2010) afirman que la finalidad de la terapia cognitiva, consiste en minimizar las alteraciones emocionales y otros síntomas a causa de la depresión. Los medios se centran en las interpretaciones erróneas del paciente o



esquemas, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas en relación a estos. No obstante, el terapeuta debe estar alerta y prestar atención a las ocasiones en que se produce una intensificación de las emociones negativas del paciente. Asimismo debe ser capaz de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente, así como de identificar las cogniciones inadecuadas y los límites entre pensamientos negativos y sentimientos negativos. Paradójicamente, aunque la capacidad del depresivo para experimentar sentimientos positivos esté apagada, sí experimenta en grado muy agudo las vibraciones de emociones desagradables. Es como si su reserva de sentimientos estuviese orientada hacia las puertas de la tristeza, la apatía y la infelicidad.

En cuanto a la depresión en pacientes con cáncer, Mate (2004) (Citado por Lazo, 2015) refiere que el diagnóstico de cáncer y la evolución de la enfermedad, generan con frecuencia un malestar a nivel emocional importante; ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto física, psíquica y socialmente. Por este motivo la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil, y genera reacciones ansiosas y depresivas en aproximadamente un 50% de los pacientes que presentan algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad. Muchos de estos síntomas no son tratados por no ser diagnosticados, ya que suelen considerarse reacciones normales a la enfermedad; o bien porque se considera que los síntomas que suelen observarse no pertenecen sólo a la depresión, sino al cáncer que padecen o a los tratamientos oncológicos, como es el caso de la quimioterapia.

### **Antecedentes del mindfulness**

Como señala Mañas (2009) existen tres grandes clasificaciones del Budismo: Budismo Theravada, Budismo Mahayana y Budismo Vajrayana. Siendo el Budismo

Theravada del que se origina el mindfulness, contando actualmente con más de 25 siglos de antigüedad. Debe recalcar que el mindfulness simboliza el corazón de las enseñanzas de Buda, cuyo nombre real es Siddhartha Gautama Sakyamuni; es por ello que es considerado como el corazón de la meditación budista.

Podemos apreciar entonces que el Mindfulness no es algo nuevo, sino que ya viene practicándose hace varios siglos en la tradición budista. Sin embargo, es hace poco tiempo que se viene implementando dicha práctica en el mundo occidental; la cual ha demostrado ser efectiva tanto en muestras no clínicas, como clínicas; es así como dichos resultados han despertado el interés de la comunidad científica.

La doctrina budista nos habla del Noble Óctuple Sendero, que son guías para vivir la vida y está constituido por elementos que se subdividen en tres categorías que son: la sabiduría, la conducta ética y el entrenamiento de la mente. Sati es el séptimo elemento del Noble Óctuple Sendero y está dentro de la categoría de entrenamiento de la mente; el cual es considerado como el sendero que lleva al cese del sufrimiento. (Mañas, 2009)

En otras palabras podemos decir que de acuerdo a la tradición budista, la práctica del mindfulness permitirá que las personas lidien mejor con el dolor físico, así como con el malestar psicológico.

Según Mañas, Franco y Faisey (2009) las dos prácticas más comunes de meditación, son la concentración y el mindfulness. La concentración o también conocida como samadhi o samatha, consiste en hacer que la mente se enfoque en un solo estímulo (un mantra, la propia respiración, una imagen) y cuando la misma se distrae se debe dirigir

nuevamente la atención al estímulo. En el caso del mindfulness o también conocida como meditación insight o vipassana, se permite que la persona pueda prestar atención a los estímulos, según se vayan presentando en el campo de la experiencia.

Es importante tener en cuenta que los dos tipos de meditación antes mencionado, actúan sobre diferentes estructuras neuronales. En el caso del mindfulness se produce una activación del sistema nervioso; y en el caso de la meditación concentración, sólo se consigue una respuesta de relajación. (Mañas, 2009).

### **Mindfulness**

Kabat-Zinn (2007) define que el Mindfulness o como se le denomina en castellano Atención Plena, “es una conciencia sin juicios que se cultiva instante tras instante mediante un tipo especial de atención abierta, no reactiva y sin prejuicios en el momento presente” (p.115).

Por su parte Bishop (2002) nos dice que “Mindfulness ha sido conceptualizado ampliamente como un estado altamente consiente y centrado en la realidad del momento presente, aceptándola y reconociéndola, sin quedar atrapado en pensamientos sobre una situación o en reacciones emocionales originadas por la situación”(p. 1); como sabemos, las personas tienden a reaccionar de manera automática a las situaciones de estrés, es por ello que el mindfulness basado en la reducción del estrés, busca enseñar a las personas a acercarse a dichas situaciones de manera consiente, para que de esta manera puedan responder a la misma.



Moscoso, Recheiser y Hann (2004) nos dicen que el “Mindfulness es la energía consiente de prestar atención deliberadamente a la experiencia del momento presente sin elaborar juicios de valor” (Citado por Moscoso y Lengacher, 2015, p.226)

Como otra definición tenemos que “El mindfulness consiste en ser plenamente conscientes de lo que ocurre en el momento presente, sin filtros ni prejuicios de ningún tipo, algo que puede aplicarse a cualquier situación” (Stahl y Goldstein, 2010, p. 43).

Vemos entonces que existen diversas definiciones del término mindfulness, sin embargo se puede resaltar que todas estas se enfocan en el momento presente, es decir, en el aquí y el ahora; destacando también el hecho de no emitir o elaborar algún juicio.

Como señala Mañas (2009) el mindfulness, tiene actualmente más de 25 siglos de antigüedad y simboliza el corazón de las enseñanzas de Buda, cuyo nombre real es Siddhartha Gautama Sakyamuni.

El vocablo inglés mindfulness es la traducción de la palabra Sati, la cual pertenece a la lengua Pali; en la terminología Budista Sati se refiere al presente y como término psicológico significa atención o conciencia. (Parra, Montañés, Montañés y Bartolomé, 2012)

Vallejo (2006) nos dice que el término mindfulness no tiene una traducción exacta al lenguaje español, según refiere dicha afirmación también es planteada por otros autores del habla hispana. Aunque ninguna palabra en castellano exprese una adecuada connotación

lingüística de la palabra mindfulness, suele utilizarse los términos de: conciencia plena o atención plena. (Citado por Moscoso y Lengacher, 2015)

Como podemos ver, al igual que sucede con varias palabras en inglés que no tienen una traducción directa al castellano, el término mindfulness tampoco lo tiene; es por ello que en lo sucesivo de este documento nos referiremos directamente a mindfulness.

Moscoso y Lengacher (2015) refieren que la práctica de meditación basada en mindfulness fue introducida por Jon Kabat- Zinn en 1979 en los Estados Unidos de América. Fue así como implementó un programa formal de reducción del estrés, el cual se llevó a cabo en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts y recibió el nombre de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR).

Existen siete elementos relacionados con la actitud básica en la práctica del mindfulness o atención plena. El primero de ellos es no juzgar; que se refiere a que tengamos una postura imparcial de nuestras vivencias, es por ello que primordialmente la persona sea consciente de los juicios, así como de las reacciones de las que muchas veces no encuentra salida; y de esta manera aprenda entonces a desligarse de las mismas. El segundo elemento es paciencia; que significa tener una actitud de apertura a cada momento, por ello se entiende el aceptar; así como comprender cada situación como se presente. El tercer elemento es mente de principiante; se refiere a poder apreciar todo como si estuviéramos haciéndolo por primera vez. El cuarto elemento es confianza; se refiere a que las personas suelen buscar fuera de sí mismas una mira, sin embargo es mejor el poder dar cabida y confiar en nuestra propia intuición o sentimientos. El quinto elemento es no esforzarse; se refiere a que las personas constantemente están buscando cumplir con un

objetivo o meta, sin embargo en la práctica del mindfulness sólo debemos ser nosotros mismos, y no esmerarnos por obtener resultado alguno. El sexto elemento es aceptación; se refiere a observar la realidad como es, es decir, no intentar modificar el momento presente. Y el séptimo elemento es ceder; que se refiere a permitir que las cosas sigan su curso y aceptarlas como son. Asimismo se menciona la importancia del compromiso, la autodisciplina y la intencionalidad durante la práctica.

Todos los elementos mencionados anteriormente se relacionan entre si y se enfocan en que la persona pueda comprender, así como aceptar su realidad del momento presente; siendo consciente de sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales; esto con la finalidad de buscar su bienestar. (Kabat- Zinn, 2003)

Existen dos formas distintas de poner en práctica el mindfulness. Como primera práctica, tenemos la formal, que consiste en adoptar una postura sentada, echada o de pie; y tomar conciencia de la respiración, las sensaciones corporales, los sonidos, los pensamientos o emociones que se estén suscitando en el momento presente. También tenemos la práctica informal, la cual consiste en poner atención a las actividades que realizamos día a día de manera habitual; como tomar una ducha, comer, realizar las tareas domésticas e incluso interactuar con las demás personas. (Stahl y Goldstein ,2010)

Ambas formas de poner en práctica el mindfulness tienen como finalidad que la persona sea consciente del momento presente, buscando así contrarrestar el piloto automático en el que la gente está acostumbrada a vivir.

Antes de comenzar a describir las prácticas del mindfulness, es importante considerar el papel fundamental que cumple la respiración en el proceso de sanación. La respiración es



una de las formas en las que se produce intercambio de materia y energía; dado que cuando espiramos, liberamos desperdicios; y cuando inspiramos se produce una renovación de moléculas (Kabat-Zinn, 2003). Asimismo Kabat-Zinn (2003), refiere que las pulsaciones básicas del cuerpo nos permiten concentrarnos, y por ende vincularnos con nuestra experiencia.

A continuación describiremos las diferentes prácticas de mindfulness. En el caso de la meditación sentada o sencillamente asiento, es una práctica formal; la cual es de gran ayuda para adoptar una postura erguida y que exprese dignidad, en la que la cabeza tanto como el cuello y la espalda, se encuentren en una misma línea vertical. La misma puede llevarse a cabo bien sea en una silla o en el suelo.

La meditación de la exploración corporal, es una práctica formal de meditación que consiste en observar de forma minuciosa y detalla nuestro cuerpo, para ello debemos acostarnos boca arriba y hacer que la mente recorra las diferentes zonas del cuerpo; dicha práctica permite desarrollar tanto la concentración como la flexibilidad de atención. El objetivo de explorar el cuerpo es poder sentir cada una de sus zonas; inhalamos desde cada zona y exhalamos en ella algunas veces. Luego la dejamos salir del ojo de nuestra mente y dirigimos nuestra atención hacia la siguiente zona. Al liberar las sensaciones, pensamientos e imágenes con los que nos pudimos haber topado en cada zona, permitimos que se libere gran parte de la tensión acumulada; dado que los músculos asociados a dicha área también se dejan ir y se alargan. Contribuye a ello si podemos sentir o imaginar que con cada exhalación, la tensión y las sensaciones de cansancio salen de nuestro cuerpo; y con cada inhalación aspiramos energía, vitalidad y relajación.

El hatha yoga es una práctica formal de meditación, la cual se basa en ejercicios suaves de estiramiento, los cuales se realizan con lentitud y siendo conscientes mientras se

llevan a cabo en nuestra respiración, así como en las sensaciones corporales que surgen al colocar nuestros cuerpos en las distintas posturas. El practicarlo no sólo contribuye con la relajación, ayuda a que nuestro cuerpo se fortalezca y flexibilice; también nos da la oportunidad de aprender sobre nosotros mismos y de apreciarnos como un todo, sin importar cual es nuestro estado o forma física. La práctica del yoga conlleva por lo tanto, a unificar cuerpo y mente.

La meditación caminando, es una práctica formal la cual consiste en ser conscientes del propio acto de caminar; supone que prestemos atención a las sensaciones que se suscitan en nuestros pies o piernas, o sentir el movimiento de todo nuestro cuerpo al desplazarse.

La práctica informal del mindfulness se refiere a ser conscientes de las diferentes experiencias o actividades que forman parte de nuestra vida cotidiana; al prestarle atención a una experiencia o actividad, hacemos que la misma se encarne, es decir, se hace más real. En parte las situaciones se hacen más reales, dado que la corriente de nuestros pensamientos se calman un poco; lo que origina que existan menos posibilidades de que se interpongan entre nosotros y el momento presente.

Debemos tener en cuenta que al practicar la meditación puede surgir cierta incomodidad física, lo cual nos impulse a cambiar de posición; sin embargo es recomendable resistirse a ese cambio y fijar nuestra atención en aquellas sensaciones de incomodidad. Si posteriormente persiste la incomodidad podemos cambiar la postura del cuerpo, pero al hacerlo debemos tomar conciencia mientras nos movemos, es decir, debemos hacerlo conscientemente. (Kabat- Zinn, 2003)

Bishop et al. (2004) refieren que ha sido demostrado a través de una serie de estudios científicos, que el mindfulness es útil y eficaz tanto en problemas médicos como psicológicos. Es por ello que la psicología contemporánea ha acogido al mindfulness

como una técnica para aumentar la consciencia, así como para afrontar de manera más adecuada los procesos mentales (Citado por Mañas, Franco y Faisey, 2009).

Asimismo Siegel (2007) nos dice que existe evidencia empírica, psicoterapéutica y neurofisiológica; la cual demuestra que el mindfulness contribuye a mejorar la capacidad de regular las emociones, de lidiar con las disfunciones emocionales, optimizar las pautas cognitivas y disminuir los pensamientos negativos. Además contribuye a que los procesos de curación, respuesta inmunitaria, reactividad al estrés y la sensación de bienestar físico funcionen de una manera más eficaz; originándose así una mejora en el funcionamiento del organismo. Se incrementa también la capacidad de empatía y compasión, lo que origina que las relaciones con los demás así como con uno mismo, mejoren. (Citado por Parra, et al., 2012)

La eficacia de la práctica de Mindfulness se ha demostrado en el tratamiento de la depresión (Coehlo et al., 2007; Chiesa y Serrati (a), 2011; Kaviani et al., 2011; Ma y Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000), la reducción del stress y la ansiedad (Cohen-Katz et al., 2004; Chiesa y Serrati, 2009; Irving et al., 2009; Ramos et al., 2009), la reducción del malestar psicológico y físico en personas con dolor crónico (Chiesa y Serrati (b), 2011; Sagula y Rice 2004; Plews-Ogan et al., 2009), problemas oncológicos (Carlson et al., 2004; Ledesma y Kumano, 2009; Smith et al., 2005), etc. En el campo de la educación también se han comprobado los efectos positivos del mindfulness; en el incremento de los niveles de creatividad (Franco, 2009), rendimiento académico (León, 2008), en la regulación de las emociones en niños con problemas de internalización y externalización de sus emociones (Lee et al., 2008), en la modificación de conductas agresivas en adolescentes (Singh et al., 2007) o en la mejora de la percepción de autorregulación,



autoeficacia, mejora del humor y de la calidad del sueño (Cadwell et al., 2010; Semple et al., 2005). Igualmente se ha comprobado la eficacia de la atención plena en los profesionales de la educación (Franco et al., 2010; Gold et al., 2010; Napoli, 2004), de la sanidad (Cohen- Katz et al., 2004; Irving et al., 2009; Martín-Asuero y García-Banda, 2010) y de poblaciones vulnerables a los efectos del stress en su entorno. (Citado por Parra, et al. , 2012)

La intervención basada en mindfulness es un modelo de tratamiento, que ha demostrado su efectividad en un significativo número de trastornos relacionados con el estrés crónico y la regulación del estrés emocional y físico (Baser, 2003; Weinstein, Brown y Ryan, 2009). Igualmente, existe evidencia científica de una reducción significativa de los niveles de ansiedad, depresión (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Vollestad, Sivertsen y Nielsen, 2011), y temor de recurrencia del tumor maligno en pacientes con cáncer (Lengacher et al., 2009). En la actualidad hay un interés en USA y Europa por los beneficios terapéuticos reportados en el tratamiento de la recurrencia de la depresión clínica (Segal, Williams y Teasdale, 2002). (Citado por Moscoso y Lengacher, 2015)

Los efectos positivos de la Intervención Basada en Mindfulness (IBM) también han sido demostrados en muestras no clínicas; con grupos de personas interesadas en la reducción de estrés (Britton, Shahrar, Szepsenwol y Jacobs, 2012), prevención de la depresión clínica (Brodereick, 2005), reducción del dolor crónico (Kabat- Zinn, 1982; Zeidanm Gordon, Merchant y Goolkasian, 2010), mejoramiento de la atención y memoria (Jka, Krompinger y Baime, 2007), regulación emocional (Cavanagh et al., 2013), mejoramiento de las funciones inmunológicas (Davidson et al., 2003; Lengacher et al., 2013) y un aumento en los niveles de telomerasa en pacientes con cáncer de mama

(Lengacher et al., 2014). Existe también evidencia empírica que la IMB facilita la modificación de patrones cognitivos auto-destructivos y favorece el desarrollo de emociones positivas (Garland, Gaylord y Fredrickson, 2011). (Citado por Moscoso y Lengacher, 2015)

Vemos entonces que los beneficios del mindfulness son amplios dado que abarcan aspectos médicos, psicológicos, educativos por citar algunos; si bien es cierto dicha práctica recién está siendo difundida en nuestro medio, sin lugar a duda tiene innumerables beneficios.

### **Programa de Reducción del Estrés y de Relajación (PRER) - Jon Kabat-Zinn**

Es Jon Kabat- Zinn quien en 1979 implementa en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, un programa de ocho semanas de reducción de estrés titulado Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) o también conocido en español como Programa de Reducción del Estrés y de Relajación (PRER).

En el libro “Vivir con Plenitud la Crisis”, Kabat- Zinn (2003) refiere que el MBSR constituye un nuevo tipo de tratamiento que pertenece a la rama de la medicina del comportamiento; la cual considera que tanto nuestra salud física como nuestra capacidad de recuperación de enfermedades y lesiones, es influenciada por factores mentales y emocionales, así como por nuestra manera de pensar y nuestro comportamiento. Dicho programa tiene el objetivo de complementar el tratamiento médico y enseñar a las personas el arte de vivir conscientemente; ello a través de su enfoque sistémico, el cual nos permite desarrollar nuevos tipos de control y sabiduría.

Kabat-Zinn resalta el hecho de que enfrentarnos a nuestros problemas es la única manera de superarlos; dado que cuando dejamos de conectarnos con los mismos o huimos, nuestra capacidad de crecimiento, cambio y sanación, desaparece.

Es por ello que se denomina el arte de vivir conscientemente, dado que enseña a las personas a ser conscientes de las situaciones agradables, pero sobre todo de las desagradables; que son precisamente de las que a nadie le agrada tomar consciencia en un primer instante, pero que indudablemente forman parte de nuestro aquí y ahora.

Asimismo Kabat- Zinn (2003) nos dice que lo más importante es la práctica diaria del mindfulness durante las ocho semanas del programa. Describiendo que en la semana 1 y 2 deben practicar la exploración corporal, así como practicar sentados la atención plena en la respiración; en cuanto a la práctica informal nos dice que podemos practicar la consciencia mientras realizamos actividades de la vida cotidiana. En la semana 3 y 4 para la práctica formal recomienda alternar entre la exploración corporal y el hatha yoga. En cuanto a la práctica informal refiere que en la semana 3 intentemos ser conscientes de algún acontecimiento agradable, y en la semana 4 debemos intentar ser conscientes de algún acontecimiento desagradable o estresante. En la semana 5 y 6 recomienda dejar de realizar la exploración corporal por un tiempo, y sustituirla por meditaciones sentadas de mayor duración; las cuales pueden incluir: sensaciones corporales, sonidos, ideas o nada en particular; las mismas que aconseja deben ser alternadas con yoga. En la semana 7 se busca alentar en los pacientes la práctica auto dirigida, es decir, que prescindan de las grabaciones que se les dieron. En cuanto a la práctica se recomienda alternar entre: meditación sentada, yoga y exploración corporal. Finalmente en la semana 8 se hace que



los pacientes vuelvan a utilizar sus meditaciones grabadas, dando la libertad de que puedan practicar: yoga, meditación sentada o exploración corporal; dependiendo de la situación.

### **Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness – Manolete Moscoso**

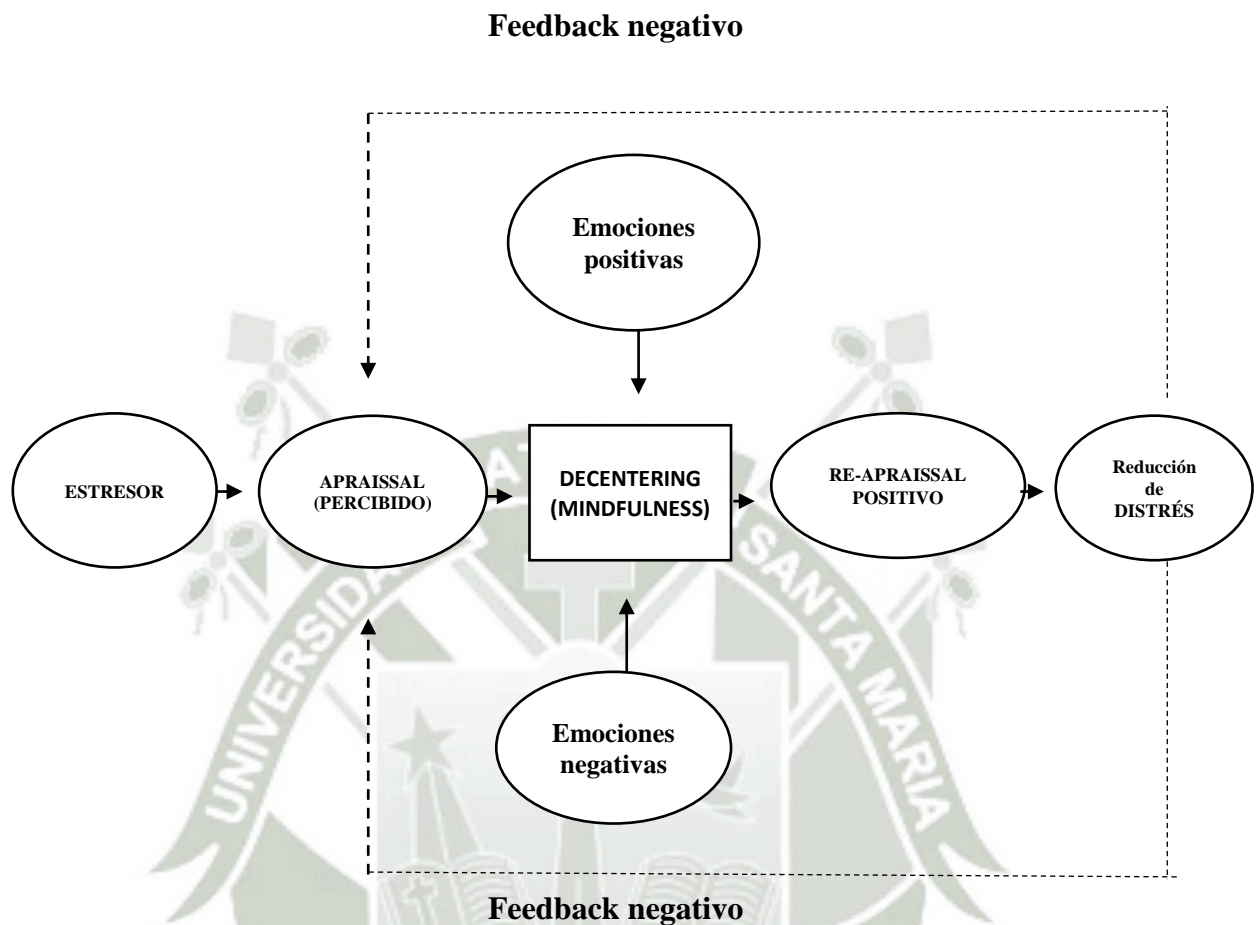
En Julio de 1998 Manolete Moscoso realizó una adaptación, creando el Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness; basándose en el programa de 8 semanas de Jon Kabat- Zinn. La diferencia entre ambos programas es el tiempo, dado que Moscoso reagrupó el contenido del programa de Kabt-Zinn en un período de 6 semanas, fuera de ello el programa no incluye ningún otro tipo de práctica. Es recién en el año 2003 que inicia el Programa de Investigación para pacientes con cáncer, para examinar si el programa de 6 semanas producía los mismos resultados que el programa de Kabat-Zinn; dicho programa viene desarrollándose hasta la actualidad.

Los factores neurobiológicos y psicológicos cumplen un rol importante en el proceso de adaptación al estrés crónico, es por ello que este programa de intervención psicológica los toma en cuenta, y resalta la prevención del distrés emocional dentro de dicho proceso.

El programa ofrece entrenamiento en la reducción del estrés crónico, la respuesta de relajación y la modificación de los patrones cognitivos autodestructivos; facilitando el desarrollo de emociones positivas (Garland, Garylord y Fredrickson, 2011). De la misma manera Moscoso, Reheiser y Hann (2004) nos dicen que el programa busca promover la calidad de vida del paciente, a través del desarrollo de un estilo de vida saludable. (Citado por Moscoso, 2014, p. 63)

*Figura 1*

*Marco conceptual de la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness*



(Moscoso, 2014)

Describiendo un poco el Programa, como se comentó anteriormente, tiene una duración de 6 semanas. La primera semana se desarrolla la introducción al Mindfulness Basado en la Terapia Cognitiva (MBCT); la segunda semana se desarrolla la visualización y exploración corporal guiada; la tercera semana la respuesta de la relajación, visualización, exploración corporal y la postura de yoga; la cuarta semana el nervio vago, la respuesta de relajación, la exploración corporal y la postura del yoga; la quinta semana la aplicación del MBCT a la conciencia de los procesos del pensamiento; y la sexta semana se da la integración del MBTC en la vida diaria.

## Antecedentes Investigativos

Si bien, la bibliografía sobre mindfulness es extensa en América; no se ha encontrado investigaciones similares ni a nivel regional, ni a nivel nacional. Es así como a nivel internacional tenemos que:

- Lengacher et al. (2009) realizaron un estudio titulado “Prueba controlada aleatoriamente del Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness para sobrevivientes de cáncer de mama”, en Florida. Donde condujeron una prueba controlada aleatoriamente en 84 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, las cuales estaban dentro de los 18 meses del término de su tratamiento con cirugía y estaban recibiendo radioterapia y/o quimioterapia. Las pacientes fueron asignadas al azar a un Programa de 6 semanas de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) el cual tiene una duración de 6 semanas (n=41), o a atención habitual (n=43). Los resultados fueron comparados a las 6 semanas por medio de un control aleatorio; incluyendo medidas validadas del estado psicológico (depresión, ansiedad, estrés percibido, miedo a la recurrencia, el optimismo, el apoyo social) y las sub escalas psicológicas así como físicas, de la calidad de vida. En comparación con la atención habitual, los sujetos asignados a MBSR tuvieron niveles significativamente más bajos de: depresión (6,3 vs 9,6), ansiedad (28,3 vs 49,2) y miedo a la recurrencia (9.3 vs 11.6) a las 6 semanas; junto con la energía más alta (53.5 vs 49.2), funcionamiento físico (50.1 vs 47.0), y rol físico (49.1 vs 42.8). Se concluyó que el programa de MBSR, dió como resultado mejoras significativas en el estado psicológico y la calidad de vida en comparación con la atención habitual.



- Speca, Carlson, Goodey y Angen (2000) realizaron un estudio titulado “Un ensayo clínico aleatorizado, controlado por lista de espera: el efecto de un Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness en el estado de ánimo y los síntomas de estrés en pacientes ambulatorios con cáncer”, en Alberta-Canadá. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de la participación en un Programa de Mindfulness Basado en la Reducción del Estrés; en los trastornos del estado de ánimo y los síntomas de estrés, en paciente ambulatorios con cáncer. Noventa pacientes con una edad promedio de 51 años, completaron el estudio. El grupo era heterogéneo en el tipo y la etapa del cáncer. Después de la intervención, los pacientes del grupo de tratamiento tenían puntuaciones significativamente más bajas en total; esto en cuanto a la alteración del estado de ánimo y las sub escalas de depresión, ansiedad, ira y confusión; así como más vigor que el control. Los del grupo de tratamiento también tuvieron menos síntomas de estrés en general; menos síntomas cardiopulmonares y gastrointestinales, menos irritabilidad, depresión y desorganización cognitiva; y un menor número de patrones habituales de estrés. La reducción general de la perturbación del estado de ánimo fue del 65%, con una reducción del 31% en los síntomas del estrés. Se pudo concluir que este programa fue eficaz en la disminución de los síntomas de alteración del estado de ánimo y el estrés; tanto en pacientes del sexo femenino como masculino, quienes tenían una amplia variedad de diagnósticos de cáncer, fases de la enfermedad, y edades.
- Lengacher et al. (2014) llevaron a cabo una investigación titulada “Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) en pacientes con cáncer de mama: Evaluando el miedo a la recurrencia como un mediador psicológico y físico de los síntomas en una prueba controlada aleatoriamente”, en Florida. Ochenta y

dos pacientes sobrevivientes al tratamiento fueron asignadas al azar al programa MBSR de seis semanas o a un grupo de atención habitual. Tanto las variables psicológicas como físicas fueron evaluadas como mediadores potenciales, al inicio del estudio y a las seis semanas. MBSR comparado con el grupo de atención habitual experimentó cambios favorables en cinco mediadores potenciales: el cambio en el temor a la recurrencia de los problemas medía el efecto del MBSR en 6 semanas, cambiando el estrés percibido ( $p=0.03$ ) y la ansiedad estado ( $p=0.04$ ); y también produce cambios en el funcionamiento físico mediado por el efecto de MBSR en 6 semanas en el estrés percibido ( $p=0.02$ ) y la ansiedad rasgo ( $p=0.05$ ). Podemos concluir que el Programa de MBSR reduce el temor a la recurrencia y mejora el funcionamiento físico, lo cual reduce el estrés percibido y la ansiedad.

- Lengacher et al. (2012) realizó una investigación titulada “ Un estudio piloto para evaluar el efecto del Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness en el estado psicológico, estado físico, el cortisol salival, y la interleucina-6 ; entre los pacientes de cáncer en fase avanzada y sus cuidadores “, en Florida. El objetivo de este estudio fué investigar si el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness para cáncer mejora los síntomas psicológicos y físicos, calidad de vida, y los marcadores de estrés entre los pacientes y los cuidadores del cáncer de una etapa avanzada. Un total de 26 pacientes con sus respectivos cuidadores completaron el programa de 6 semanas. Al finalizar el programa, se pudo concluir que el MBSR puede ser una intervención beneficiosa; para reducir el estrés, la ansiedad, los niveles de cortisol, y los síntomas en pacientes con cáncer en una etapa avanzada y también puede beneficiar a los cuidadores.

- Tacón, Caldera y Ronaghan (2004) realizaron la investigación titulada “Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness en mujeres con cáncer de mama”, la cual fue realizada en Texas. El propósito de este estudio fué el de investigar la efectividad del Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness en: el estrés, el estado de ansiedad, ajuste mental al cáncer y el locus de control de salud. Esto en 27 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Al completar el programa, los resultados indicaron una disminución significativa en los niveles de pre a post niveles de estrés y ansiedad estado. También los resultados mostraron cambios significativos, así como beneficiosos para el ajuste mental al cáncer y el locus de control de la salud.

### **Hipótesis**

El Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness reduce los niveles de estrés percibido y depresión en las pacientes con cáncer de mama del Hospital Nacional Carlos Seguí Escobedo y del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de la ciudad de Arequipa.





# CAPÍTULO II

## Diseño Metodológico

### Diseño de investigación

Siguiendo los parámetros de Campbell y Stanley (1966) (Citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010); esta investigación sigue la línea experimental, siendo experimental pretest – posttest con grupos distribuidos aleatoriamente. Ello significa que cumple con los dos requisitos para lograr el control y la validez interna: grupos de comparación y equivalencia de grupos.

Se diagrama de la siguiente manera:



Simbología:

R= Asignación aleatoria o al azar

G1= Grupo experimental

G2= Grupo control

X= Programa, estímulo o condición experimental (Programa de mindfulness)

0= Medición de los sujetos

--= Ausencia del programa, estímulo o condición experimental.

### Técnicas e Instrumentos

La técnica utilizada fue el Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.

***El Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.*** El Doctor Manolete Moscoso inició el Programa Clínico de Mindfulness en el Morton Plant Hospital de Florida, en Julio de 1998; el cual está basado en el programa de 8 semanas de Jon Kabat Zin, desarrollando una adaptación de 6 semanas específicamente para pacientes con cáncer. En base a dicha experiencia que tuvo por 5 años, que posteriormente en el 2003 comenzó el Programa de Investigación de Mindfulness para pacientes con cáncer en el Morton Plant Mease Hospital (hospital gemelo de la misma organización corporativa antes mencionada) de Florida. A estas alturas el Doctor Manolete ya sabía que el programa de 6 semanas funcionaba muy bien en pacientes con cáncer. Dicho programa de investigación lo inició con apoyo económico de la Fundación Susan G. Komen (la cual es una fundación que otorga dinero para investigación), siendo así que le otorgaron 231, 000 dólares para realizar el estudio que duró 24 meses; los resultados del estudio fueron presentados en el Congreso de Psico-Oncología del 2004. Una vez que terminó el compromiso con la Fundación Susan G. Komen y el Morton Plant Mease Hospital de Florida; es que en el año 2005 el Doctor Manolete comienza a trabajar en la Universidad del Sur de Florida (USF) llevando su programa a dicha universidad, donde sigue realizando investigaciones apoyadas económicamente por el National Institute of Health de USA.

El Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness tiene como objetivo fomentar en los pacientes el desarrollo de sus habilidades para enfrentarse al estrés, el dolor y la enfermedad; pero también el aprendizaje de habilidades que les ayudaran a mejorar su salud, bienestar y calidad de vida. Como se mencionó anteriormente el programa tiene una duración de 6 semanas; llevándose a cabo una sesión por semana, la cual tiene una duración de 2 horas. Asimismo cada paciente tendrá tareas diarias en casa que incluyen un mínimo de 30 minutos por día de práctica en mindfulness formal y 30 minutos de práctica informal, 5 días a la semana por todo el curso.



Las sesiones específicas del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, son las siguientes:

Semanas	Título de la sesión	Tiempo	Enfoque y objetivos
<b>Primera Semana</b>	Introducción a la MBCT	2 horas	-Alcanzar un entendimiento con una visión general de la intervención. -Enseñanza de procedimientos de inicio en la meditación.
<b>Segunda Semana</b>	Visualización y exploración corporal guiada	2 horas	-Alcanzar un entendimiento de la visualización y la exploración corporal. -Ser introducido a la meditación sentada, con la conciencia en la respiración como objeto primario de atención.
<b>Tercera semana</b>	La respuesta de la relajación, visualización, exploración corporal y la postura de yoga	2 horas	-Obtener un buen entendimiento de la reacción propia a un evento agradable, de la exploración corporal con respuesta al estrés y de los correlatos fisiológicos.
<b>Cuarta semana</b>	El nervio vago, la respuesta de relajación, la exploración corporal y la postura del yoga.	2 horas	-Obtener un buen entendimiento de la reacción propia a un evento desagradable, la exploración del cuerpo con respuesta al estrés y los correlatos fisiológicos.
<b>Quinta semana</b>	La aplicación del MBCT a la conciencia de los procesos del pensamiento.	2 horas	-Ampliar su campo de conciencia, para permitir la modificación de los patrones que induce el estrés. -Continuar vigilando su conciencia, para permitir la modificación del estrés induciendo los patrones: como la meditación de la montaña o la meditación del lago.
<b>Sexta semana</b>	La integración del MBTC en la vida diaria	2 horas	-Internalizar las sesiones de práctica y desarrollar por sí mismos un nuevo patrón de comportamiento. -Esta es la primera semana de estar consigo mismo y se desarrollará un programa de vida por sí mismo.

Para más detalles sobre el Programa de reducción del estrés basado en Mindfulness para el cáncer, ver el Anexo 1.

Es importante resaltar que en la primera semana del programa se entregó un CD a las pacientes el cual contenía la práctica de la meditación sentada (Ver Anexo 2), asimismo en la primera semana se llevó a cabo el ejercicio de la pasa (Ver Anexo 3); en la segunda semana se entregó un CD el cual contenía la práctica del escaneo corporal (Ver Anexo 4); en la tercera semana se entregó un tríptico de yoga (Ver Anexo 5); en la quinta semana se entregó un CD el cual contenía la práctica de la meditación de la montaña (Ver Anexo 6). Asimismo en la primera semana se entregó un cuadernillo a las pacientes, en el cual habían fichas para completar día a día su práctica de mindfulness (Ver Anexo 7).

Los instrumentos utilizados fueron:

***Inventario de Depresión de Beck-II (Ver Anexo 8).*** Para medir la sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de Depresión de Beck –II, el cual es una prueba que consta de 21 reactivos cuyo propósito es medir la presencia y la gravedad de la depresión. Está dirigida para adultos y adolescentes, desde la edad de 13 años hacia adelante. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. La puntuación total fluctúa entre 0 y 3; a mayor puntuación total en el Inventario, mayor es la sintomatología depresiva.

Las categorías sintomatológicas en las cuales se basa la prueba son: humor, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de merecer un castigo, autodesprecio, autoacusaciones, ideas suicidas, tendencia al llanto,

irritabilidad, aislamiento, indecisión, distorsión de la imagen corporal, disminución de la actividad física, trastornos de sueño, fatiga, trastornos de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido.

Su contenido se enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos (Schotte CK, Maes M y Cluydts, 1997, pp. 115) (Citado por Tateishi, 2011)

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología y no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad /severidad son los siguientes: de 0 a 13, perteneciente al rango de depresión mínima; 14 – 19 dentro del rango de depresión leve; 20 – 28 en la categoría de depresión moderada y de 29 – 63 correspondiente a un nivel de depresión severa.

El Alfa de Cronbach fue de .88 para pacientes y de .86 para el grupo de comparación. En la población general, la correlación también fue significativa entre ambas mediciones ( $r=0,86$ ), lo cual, demuestra su estabilidad en el tiempo.

En la población peruana, el BDI-II, ha sido utilizado para los Estudios Epidemiológicos del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, (2002). Rodríguez



(2008) utilizó la prueba para su investigación en población adolescente universitaria y pre-universitaria, obteniendo una alta consistencia interna y un Alfa de Cronbach de 0.91. El factor 1 obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.87 y el factor 2 de 0.80. Alcántara (2008) en una investigación con pacientes con VIH obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,94. Ambas investigaciones utilizaron la adaptación Argentina; tanto por su énfasis en el trabajo con pacientes, como por su alta confiabilidad y validez. (Citado por Tateishi, 2011, pp 23-24).

Tateishi (2011) para su investigación, analizó la confiabilidad por consistencia interna del IDB-II y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,89. En el análisis de la capacidad discriminativa de los ítems a partir de las correlaciones ítem-test, los coeficientes obtenidos fluctuaron entre 0,26 y 0,75. Asimismo, se utilizó un modelo de dos factores –Cognitivo-afectivo y Somático; debido que al tratar con pacientes con cáncer de mama era necesario evaluar si había un traslape de la condición física, con los síntomas somáticos propios de la depresión. La confiabilidad por consistencia interna del factor Cognitivo-Afectivo, arrojó un Alfa de Cronbach de 0,87 con correlaciones ítem/test mayores a 0,29. En relación al factor Somático, el Alfa de Cronbach fue de 0,63 correlaciones ítem-test mayor 0,35.

***Cuestionario de estrés percibido (Anexo 9).*** Es un autoinforme el cual evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes; se construyó en base a síntomas de estrés a nivel: fisiológico, emotivo así como cognitivo.

El cuestionario surgió de la adaptación realizada por Remor, E. (2006) con una población con VIH, de la escala de Estrés Percibido (1983) – Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, Kamarck y Mermelstein, versión española 2.0 de 14 ítems; fue así como quedó un cuestionario conformado por 14 ítems. Dicha versión tiene una confiabilidad de 0.81. (Roldan y Torres, 2009)

El cuestionario recaba información sobre la percepción de la persona en cuanto a dificultades de la vida diaria, situaciones de conflicto o fuera de control; donde se toma en cuenta el registro de algunas manifestaciones más comunes a nivel fisiológico, como rigidez o tensión muscular en las zonas del cuello y espalda, y aceleraciones respiratorias o palpitaciones.

A nivel de registro cognitivo se toma en cuenta la frecuencia de los pensamientos positivos y negativos, y a la preocupación frente a situaciones estresantes o de conflicto; así como a la percepción del manejo o control de dificultades. Y a nivel emocional se toma en cuenta la frecuencia del registro de sensaciones de seguridad y confianza, así como las emociones de miedo, angustia o llanto; todos estos registros evaluados durante el último mes.

De los 14 ítems que conforman el instrumento, 7 son preguntas directas y 7 indirectas; ello con la finalidad de comprobar e igualar las respuestas que marca la persona. La calificación se realizará a través de la utilización de una escala Likert de 5 puntos que tiene una correspondencia en frecuencia; donde 1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es de vez en cuando, 4 es a menudo y 5 es muy a menudo. Sin embargo se debe tener en cuenta que los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 son inversos; por lo cual se necesita invertir las puntuaciones antes mencionadas. La puntuación máxima que se puede obtener en escala es de 70 puntos y el mínimo es de 14 puntos. (García, 2012, pp. 41-42)

Es en base a dichos puntajes que se establecieron rangos de clasificación, donde un puntaje de 14-31 equivale a un nivel bajo de estrés percibido; lo cual significa que existe

una percepción de poco a casi nada respecto a desequilibrios fisiológicos, poca tensión y rigidez muscular en el cuello, brazos y espalda además de registros frecuentes de pensamientos positivos y optimistas; así como de la capacidad de manejar dificultades y problemas de la vida diaria, seguridad y confianza en sí mismo ante dificultades. La puntuación de 32-52 equivale a un nivel medio de estrés percibido; lo cual se interpreta como una percepción moderadamente frecuente de desequilibrios o aceleraciones fisiológicas, mantiene la tensión y rigidez muscular en cuello, espalda, ocasionalmente tiene pensamientos positivos y optimistas de la vida frente al cambio, de vez en cuando registra algunos pensamientos negativos y pesimistas de sí mismo, y mantiene también sentimientos de inseguridad y miedo ante dificultades de la vida diaria, situaciones conflictivas o fuera de control. Y finalmente el puntaje que va de 53-70 equivale a un nivel alto de estrés percibido; en el cual la percepción de aceleraciones fisiológicas, tensión y rigidez muscular en cuello, espalda, etc. Son muy frecuentes y están mantenidas en la mayoría en situaciones de conflicto. Registra frecuentemente, pensamientos negativos y pesimistas de sí mismo y de la vida. Su sensación de inseguridad y desconfianza son frecuentes; así como el miedo ante las dificultades de la vida diaria, situaciones conflictivas o fuera de control. Cada nivel concierne a un nivel de expresiones fisiológicas, cognitivas así como emocionales de estrés percibido. (Roldan y Torres, 2009, p. 33).

Respecto a la confiabilidad, encontramos que el cuestionario de estrés percibido, pasó por una prueba de validación con una muestra piloto de 10 sujetos entre hombres y mujeres de 40 a 65 años de edad con diabetes mellitus. Mediante la congruencia u homogeneidad interna utilizando el coeficiente de confiabilidad; la fórmula de alfa de Crombach arrojó una validez de 0.769.



**Ficha de Datos** (Anexo 10). La ficha recoge información básica sobre cada una de las pacientes. Se divide en 2 partes; la primera de datos personales donde las pacientes consignaran: su nombre, fecha de nacimiento, raza, grado de instrucción, estado civil, número de hijos, familiares que viven junto a ella, nivel socioeconómico, ingreso mensual y situación laboral actual. La segunda parte de datos médicos; consisten en el diagnóstico médico, tiempo de enfermedad e inicio de la misma, estadio actual o el que alcanzó, pronóstico, complicaciones con otras enfermedades que posea la paciente o que desarrolló a raíz del tratamiento y el tipo de tratamiento que recibió. Se puede apreciar el formato de dicha ficha en el anexo.

### **Población y Muestra**

La población de la presente investigación estuvo conformada por un total de 26 mujeres, las cuales recibían algún tipo de tratamiento para el cáncer de mama en el Seguro Social ESSALUD y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) de Arequipa.

Al iniciar el programa se contó con 26 mujeres, las cuales de manera aleatoria fueron distribuidas en el grupo control, así como en el grupo experimental; estando 14 pacientes en el grupo experimental y 12 en el grupo control.

Durante el transcurso del programa se retiraron 4 pacientes del grupo experimental y 2 pacientes del grupo control, por complicaciones propias de la enfermedad. Cabe resaltar que este tipo de población es muy delicada y por ende es común que ocurran este tipo de sucesos. Además de ello, no se pudo ubicar a 3 pacientes, las cuales pertenecían al grupo control. Finalmente, la muestra a evaluar se redujo a 17 mujeres, las cuales culminaron con el desarrollo de todo el programa.

Nuestra muestra estuvo conformada por pacientes que firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria. Es a partir de ahí que se utilizó la técnica de Hernández Sampieri de asignación aleatoria o al azar, para distribuir a las pacientes en el grupo experimental y control. Dicho procedimiento se realizó por medio de un sorteo, en el cual las pacientes tenían la opción de sacar un número par o impar; las pacientes que sacaron un número par fueron asignadas al grupo experimental, y las que sacaron un número impar fueron asignadas al grupo control.

Decimos que la distribución de grupos fue aleatoria, lo cual nos asegura estadísticamente que dos o más grupos son equivalentes entre sí, y que variables extrañas no intervinieran en los resultados de la investigación realizada.

Los criterios de inclusión fueron, que las pacientes debían: ser del sexo femenino, estar diagnosticadas con cáncer de mama, oscilar en un rango de edades entre las edades de 30 a 80 años y estar recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento médico.

La muestra estuvo conformada por pacientes de sexo femenino, las cuales fueron diagnosticadas con cáncer de mama; cuyas edades oscilan entre los 37 a 73 años; siendo el promedio de edad de 56 años. En cuanto a su estado civil, se encontró que: un 59% de las pacientes son casadas, 29% son solteras y 12% son convivientes. Respecto al grado de instrucción, se encontró que: un 41% tienen un grado de instrucción superior, 35% tiene un grado de instrucción secundario, 18% tienen un grado de instrucción primario y 6% tienen un grado de instrucción de nivel técnico. Con relación a la ocupación actual de las pacientes, se encontró que: un 70% eran amas de casa, 6% eran artesanas, 6% eran profesoras, 6% eran costureras, 6% eran contadoras y 6% tenía un trabajo independiente. Referente al estadio de la enfermedad se encontró que: un 64% de las pacientes están en un

estadio II de la enfermedad, 24% de las pacientes se encuentra en un estadio I de la enfermedad y 12% se encuentra en un estadio III de la enfermedad. En cuanto al tipo de tratamiento, podemos decir que las pacientes que conformaron la muestra reciben algún tratamiento médico: quimioterapia, radioterapia, hormono terapia y/o mastectomía; cabe recalcar que los esquemas de tratamiento son complejos y varían dependiendo de la evolución médica que tenga cada paciente.

### **Estrategia de recolección de datos**

Se presentó un proyecto de investigación tanto al Seguro Social ESSALUD y al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN) para poder acceder a la muestra respectiva; solicitando asimismo poder hacer uso de algunos de los ambientes de dichos centros para la aplicación del programa. Una vez que se contaron con los permisos correspondientes (Ver Anexo 11) es que se procedió a la selección de la muestra.

Es así como se logró el ingreso a los servicios de quimioterapia ambulatoria, así como radioterapia de ambos hospitales; para poder invitar a las pacientes a participar de dicho programa. Luego se citó a dichas pacientes a una reunión en la cual se les brindó un documento de consentimiento informado (Anexo 12) dándoles a conocer que la firma del mismo era voluntario, asimismo se procedió a realizar la evaluación del pretest y se llevó a cabo asimismo, la aplicación individual de una ficha de datos personales (Anexo 10). Seguidamente se realizó la distribución aleatoria para la conformación de los grupos, cabe mencionar que dicho procedimiento se realizó en cada hospital por separado.

Fue así como se trabajó por un periodo de seis semanas con los grupos experimentales de ambos hospitales por separado; se llevó a cabo una sesión por semana con cada grupo,



con una duración de dos horas. En la primera sesión de trabajo se entregó a las pacientes un cuadernillo con formatos para que puedan ir anotando su experiencia en la práctica del mindfulness (Anexo 7), de la misma manera en el transcurso de las sesiones se fue proporcionando a cada una de las pacientes CDs con audios de meditaciones guiadas, para que puedan realizar la práctica en su hogar (Ver Anexo 2,4 y 6). Asimismo se les entregó un tríptico, el cual contenía prácticas de yoga (Anexo 5). Durante el desarrollo del programa se llevó un Registro de Asistencia de dichas pacientes. (Ver Anexo 13).

Una vez culminadas las seis semanas del programa, se procedió a reunir a todas las pacientes tanto del grupo control como experimental para realizar la evaluación post test; ello en cada hospital por separado.

Seguidamente se inició con el programa de seis semanas, nuevamente con el grupo control que estuvo en espera; ello en ambos hospitales por separado.

De esta manera las sesiones se realizaron durante el periodo comprendido entre los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2016.

### **Criterios de procesamiento de información**

Una vez culminadas las evaluaciones y llenado de fichas de cada paciente, se procedió a vaciar los datos al programa estadístico SPSS versión 21. Se utilizó la comparación de medias T para muestras relacionadas, la cual nos permite comparar resultados del pre test con el post test. Asimismo, se usó porcentajes y frecuencias para describir los datos referentes a la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.



# CAPÍTULO III

## Resultados

### Descripción de los resultados

Los resultados obtenidos son presentados a través de tablas, usando promedios y frecuencias; habiendo utilizado la Prueba de la T de Student y el programa estadístico SPSS versión 21.

A continuación presentaremos los resultados generales obtenidos en el grupo control así como en el grupo experimental, de igual forma, se mostraran los resultados respecto al estrés percibido y la depresión.





## Resultados generales del grupo control y grupo experimental

Tabla 1

*Efectividad del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness – Grupo Experimental*

		Prueba de muestras relacionadas							
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig.
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				(bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Estrés percibido	5,60000	6,16802	1,95050	1,18767	10,01233	2,871	9	,018
	Estrés percibido								
Par 2	Depresión	11,00000	11,44504	3,61924	2,71271	19,08729	3,012	9	,015
	Depresión								

De acuerdo a la tabla anterior para la pre y post prueba del grupo experimental, en la variable estrés percibido el valor de  $t = 2,871$  y su significancia es de .018, además nos da el intervalo de confianza que comprende la diferencia de medias, la diferencia está comprendida entre los valores 1,18767 y 10,01233 dado que la diferencia entre las dos medias es de 5,60000

En la variable depresión el valor de  $t = 3,012$  y su significancia es de .015, además nos da el intervalo de confianza que comprende la diferencia de medias, la diferencia está comprendida entre los valores 2,71271 y 19,08729 dado que la diferencia entre las dos medias es de 10,90000.

Tabla 2

*Resultados Grupo Control*

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					T	gl	Sig.
		Media	Desviación	Error típ. de	95% Intervalo de				(bilateral)
			típ.	la media	confianza para la				
					diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Estrés percibido	,00000	3,78594	1,43095	-3,50141	-,50141	,000	6	1,000
	Estrés percibido								
Par 2	Depresión.	2,21571	8,90158	3,36448	-5,94687	1,51830	,679	6	,522
	Depresión								

De acuerdo a la tabla anterior para la pre y post prueba del grupo control, en la variable estrés percibido el valor de  $t = 0,000$  y su significancia es de 1.000, además nos da el intervalo de confianza que comprende la diferencias de medias, la diferencia está comprendida entre los valores -3,50141 y -,50141 dado que la diferencia entre las dos medias es de 0,0000.

En la variable depresión el valor de  $t = 0,679$  y su significancia es de .522, además nos da el intervalo de confianza que comprende la diferencias de medias, la diferencia está comprendida entre los valores -5,94687 y 1,51830 dado que la diferencia entre las dos medias es de 2,28571.

## Resultados de los niveles de estrés percibido y depresión

Tabla 3

*Resultados de los niveles de estrés percibido*

	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	Estrés percibido							
	PRE TEST (M=41,3)		POST TEST (M=35,7)		PRE TEST (M=39)		POST TEST (M=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo estrés percibido	0	0	2	20	0	0	1	14,3
Medio estrés percibido	10	100,0	8	80	7	100,0	6	85,7
Alto estrés percibido	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	10	100	10	100	7	0	7	0

De acuerdo a la tabla 3 sobre los niveles de estrés percibido, se puede observar que en el grupo experimental de acuerdo al pre test el 100% de las pacientes se ubicaron en un nivel medio de estrés percibido; y en el post test disminuyó a un 80% de las pacientes que se encontraban en ese nivel, asimismo hubo un 20% de las mismas que redujo su nivel a un bajo estrés percibido. Mientras que en el grupo control en el pre test, el 100% de las pacientes se ubicó en un nivel medio de estrés percibido y en el post test un 85,7% de las mismas se encontró en un nivel medio de estrés percibido, encontrándose también un 14,3% que se ubicó en un nivel bajo de estrés percibido. Se puede observar que en el pre test, el puntaje promedio del grupo experimental es de 41,3 puntos, mientras que en el post test el puntaje es de 35,7 puntos; lo que hace una diferencia de 5,6 puntos. Contrariamente en el grupo control el puntaje promedio es de 39 en el pre y post test.



Tabla 4

*Resultados de los niveles de depresión del pre y post test*

	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	PRE TEST M=27,3		POST TEST M=16,3		PRE TEST M=18,2		POST TEST M=16	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima	0	0	5	50	3	42,9	4	57,1
Depresión leve	2	20,0	3	30	1	14,3	0	0
Depresión moderada	5	50,0	0	0	1	14,3	3	42,9
Depresión severa	3	30,0	2	20	2	28,6	0	0
Total	10	100,0	10	100	7	100,0	7	100

De acuerdo a la tabla 4 sobre los niveles de depresión, se puede observar que en el grupo experimental de acuerdo al pre test el 50% de las pacientes tuvieron una depresión moderada, un 30% tuvo una depresión severa; y en el post test un 50% de las pacientes tuvo un nivel de depresión mínima, asimismo hubo un 30% de las mismas con niveles de depresión leve. Mientras que en el grupo control en el pre test, un 42,9% de las pacientes se ubicó en un nivel de depresión mínima, un 28,6% tenían depresión severa, un 14,3 depresión moderada y un 14,3 depresión mínima; y en el post test un 57,1% de las pacientes continuaba teniendo un nivel de depresión mínima, asimismo un 42,9% tenía depresión moderada. Se puede observar que en el pre test, el puntaje promedio del grupo experimental es de 27,3 puntos, mientras que en el post test el puntaje es de 16,3 puntos; lo que hace una diferencia de 11 puntos. Contrariamente en el grupo control, el puntaje en el pre test es de 18,2 y en el post test es de 16 puntos; lo que hace una diferencia de 2,2 puntos.

## Discusión

El cáncer de mama constituye una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer, causante de una alta tasa de mortalidad. Los principales factores de riesgo descritos en el cáncer de mama están relacionados con factores hormonales y reproductivos; además de los factores ligados al sexo, la edad y los antecedentes familiares (Departamento de Cataluña, 2008).

Respecto a la edad el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2011), refiere que la edad predominante de este tipo de cáncer es entre los 30 y 80 años con un pico entre los 45 a 65 años. Coincidiendo esto con el rango de edad de las mujeres que conformaron la muestra de este trabajo; dado que las mismas se encuentran en un rango de edad de 37 a 73 años, teniendo en promedio una edad de 56 años.

Según Papalia (2012) podemos ubicar a las mujeres que participaron en el estudio, entre la adultez intermedia y tardía; donde las prioridades de las mismas se concentran en la relación y obligaciones con la familia, es decir se orientan a los demás y se inicia la aceptación de la mortalidad. En el caso de dichas mujeres la prioridad no llega a cumplirse completamente, pues al enfrentarse con la enfermedad se les dificulta poder centrarse en la familia y los roles se invierten; pues la orientación se dirige hacia ella, lo cual puede producir una crisis, que acompañada del proceso de la enfermedad, podría ser un factor de riesgo y desencadenar en un proceso depresivo.

Esta afirmación se valida con lo dicho por González-Merlo y González (2000), quienes indican que la edad es el factor de riesgo individual más importante, pues a medida que avanza, dicho riesgo aumenta. Esto puede ser debido a la acumulación de diversos factores individuales

a lo largo de la vida de la mujer, como: el estilo de vida, estrategias de afrontamiento, apoyo social, entre otros.

En cuanto al estadio de la enfermedad, las mujeres que participaron en el estudio tienen en su mayoría un estadio II, seguido del estadio I y en un menor porcentaje un estadio III. Dichos datos indican que la detección de la enfermedad fue temprana en la mayoría de pacientes, lo cual le brindó un pronóstico más favorable a ese grupo.

Por su parte González-Merlo y González (2000), indican que el aumento de la incidencia de casos puede ser debido al incremento de los factores de riesgo individuales. Por ello es que el estudio de dichos factores cobra cada vez más importancia, ya que su conocimiento aporta a los sistemas de prevención que establecen riesgos de manera individual y por grupos con características similares; lo cual permite la detección oportuna de casos. En cuanto a nuestro país, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2013), en su informe sobre la situación de cáncer; indicó que el 0.4% de cáncer de mama fue diagnosticado mediante un programa de detección precoz o tamizaje. Con ello se puede apreciar que aparentemente está habiendo una progresiva mejora en los servicios de salud, en cuanto al área preventiva.

Cruzado (2009) (Citado por Sánchez, J., 2015) nos dice que “La mujer que padece esta enfermedad se enfrenta a una serie de etapas o fases, las cuales representan fuentes potenciales que causan estrés. Es así que la paciente oncológica se ve en la necesidad de afrontar las demandas del medio a través de conductas, pensamientos y afectos que le permiten reducir la amenaza o malestar que supone la enfermedad”. (p.9).



Asimismo Lazo (2015), refiere que el diagnóstico de cáncer y la evolución de la enfermedad, generan con frecuencia un malestar a nivel emocional importante, ya que suele afectar al paciente de manera global, tanto: físico, psíquico y socialmente. Por este motivo la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil, y genera reacciones ansiosas y depresivas en aproximadamente un 50% de los mismos, presentando algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad.

Según lo antes mencionado vemos que surge la necesidad de que se deba complementar el tratamiento médico, con la finalidad de contribuir en la mejora de la calidad de vida de las pacientes en el transcurso de dicha enfermedad. Por tanto la presente investigación, tuvo la finalidad de plantear un tratamiento complementario. Direccionándose a emplear el programa MBSR el cual ofrece “entrenamiento en la reducción del estrés crónico, la respuesta de relajación y la modificación de los patrones cognitivos autodestructivos, facilitando el desarrollo de emociones positivas” (Garland, Garylord y Fredrickson, 2011). De la misma manera Moscoso, Reheiser y Hann (2004) nos dicen que el programa busca promover la calidad de vida del paciente a través del desarrollo de un estilo de vida saludable. (Citado por Moscoso, 2014). Ello se ha podido comprobar con el presente estudio, dado que al reducirse los niveles de depresión y estrés en las pacientes con cáncer de mama; se ha facilitado el desarrollo y expresión de emociones positivas, así como a la par se va promoviendo la calidad de vida de las pacientes.

Moscoso (2014) refiere que el cerebro tiene un enorme control sobre el SNC en la regulación de neurotransmisores y hormonas; sobre el sistema endocrino, en la regulación de corticoesteroides; sobre el sistema inmune, en la regulación de citoquinas proinflamatorias, y en los cromosomas, en la regulación de telómeros y telomerasa. Debido a los efectos acumulativos

del estrés crónico en la vida diaria de una persona, los mediadores bioquímicos estimulados por la respuesta neurofisiológica del estrés cumplen un rol opuesto a su función inicialmente protectora, generando una desregulación neurobiológica que altera el equilibrio allostático y produce una carga allostática (p.61).

En el caso de la depresión, se produce un trastorno sistémico que afecta al cerebro y cuerpo, la cual se asocia con alteraciones o modificaciones en el sistema endocrino, cardiovascular e inmune. Aunque la depresión se puede asociar en un pronóstico negativo de algunas enfermedades, el tratamiento eficaz y paralelo podría llegar a modificar el pronóstico de estos procesos comórbidos y hacerlo más favorable. (Chinchilla, 2008)

Con ello podemos reafirmar que existe una conexión entre la mente y el cuerpo, dado que el cerebro influye en el sistema: nervioso, endocrino, inmune y cardiovascular; siendo necesaria una intervención que contribuya a un equilibrio allostático en la persona.

Moscoso, Reheiser y Hann, (2004), afirman que el Mindfulness permite que la persona sea capaz de lidiar con el estrés crónico; ello dado que le enseña a conocer su sintomatología, así como a relajarse. Moscoso (200), refiere que ello se da a través de centrar la atención y conciencia en el cuerpo mediante la respiración, en la mente a través del pensamiento, y en el entorno a través de los sentidos. Según resultados obtenidos en el Programa Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, se pudo encontrar que lo antes mencionado hace también referencia al proceso depresivo.

Por su parte Siegel (2007), refiere que existe evidencia empírica, psicoterapéutica y neurofisiológica; la cual demuestra que el mindfulness contribuye a mejorar la capacidad de

regular las emociones, de lidiar con las disfunciones emocionales, optimizar las pautas cognitivas y disminuir los pensamientos negativos. Además contribuye a que los procesos de curación, respuesta inmunitaria, reactividad al estrés y la sensación de bienestar físico funcionen de una manera más eficaz; originándose así una mejora en el funcionamiento del organismo. Asimismo el mindfulness incrementa también la capacidad de empatía y compasión, lo que origina que las relaciones con los demás así como con uno mismo, mejoren. (Citado por Parra, et al., 2012)

En el libro “Vivir con Plenitud la Crisis”, Kabat- Zinn (2003) refiere que el MBSR constituye un nuevo tipo de tratamiento que pertenece a la rama de la medicina del comportamiento; la cual considera que tanto nuestra salud física como nuestra capacidad de recuperación de enfermedades y lesiones, es influenciada por factores mentales y emocionales, así como por nuestra manera de pensar y nuestro comportamiento. Dicho programa tiene el objetivo de complementar el tratamiento médico y enseñar a las personas el arte de vivir conscientemente; ello a través de su enfoque sistémico, el cual nos permite desarrollar nuevos tipos de control y sabiduría.

Kabat-Zinn resalta el hecho de que enfrentarnos a nuestros problemas es la única manera de superarlos; dado que cuando dejamos de conectarnos con los mismos o huimos, nuestra capacidad de crecimiento, cambio y sanación, desaparece.

Lo mencionado antes por Kabat- Zinn respalda los resultados obtenidos en el presente estudio, dado que las pacientes pudieron hacer frente a su enfermedad a través del arte de vivir conscientemente. Esto contribuyó a la reducción de los niveles tanto de estrés percibido como de depresión.



Podemos concluir que los resultados de la presente investigación, confirman la hipótesis planteada, la cual refiere que la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness reduce los niveles de estrés; dado que su nivel de significancia es de ,018 ( $p < 0,05$ ), como la respalda la Tabla 1. Estos resultados coinciden con hallazgos como el de Speca et al. (2000), quién aplicó un Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness, el cual tiene una duración de 7 semanas y está basado en el programa de Kabat- Zinn; el objetivo de su investigación fue reducir las alteraciones del estado de ánimo y síntomas de estrés en pacientes ambulatorios; los cuales tenían diferentes tipos y estadios de cáncer, encontrándose así en el caso del estrés una reducción del 31% ( $p < .01$ ).

Asimismo Lengacher et al. (2014) aplicó el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) de 6 semanas en pacientes sobrevivientes con cáncer de mama, cabe recalcar que es el mismo programa que se utilizó en el presente estudio. Se encontró que hubo cambios en cuanto al temor a la recurrencia, es así como hubo una reducción del estrés percibido ( $p = 0.03$ ). Respecto al funcionamiento físico, hubo también una reducción en el estrés percibido ( $p = 0.02$ ). Vemos entonces que el MBSR reduce el miedo a la recurrencia y mejora el funcionamiento físico; lo cual reduce el estrés percibido y la ansiedad.

De igual manera los resultados obtenidos por Lengacher et al., (2012), respaldan el presente estudio, dado que utilizó el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) de 6 semanas en pacientes con cáncer y sus cuidadores. Al final del estudio se encontró que los pacientes habían reducido sus niveles de estrés percibido,  $p = 0.04$  ( $p < .05$ ); en el caso de los cuidadores los niveles también mejoraron, pero no fueron estadísticamente significativos.

Por último citaremos a Tacón et al. (2004) quien aplico un Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) de 8 semanas en pacientes con cáncer de mama, el cual estuvo basado en el programa de Kabat-Zinn. Se encontró que los niveles de estrés se redujeron significativamente del pre test ( $M=6.64$ ,  $DS=1.89$ ) al post test ( $M=3.84$ ,  $DS=1.49$ ).

Asimismo, los resultados de la presente investigación, confirman que la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness reduce los niveles de depresión; dado que su significancia es de .015, como la respalda la Tabla 1. Estos resultados coinciden con el hallazgo de Lengacher et al. (2009) quién utilizó el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) de 6 semanas en pacientes sobrevivientes del cáncer de mamá. Encontrando que comparado con el grupo control, las pacientes asignadas al MBSR tenían niveles significativamente más bajos depresión (6.3 vs 9.6); donde  $p=0.03$ .

De la misma manera de Specca et al. (2000) aplicaron un Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness el cual tiene una duración de 7 semanas a pacientes con diferentes tipos y estadios de cáncer, el cual está basado en el programa de Kabat- Zinn. El objetivo de su investigación fue reducir las alteraciones del estado de ánimo y síntomas de estrés; encontrándose que en el caso de la depresión, las pacientes que se sometieron a la intervención, obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas ( $p< .05$ ).

Vemos entonces que en todos los estudios mencionados con anterioridad, el mindfulness ha tenido efectos positivos en la reducción tanto del estrés como de la depresión, en pacientes con cáncer. Ello dado que como refiere Jon Kabat- Zinn (2003) el MBSR tiene el objetivo de complementar el tratamiento médico y enseñar a las personas el arte de vivir conscientemente; ello a través de su enfoque sistémico, el cual nos permite desarrollar nuevos tipos de control y

sabiduría. Es entonces el MBSR el que enseña a los pacientes con cáncer a ser consciente de su enfermedad, y por ende desarrollar estrategias de afrontamiento positivas frente a dicha situación.





## Conclusiones

**PRIMERA** : El Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness redujo los niveles de estrés percibido y depresión en pacientes con cáncer de mama.

**SEGUNDA** : El Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness redujo el estrés percibido en pacientes con cáncer de mama.

**TERCERA** : El Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness redujo la depresión en pacientes con cáncer de mama.



### Sugerencias

- Se sugiere que se realicen investigaciones similares en nuestro medio, con controles más rigurosos.
- Se recomienda ampliar los estudios de investigación usando el Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness dirigido a otros tipos de cáncer, que no sea de mama.
- Se propone que se lleven a cabo investigaciones, usando el Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness en otro tipo de poblaciones así como en los diferentes trastornos psicológicos; con la finalidad de generalizar los resultados.
- Sería conveniente agregar variables dependientes como: estrategias de afrontamiento, apoyo social e imagen corporal; para así poder evaluar los efectos en las mismas.
- Asimismo se sugiere realizar estudios usando el Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, donde se incluyan a familiares de los pacientes.

## Limitaciones

- PRIMERA** : Debido a que se obtuvo el permiso del Hospital Nacional Carlos Segúin Escobedo y del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur Arequipa, para desarrollar el Programa de Terapia Cognitiva Basado en Mindfulness; se tuvo que ejecutar dicho programa por separado en ambos establecimientos en mención.
- SEGUNDA** : Se procesó todos los datos estadísticos de ambos hospitales en conjunto; ello dado que si se separaba por hospitales, no se iba a tener una muestra significativa.
- TERCERA** : El desarrollo de las sesiones en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur Arequipa tuvo dos semanas de retraso en comparación al Hospital Nacional Carlos Segúin Escobedo. Por el desarrollo de actividades propias del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur Arequipa.
- CUARTO** : No se hizo el control estadístico de las fichas de reporte de la práctica diaria.



## Referencias

- Beck, A. Emery, G. Shaw, B. y Rush, A. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión 19° edición*. Bilbao, España: Desclée de Brower, S.A.
- Beck, A. Steer, R. Brown, G.,(1996) *Inventario de Depresión de Beck – II Segunda Edición*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, J. (2000) *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. 1° Edición*. Barcelona, España: Gedisa.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about Mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-83.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: Aspectos terapéuticos* Madrid, España: Panamericana S.A.
- Cozzo, G. y Reish, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA*, 8(1), 1-15. doi: 0.5872/psiencia/8.1.21.
- Debonis, D. (2013). *Cáncer de mama*. Recuperado de [http://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/Separata%2039%20Cancer%20de%20mama\\_Layout%205.pdf](http://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/Separata%2039%20Cancer%20de%20mama_Layout%205.pdf).
- Departamento de salud de Cataluña (2008). *Guías de práctica clínica en cáncer de Cataluña*. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_497\\_oncog\\_mama\\_2008\\_esp.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_497_oncog_mama_2008_esp.pdf).
- García, P. (2012). *Técnica de Liberación Emocional sobre el estrés percibido en pacientes con diabetes mellitus tipo II*. (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa Maria, Arequipa, Perú.
- González-Merlo, J. y González, J. (2000) *Ginecología oncológica*. Barcelona, España: Masson.
- Hernández, G.A., Bernardello E.T., Artistodemo, J. y Barros, A.C. (2007). *Cáncer de mama*. Caracas, Venezuela: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Cáncer (2016). *Servicio de información sobre el cáncer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol>.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona, España: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona, España: Kairós.
- Lazarus y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazo, A. (2015) *Dinámica familiar y depresión en pacientes oncológicos con quimioterapia del IREN*. (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Lengacher, C.A., Shelton, M.M., Reich, R.R, Barta, M.K, Johnson-Mallard, V., Moscoso, M. y otros. (2014). Mindfulness based stress reduction (MBSR(BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *J Behav Med* , 37, 185-195. doi: 10.1007/s10865-012-9473-6.
- Lengacher, C.A., Kip, K.E., Barta, M., Post-White, J., Jacobsen, P.B., Groer, M. y otros. (2012). A Pilot Study Evaluating the Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Psychological Status, Physical Status, Salivary Cortisol, and Interleukin- 6 Among Advanced- Stage Cancer Patients and Their Caregivers. *Journal of Holistic Nursing*, 30(3), 170-185.
- Lengacher, C.A , Johnson- Mallard, V. , Post-White, J. , Moscoso, M.S., Jacobsen, P.B, Klein, T. y otros. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 1261-1272. doi: 10.1002/pon.1529.

- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención plena): La Meditación en Psicología Clínica. *Gaseta de Psicología*, 50, 13-29.
- Mañas, I., Franco, C. y Faisey, M. (2009). Mindfulness y psicología: Fundamentos y términos de la Psicología Budista. *Web de medicina y psicología*, 1-18.
- Ministerio de Salud (2011). *Análisis de la situación de cáncer en el Perú*. Recuperado de: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf).
- Molina, T. (2009). Psiconeuroinmunoendocrinología. *MedULA*, 18, 155-164.
- Moscoso, M.S. y Lengacher, C.A. (2015). Mecanismos Neurocognitivos de la Terapia Basada en Mindfulness. *Liberabit*, 21(2), 221-233.
- Moscoso, M.S. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona*, 53-70.
- Moscoso, M.S., Lengacher, C.A. y Knapp, M. (2012). Estructura factorial del inventario multicultural de la depresión, estado-rasgo: Rol de las emociones positivas en la depresión. *Persona*, 115-136.
- Moscoso, M.S (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunología. *Liberabit*, 15(2), 143-152.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Santa Fe, Argentina: Cengage Learning.
- Papalia, D., Felman, R., Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. Ciudad de México, México: McGraw-Hill Education.
- Parra, M., Montañés Rodríguez, J., Montañés Sánchez, M., y Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 13, 29-46.
- Roldan, K. y Torres, C. (2009) *Programa de autoconocimiento para reducir los niveles de estrés percibido*. (tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Rivera, P. y Vasquez, N. (2013) *Percepción de imagen corporal y sentido de vida en mujeres con tratamiento quirúrgico por cáncer de mama*. (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Sánchez, J. (2015) *Bienestar psicológico en mujeres con cáncer de mama post tratamiento quirúrgico*. (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sanchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (Preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de mujeres con cáncer de mama. *Papeles del psicólogo*, 36(1). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es>.
- Specia, M., Caelson, L.E , Goodey, E., y Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Trial: The Effect of a Mindfulness Meditation- Based Stress Reduction Program on Mood and Symptoms of Stress in Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias (2004). *Guía para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en el Principado de Asturias*. (Guía de actuación No 5). Recuperado de: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/AS\\_Assistencia%20Sanitaria/Ast\\_Guia\\_Cancer%20de%20Mama.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Assistencia%20Sanitaria/Ast_Guia_Cancer%20de%20Mama.pdf).
- Stahl, B y Goldstein, E. (2010). *Mindfulness para reducir el estrés: una guía práctica*. Barcelona, España: Kairós.
- Tacón, A.M, Caldera, Y. M, y Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in Women With Breast Cancer. *Families, Systems, & Health*, 22(2), 193-203, doi: 10.1037/1091-7527.22.2.193.
- Tateishi, V. (2011). Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama. (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.





# ANEXOS



**Anexo 1**

**Manual de entrenamiento**

**Mindfulness basado en la terapia cognitiva y la reducción  
del estrés**

**Este es un programa que fomenta el desarrollo de las habilidades para enfrentarse al estrés, el dolor y la enfermedad; pero también el aprendizaje de las habilidades para ayudarle a mejorar su salud, bienestar y calidad de vida.**



**Desarrollado y editado por**

Manolete S. Moscoso, Ph.D.  
Investigador principal

Susan G. Komen  
Fundación contra el cáncer de mama  
Gran Premio 2003-2004

## Mindfulness basado en la Terapia Cognitiva

### Primera Semana: Introducción a la MBCT

#### **Enfoque y objetivos:**

- Alcanzar un entendimiento con una visión general de la intervención.
- Enseñar los procedimientos de inicio en la meditación.

Las directrices de grupo son discutidas en forma confidencial, con asistencia regular, práctica en casa y grabaciones a diario.

También participará en un ejercicio sobre la pasa de alimentación, que es la primera introducción a la meditación basada en mindfulness. Y comenzará el entrenamiento en la respiración y la introducción a la exploración corporal a través de la conciencia guiada de las sensaciones corporales, emociones y pensamientos.

#### La estructura y los métodos

- Entrevistas de evaluación para un pre-programa individual. (60 minutos)
- 6 clases semanales con 2 horas de duración
- Métodos formales de mindfulness :
  - La meditación de la exploración corporal.
  - Suave Hatha Yoga – practicada con la conciencia atenta en el cuerpo.
  - Meditación sentada – mindfulness basado en la respiración, el cuerpo, sentimientos, pensamientos, conciencia sin elección.
  - Meditación caminando.
- Prácticas informales de mindfulness( el mindfulness en cada día de tu vida):
  - Tener conciencia de los acontecimientos agradables y desagradables.
  - Conciencia deliberada de las actividades rutinarias y de los eventos tales como: comer, conducir, caminar, el conocimiento de las comunicaciones interpersonales.
- Las tareas diarias en casa que incluyen un mínimo de 30 minutos por día de práctica en mindfulness formal y 30 minutos de practica informal; 5 días a la semana por todo el curso.
- Discusiones individuales y grupales orientadas en las tareas en casa semanales; incluyendo una exploración de los obstáculos, dificultades y el desarrollo de habilidades y capacidades de autorregulación.

Total de contactos en una clase: 12 horas.

Total de las tareas en casa: mínimo de 30 horas.

Total del tiempo en una entrevista personal: 1 hora.

## ¿Cuáles son todos los objetivos y metas de MBCT?

El **MBCT** fue desarrollado para asistir a pacientes en el manejo y adaptación a las consecuencias físicas y emocionales de la enfermedad, a través de técnicas de reducción del estrés basadas en mindfulness, mediante la meditación.

La **meditación** es un enfoque auto regulador para ayudar a las personas a tomar un papel activo en la reducción del estrés y el manejo de las emociones. Se trata de la conciencia individual continua y la observación de los cambios en el campo de la percepción de sí mismo, promoviendo la autorregulación. Esta sostiene el concepto de que a través de la práctica de la meditación y los componentes adicionales del programa, los pacientes pueden hacer frente de mejor manera al estrés de la vida y a la angustia del cáncer.

A través del uso del mindfulness se le enseñará a enfrentar los problemas, conduciéndote a la paz y la armonía interior; permitiéndole usar la presión de un problema para darle energía a sobreponerse.

Los **objetivos específicos** del programa MBCT son:

- 1) Permitirle tener la oportunidad de examinar y desarrollar un entendimiento a su respuesta personal al estrés; al mismo tiempo mirando los medios para modificar esa respuesta.
- 2) Alentar a cada uno de ustedes a tomar parte activa en el proceso de sanación.
- 3) Enseñar oportunidades de cuidarse asimismo, mientras se fomenta el dominio de estas técnicas,
- 4) Aumentar los sentimientos de los participantes de bienestar y plenitud; y proporcionar un ambiente de grupo de apoyo a la libre divulgación sobre el significado del cáncer, y permitir el aprendizaje de nuevas habilidades.

## ¿Qué es mindfulness?

Mindfulness significa prestar atención a la realidad del momento presente, sin elaborar juicios de valor. Este tipo de atención nutre con mayor conciencia, claridad y aceptación la realidad presente. Nos despierta al hecho de que nuestras vidas solo se desarrollan en momentos. Si no estamos plenamente en el presente en muchos de esos momentos, no sólo podemos pasar por alto lo que es más valioso en nuestras vidas; sino también el darse cuenta de la riqueza y la profundidad de nuestras posibilidades de transformación.

### Tarea

#### Clase 01

- Practica mindfulness formal por 30 minutos, por 5 días seguidos durante esta semana. Utilizando un CD proporcionado por el Doctor Manolete S Moscoso PH D. Ingiera una comida con atención plena.
- Practique mindfulness basado en la respiración de vez en cuando, a lo largo del día.



## **Segunda Semana: Visualización y exploración corporal guiada**

### **Enfoque y objetivos:**

- Alcanzar un entendimiento de la visualización y la exploración corporal.
- Ser introducido a la meditación sentada, con la conciencia en la respiración como objeto primario de atención.

La visualización es enfatizada. En la exploración corporal, se enseña a que los participantes obtengan sistemáticamente las percepciones de cada área del cuerpo. Tanto la percepción, como la forma de ver las cosas; son analizadas.

### **¿Cuáles son las bases actitudinales en la práctica del mindfulness?**

Los fundamentos en la práctica del mindfulness son:

- 1) **No juzgar**- ser testigo imparcial de nuestras propias experiencias.
- 2) **Aceptación** – ver las cosas como son en el presente.
- 3) **Dejarlo ir** – sin apego, dejar que las cosas se den y lo lleven a la aceptación.
- 4) **Compasión**.

### **¿Qué es la meditación sentada?**

Es la forma más fácil de comenzar a practicar mindfulness, como una práctica de meditación; es concentrarse en su respiración. Elija un lugar para concentrarse en su respiración: la nariz, el pecho o el vientre; y sea consciente de las sensaciones que lo acompañan. Enfocarse en la respiración significa que usted debe ser consciente de ello, sentir las sensaciones y atender a sus cualidades cambiantes; esto no significa que tenga que pensarlo.

### **¿Cómo deberíamos sentarnos?**

Cuando nosotros practicamos sentados hacemos un lugar y un tiempo especial para no hacer nada. Es importante adoptar una postura corporal alerta y relajada, para sentirse cómodo sin moverse. Es importante adoptar una postura corporal erguida, ya sea sentado en una silla o en el suelo. Si usted está en una silla, elija una con el espaldar recto. Si usted está en el suelo, siéntese en un cojín de espesor firme que eleve los glúteos de 3 a 6 pulgadas del piso.

### **¿Qué hacemos cuando nos sentamos?**

Sus ojos pueden estar cerrados o abiertos y si están abiertos; sería mejor que se centren en un objeto, para que no se distraigan. Sus manos pueden estar en sus rodillas. Cuando estemos en la postura, traemos nuestra atención a la respiración. Sentimos el aliento entrar y salir mientras mora en el presente, de momento a momento, observemos las sensaciones asociadas con ella. En las etapas iniciales de la práctica de la meditación, los pensamientos llevan a nuestra atención a desarrollar la calma y la concentración en la respiración. A medida que la mente se distrae de la respiración, ponemos atención a nuestra respiración y sentimos el aliento de momento en momento. Cada vez que nos encontramos con que nuestra atención se ha trasladado, y que ligeramente volvemos a la respiración; ponemos nuestra atención sobre el ascenso y caída de nuestro vientre. Al traer su atención de vuelta, entrenamos nuestra mente para ser menos reactivos, tomando cada momento así como viene y esto normalmente aumenta la fuerza interior y nos ayuda a desarrollar la paciencia y a no juzgar. Al

ser receptivos a lo que cada vez se desarrolla en lugar de esforzarse, esto se llama conciencia sin elección.

## ¿Cuál es la meditación de la exploración corporal?

Recostado sobre su espalda o sentado en una silla, esta es una poderosa técnica para desarrollar la concentración y la flexibilidad. Comenzamos con los dedos del pie izquierdo y avanzamos hasta la pelvis, luego vamos a los dedos del pie derecho y de allí, atrás del abdomen y a la parte superior del pecho y hombros. A partir de ahí, vamos hacia los dedos de ambas manos, el cuello, la garganta, la cara y la cabeza. A medida que nos centramos en todo el cuerpo, nos vamos a concentrar en las sensaciones; conforme avanzamos y dirigimos la respiración hacia dentro y hacia afuera de todas las regiones. Al dejar ir las sensaciones, se va liberando la tensión y la sensación de fatiga; y con el aliento se produce vitalidad y ocurre la relajación. Un punto clave para recordar, es mantener la conciencia y la atención en cada momento.

### Tarea Clase 02

- Practique mindfulness formal por 30 minutos, durante 5 días en esta semana.
- Practique mindfulness basado en la respiración de vez en cuando, a lo largo del día.

### • Para no juzgar

Mindfulness se cultiva al asumir la postura de un testigo imparcial a su propia experiencia. Para ello, se requiere tomar conciencia de la corriente constante de juzgar y reaccionar a las experiencias internas y externas en que todos estamos atrapados normalmente y aprendemos a caminar detrás de ellas. Cuando empezamos a practicar, preste atención a la actividad de nuestra propia mente; es común descubrir y sorprenderse por el hecho de que estamos constantemente generando juicios sobre nuestra experiencia. Casi todo lo que vemos está etiquetado y categorizado por la mente. Nosotros reaccionamos a todo lo que experimentamos en términos de lo que pensamos que su valor es para nosotros. Algunas cosas, algunas personas y eventos; son juzgados como “buenos”, porque nos hacen sentir bien por alguna razón. Otros están condenados rápidamente como “malos”, porque nos hacen sentir mal. El resto se clasifica como “neutral”, porque no creemos que tengan mucha relevancia. Cosas neutrales, personas, y eventos; están casi todos sincronizados fuera de nuestra conciencia. Por lo general, son los más aburridos como para prestarles atención.

El hábito de categorizar y juzgar nuestra experiencia, nos encierra en reacciones mecánicas de las cuales no somos conscientes; y que a menudo no tienen una base objetiva. Estos juicios tienden a dominar nuestra mente, lo que hace difícil encontrar la paz dentro de nosotros mismos. Es como si la mente fuera un yoyo, yendo de arriba hacia abajo, en la cadena de nuestros propios pensamientos de juzgar durante todo el día. Si usted duda de esta descripción de su mente, solo dese cuenta cuan preocupado está con agrado o desagradado; diga durante un periodo de 10 minutos como marcha su negocio.

Si vamos a encontrar una manera más efectiva de manejar el estrés en nuestra vida, lo primero que tendremos que hacer es ser conscientes de estos juicios automáticos; para que podamos ver a través de nuestros propios prejuicios, temores y liberarnos de su tiranía.

Durante la práctica del mindfulness; es importante reconocer esta calidad de juzgar de la mente. Cuando aparece y se asume inmediatamente la postura de un testigo imparcial para recordarse así mismo que debe tenerlo en cuenta. Cuando encuentre el juicio de la mente, usted no tiene que parar de hacer eso. Todo lo que se quiere es ser conscientes de que esto ocurra. No hay necesidad de juzgar la decisión del jurado, y hacer las cosas aun más complicadas así mismo.

A modo de ejemplo; digamos que usted está practicando y observando su respiración, como lo hizo en el último capítulo y cómo vamos hacer mucho más en el próximo. En cierto punto, es posible que su mente este diciéndole algo así como: “Esto es aburrido”, o “esto no está funcionando” o “no puedo hacer esto”, estos son los juicios. Cuando vienen a su mente es muy importante reconocer como el pensamiento es crítico, y recuerde que la práctica implica suspender el juicio y solo esperar lo que venga. Incluyendo sus propios pensamientos de juicio, sin recurrir a ellos o actuar sobre ellos de alguna manera; para luego continuar con la observación de la respiración.





## **Tercera semana: La respuesta de la relajación, visualización, exploración corporal y la postura de yoga.**

### **Enfoque y objetivos:**

- Obtener un buen entendimiento de la reacción propia a un evento agradable, de la exploración corporal con respuesta al estrés y de los correlatos fisiológicos.

Esta semana la meditación se enfatiza aún más a través de la práctica formal de la exploración del cuerpo, con algo adicional como son las posturas de yoga. La visualización y el conocimiento de un hecho cotidiano agradable en la vida y lo que está sucediendo se enfatiza, con un ejercicio que se puede utilizar para relacionar una interacción entre una imagen y una respuesta corporal. Examinar las reacciones del cuerpo al evento, para alcanzar la percepción de cada área del cuerpo. La meditación usando la respiración como un ancla y estiramientos de yoga suaves, son continuos.

### **¿Qué es el yoga consciente?**

Esta es la tercera técnica de meditación, junto con la meditación sentada y exploración corporal. Consiste en ejercicios suaves con la conciencia de un momento a otro en la respiración, y en las sensaciones que surgen a causa de ella. El yoga es un ejercicio maravilloso que te puede ayudar a la condición física, porque es suave. Se puede hacer de pie, acostado o sentado.

La práctica del yoga consciente, no es con esfuerzo o forzado. Trabajamos con el conocimiento de nuestros límites, y no presionamos demasiado lejos. Esto no es un ejercicio o incluso como muchas clases de yoga, que se centran en lo que el cuerpo está haciendo; pero nuestra atención se enfoca en lo que el cuerpo no está haciendo.

### **Tarea Clase 3**

- Practica mindfulness formal durante 30 minutos, por 5 días en esta semana; alternando entre la exploración corporal y el yoga.
- Continúe cultivando su atención en aumentar su nivel de conciencia durante las actividades diarias, tales como: comer, ducharse, lavarse los dientes, lavar los platos.

## **Semana 4: el nervio vago, la respuesta de relajación, la exploración corporal y la postura del yoga.**

### **Enfoque y objetivos:**

- Obtener un buen entendimiento de la reacción propia a un evento desagradable, la exploración del cuerpo con respuesta al estrés y los correlatos fisiológicos.

La meditación sentada se enfatiza aún más a través de la práctica formal de la exploración corporal, con la adición de las posturas del yoga. Usted aprenderá la visualización y la conciencia de un hecho cotidiano desagradable en la vida. Y lo que está sucediendo se enfatiza con un ejercicio, que se puede utilizar para relacionar una interacción entre una imagen y una respuesta corporal. La relación entre la respiración y la respuesta emocional es explorada. Usted aprenderá una forma de caminar basada en mindfulness, para extender la práctica.

### **¿Qué es la meditación caminando?**

La meditación caminando significa que atendemos a la experiencia de caminar; al centrarse en las sensaciones de nuestros pies, piernas o todo el cuerpo en movimiento, mientras que integramos la atención a la respiración. La intención no es llegar a ninguna parte; pero para estar allí por completo se puede ir andando a cualquier ritmo, prestando atención a un aspecto de su pie como los pies.

### **Tarea**

#### **Clase 04**

- Practique mindfulness formal durante 30 minutos, 5 días en esta semana; utilizando la práctica sentado, la exploración corporal y el yoga.
- Practique consciente las actividades diarias que hace.
- Continuar cultivando su intención de aumentar su nivel de consciencia durante las actividades diarias, tales como: comer, ducharse, lavarse los dientes, lavar los platos.

## **Quinta semana: La aplicación del MBCT a la conciencia de los procesos del pensamiento.**

### **Enfoque y objetivos:**

- Ampliar su campo de conciencia, para permitir la modificación de los patrones que induce el estrés.
- Continuar vigilando su conciencia, para permitir la modificación del estrés induciendo los patrones: como la meditación de la montaña o la meditación del lago.

La conciencia se expande para incluir objetos tales como: las sensaciones corporales, sonidos, pensamientos y sentimientos. La naturaleza de los supuestos irracionales y la respuesta emocional se explica en relación con las observaciones a los acontecimientos estresantes. También aprenderá como la forma de caminar extiende su práctica. Estiramientos suaves de yoga son continuos y se alternan con la meditación. La meditación sirve como un ancla para estas prácticas. El mantener un centro propio en las relaciones interpersonales.

### **La experiencia de una vida estresante:**

Como vemos el estrés y como manejamos el estrés, hace una diferencia en la cantidad de estrés que experimentaremos. El primer paso para el cambio, es reconocer cuando estamos bajo el estrés. En base a la definición de Lazarus acerca del estrés psicológico; la forma como vemos, valoramos y evaluamos nuestros problemas; determinará la cantidad del sufrimiento que experimentaremos. Esto implica que podamos tener un mayor control sobre los factores del estrés. Por lo tanto, cambiando la manera de vernos nosotros mismos en relación con nuestros factores de estrés, podemos modificar nuestra experiencia y la medida en que grava y supera nuestros recursos. Por lo tanto, los recursos acumulados son a través de yoga y la meditación; que contribuyen a nuestros recursos de afrontamiento. Las diferencias en los problemas y la emoción enfocada, es enfrentar lo que se explora.

### **Tarea**

#### **Clase 05**

- Practique mindfulness formal por 30 minutos, durante 5 días esta semana; utilizando la meditación sentada, el cuerpo y yoga.
- Continuar cultivando su intención en aumentar su nivel de conciencia durante las actividades diarias, tales como: comer, ducharse, lavarse los dientes, lavar los platos.



## **Semana seis: La integración del MBTC en la vida diaria.**

### **Enfoque y objetivos:**

- Internalizar las sesiones de práctica y desarrollar por sí mismos un nuevo patrón de comportamiento.
- Esta es la primera semana de estar consigo mismo y se desarrollará un programa de vida por sí mismo.

Se le anima a desarrollar un plan de bienestar continuo, con el énfasis que la meditación sea un medio para acceder a la salud. La integración de la meditación sentada, el yoga y la exploración corporal son revisados. Usted discutirá la dieta y el impacto que tiene esta sobre la salud. Las personas comienzan a desarrollar su patrón mediante la práctica dentro de su estilo de vida. La discusión se dará sobre la manera de salir de los patrones autodestructivos, a patrones más saludables. Pasar de la reactividad sin sentido, a la respuesta hábil. Mindfulness de los obstáculos a este tipo de cambio en nuestra cultura y dentro de nosotros mismos, en especial los patrones mentales.

Se le anima a poner en práctica de manera independiente su plan de bienestar continuo, con el énfasis que la meditación es un medio para acceder a la salud. La integración de la meditación sentada, el yoga y la exploración del cuerpo; se destaca como algo vital.

Revise sus resultados especiales:

- (1) ¿Piense en el por qué vinieron originalmente estas expectativas y por qué te quedaste?
- (2) ¿Qué es lo que querías y esperabas?
- (3) ¿Qué hiciste para salir de ella en todo caso? ¿Qué aprendió?
- (4) ¿Qué sacrificios hiciste?
- (5) ¿Cuáles son sus mayores obstáculos para el crecimiento y la sanación?
- (6) ¿Qué estrategias podrían trabajar para no quedar estancados?

El tiempo de vida del trabajo de las tres técnicas de una combinación en la posición de sentado, el yoga suave y la exploración corporal; son desarrolladas y transforman sus vidas.

### **Tarea**

#### **Clase 06**

- Practique mindfulness formal por 30 minutos.
- Practique mindfulness informal, durante las actividades diarias; tales como: comer, ducharse, cepillarse los dientes, lavar los platos.
- Reflexionar sobre las semanas y dese cuenta que las prácticas se han elaborado, para que sean integradas en su vida.
- Continúe practicando mindfulness, formal e informalmente en su vida diaria y para su vida plena.

## Anexo 2

### Meditación Sentada

Siéntese cómodamente en una silla o cojín con la espalda lo más recta posible, en un lugar tranquilo donde nadie pueda interrumpirla. Sentada en una postura que exprese dignidad, en un tiempo dedicado para usted misma. Cierre los ojos si esto le resulta cómodo y dese cuenta del contacto de sus pies con el suelo, de los muslos de sus glúteos con la silla o el cojín. Dese cuenta de cómo su espalda surge desde la base de la columna hacia arriba y como su cabeza apunta hacia el cielo. Permita que sus brazos y manos reposen sobre sus muslos, si esto la hace sentir cómoda.

Ahora lleve su atención a su respiración, allí donde se le haga más fácil notarla. Quizás en la nariz, en el pecho o en la barriga; respirando de forma natural, permitiendo que la inhalación y la exhalación fluyan tranquilamente. Al inhalar sé que estoy inhalando y al exhalar sé que estoy exhalando.

Mantenga su atención en el flujo de su respiración, dejando que se mezca con el ir y venir de la respiración. Si nota que su mente se distrae fácilmente, quizás le pueda ayudar el contar mientras respira, de forma que al inhalar cuente mentalmente, en silencio claro está, 1..2..3..4..5...(…) y al exhalar 1..2..3..4..5. Esto le puede ayudar a que su mente no se distraiga con tanta facilidad. Al inhalar sé que estoy inhalando, y al exhalar sé que estoy exhalando (.....)

Cada vez que note que su mente se ha distraído, se ha ido a algún pensamiento, se ha ido a algún lugar. Sin juzgar o sentirse mal acerca de esto, deje ir sus pensamientos y traiga la atención de nuevo a la respiración, a esta inhalación o a esta exhalación. (...)

Inhalamos y exhalamos (...) Manteniendo una postura que exprese dignidad, mientras el aire entra y sale del cuerpo. Meciendo su atención en ese vaivén, en su propia presencia. Ningún lugar donde ir, nada para hacer, simplemente estar, existir, ser en el aquí y el ahora.

Inhalamos y exhalamos (...) Cada vez que su mente se distraiga; con suavidad, con gentileza invítela de nuevo a que se concentre en el flujo de la respiración. Al inhalar sé que estoy inhalando y al exhalar sé que estoy exhalando.

Ahora para terminar esta corta meditación, abrimos poco a poco los ojos.





## Anexo 3

### Ejercicio de la Pasa

Las pasas que se les entrego provienen de un planeta lejano, acaba de llegar a la tierra este fruto y por primera vez lo están viendo. Es por ello que para conocer este nuevo fruto... lo exploraremos con todos nuestros sentidos.

A continuación centre su atención en la apariencia de las pasas, como si jamás la hubiese visto. Concéntrese en su imagen, obsérvelas y tóquelas como si las hubiese visto por primera vez; con mucho detenimiento. Dele vueltas entre sus dedos... Distinga las partes más brillantes de su superficie y las más opacas. Explore luego su blandura, su dureza, su tosquedad y suavidad.

Acepte cualquier pensamiento que aparezca mientras se está llevando a cabo esta práctica; como por ejemplo: ¿Por qué estoy haciendo este ejercicio? ¿Para qué va a servirme esto? Deje pasar esos pensamientos y lleve su atención nuevamente a la pasa.

Acerque las pasas a su nariz y huélalas con mucha atención...tómese su tiempo. Acerque luego las pasas a su oreja, presiónelas suavemente, hágalas girar entre sus dedos y escuche con mucha atención todos los sonidos que se generen. Acerque ahora una pasa a su boca y dese cuenta del movimiento de su brazo, que parece saber exactamente a dónde dirigir la pasa; tome también consciencia de que su boca está empezando a salivar.

Introduzca lentamente una pasa en su boca; deposítela sobre su lengua y sienta... sin morderla todavía, las sensaciones que se producen en su boca. Muerda cuando decida y fíjese como va de un lado a otro de la boca, al mismo tiempo que toma consciencia del sabor. Mastíquela lentamente, siendo consciente de la saliva en su boca y del cambio de textura de la pasa mientras

la masticar. Dese cuenta de su intención de comerla y luego sienta como desciende por su garganta, camino al estómago. Haga lo mismo con las pasas restantes.

Ahora dese las gracias por haberse permitido experimentar el hecho de comer atentamente.



## Anexo 4

### Escaneo Corporal

Si es posible trate de acostarse boca arriba sobre un matt o colchoneta, o en la cama si esto fuera necesario. Cierre suavemente los ojos si así lo prefiere; deje caer los brazos junto a su cuerpo, con palmas de las manos hacia arriba si esto le resulta cómodo. Separe ligeramente las piernas y deje que los pies caigan cómodamente hacia los lados.

Ponga ahora atención en la respiración sin tratar de cambiar su ritmo y observe como el aire entra y sale por la nariz de forma natural, libremente. Ahora coloque su atención en la barriga, sienta como esta sube al entrar el aire en los pulmones, inflándose como un globo, y como se desinfla con la exhalación. Siga observando con su mente los movimientos de su estómago, con cada respiración, en cada inhalación la barriga se infla y en la exhalación se desinfla, permitiendo que el cuerpo se relaje más y más con cada exhalación.

A continuación llevemos la atención a través de las piernas a ambos pies; al pie izquierdo y al pie derecho. Específicamente a los dedos de los pies sin necesidad de moverlos, simplemente notando que están ahí; a través de cualquier sensación que se presente en los dedos, quizás hormigueo, humedad, picazón o calor; poniendo el mismo nivel de atención a cada uno de los dedos.

En la próxima exhalación llevemos la atención a la planta de nuestros pies, a la parte superior de nuestros pies, a los talones, a los tobillos; simplemente notando que están ahí, sin tratar de hacer nada, sin tratar de pensar en nada, sin tratar de corregir nada. En la próxima exhalación dejemos que ambos pies se relajen completamente y llevemos nuestra atención a la parte inferior de ambas piernas, notemos los músculos en la parte de atrás, los huesos, la piel en toda esta



zona entre los tobillos y las rodillas; notando cualquier sensación ahí presente o falta de cualquier sensación. En la próxima inhalación invitemos a que el aire llegue a la parte inferior de las piernas, y al exhalar relajemos esta zona del cuerpo, llevando nuestra atención a ambas rodillas. La rodilla es una zona del cuerpo compleja, formada por una serie de elementos que nos permiten caminar y que algunas veces nos traen complicaciones. Momento importante para ponerles atención, ahora que tenemos la oportunidad.

Notemos la presencia o ausencia de sensaciones en la rodilla; quizás los cambios del clima le afecten a usted dándole algún dolor aquí o allá, notemos si en este momento estamos sintiendo algo así. En la próxima exhalación dejemos que las rodillas desaparezcan de nuestra atención y llevemos ahora la atención a los muslos, de nuevo explorándolos a través de sensaciones o falta de sensaciones; no hay necesidad de moverlos, notando aquí estos grandes músculos y el hueso, estos dos grandes apoyos que soportan el cuerpo cuando caminamos. Y en la próxima inhalación; invitemos con nuestra imaginación a que el aire se dirija hacia las piernas, los muslos, las rodillas, la parte inferior de las piernas, los pies, suavizando, refrescando, purificando, dando bienestar a esta parte del cuerpo y al exhalar dejando que las piernas se relajen completamente desde las caderas hasta los pies mientras llevamos nuestra atención a la zona de la pelvis, a las caderas notando el hueso que se encuentra allí.

Llevemos nuestra atención a los glúteos, a la zona de los genitales; conscientes de cualquier sensación o falta de sensación presente. Llevemos ahora nuestra atención a los órganos internos en esta zona del cuerpo y permitiendo con la próxima inhalación que un aire refrescante llene toda la zona pélvica; relajando y llevando a continuación nuestra atención a la columna vertebral pero en su zona baja, en la zona precisamente de la pelvis y subiendo con nuestra atención vertebra tras vertebra como si fuera una escalera hacia arriba recorriendo las distintas zonas de la espalda. Primero en la zona baja de la espalda en la que muchos de nosotros sufrimos muchas

veces dolor, malestar, explorando las sensaciones presentes en este momento presente. A continuación llevemos la atención hacia la zona media de la espalda y la zona alta de la espalda, haciéndonos conscientes de toda la espalda a través de sensaciones o la falta de ellas; la espalda se ve como un todo. En la próxima exhalación, relajando y llevando la atención a la parte de delante de nuestro cuerpo. Primero hacia el estómago, notando de nuevo la barriga cuando sube y baja, el ombligo, la zona justo debajo de las costillas.

Y a continuación llevemos la atención hacia arriba, a la caja torácica, compuesta por las costillas y el esternón; cuya función es proteger al corazón y a los pulmones. Notando toda esta zona, la zona del pecho; conscientes de la presencia de los pulmones y del corazón, quizás notando los latidos de este al poner una precisa atención, y en la próxima inspiración permitiendo que el aire vitalizante descienda y llene todo el tronco desde la parte superior del pecho hasta las caderas refrescando, suavizando y al expirar relajando.

A continuación llevemos la atención a los brazos, a ambas manos. Notando los dedos de las manos, las palmas de las manos, la parte de arriba de las manos, a través de cualquier sensación presente o falta de sensación y en la próxima exhalación relajando las manos y llevando la atención a ambas muñecas. A veces incluso uno puede sentir el pulso en las muñecas, llevando nuestra atención a la parte inferior de los brazos, a los codos y la parte superior de los brazos y al inhalar permitiendo que un aire refrescante recorra los brazos y al expirar relajándolos mientras llevamos la atención a los hombros y al cuello. Esta es una zona del cuerpo en la que acumulamos grandes tensiones; esta es una oportunidad para permitir que se suavicen, que se aflojen los hombros y el cuello con el calor de nuestra atención, de nuestra mirada. Inhalando y llevando energía vitalizante a esta zona y al expirar relajando los hombros y el cuello y llevando la atención a la cara, a nuestra cabeza, conscientes del mentón, de la mandíbula, de las mejillas, de la boca, de los labios, de la lengua, los dientes y las encías. De la nariz, de los ojos, los

parpados, las cejas, consciente de la frente, de las cienes, de los oídos, de la parte posterior de la cabeza, de la parte superior de la cabeza y del cerebro. Invitando una energía refrescante inundar nuestra cabeza; relajado, suavizando.

Imaginemos a continuación que podemos respirar por todo el cuerpo y que un aire vitalizante entra por la parte superior de la cabeza, refrescando todo el cuerpo; permitiendo que todas las toxinas y tensiones del cuerpo salgan por los pies. Respiremos de esta forma varias veces, al inhalar, el aire refrescante entra por la cabeza bañando todo el cuerpo. Al exhalar las tensiones, las impurezas salen por los pies utilizando nuestra imaginación; llenando de energía nuestro cuerpo, ofreciendo energía sanadora y refrescante a todo el cuerpo, a todos los órganos, a todos los sistemas.

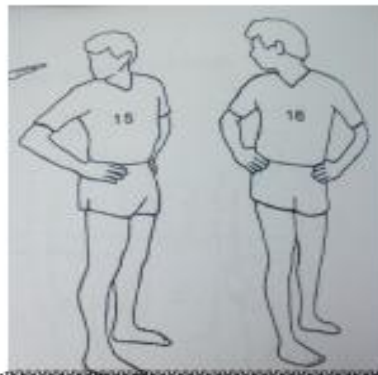
Terminando esta grabación quiero aprovechar la oportunidad para felicitarla por haberse tomado este tiempo para cuidarse a usted misma. Antes de ponerse en movimiento de nuevo le invito a que mueva los dedos de los pies ligeramente, los dedos de las manos; para ponerse de nuevo en contacto con la realidad. Moviendo un poquito las manos mismas y los pies, estirando los brazos y las piernas en cualquier dirección antes de incorporarse de nuevo al ajetreo de la vida diaria y recordando que son estos momentos tranquilos; los que nos ofrecen la oportunidad de invitar a mente y cuerpo a que se calmen, que se armonicen y es en esta quietud que las fuentes de salud de nuestra mente y cuerpo se ponen en actividad. Ayudándonos a recuperar el equilibrio, el bienestar, la salud y la alegría de vida.



## Anexo 5



Durante 3  
minutos



3 minutos lado derecho  
3 minutos lado izquierdo

"Dale a cada día la  
posibilidad de ser  
el MEJOR día de  
tu vida

ANTE CUALQUIER DUDA,  
CONTÁCTENOS:  
993070295 - María A.- De la  
Puente  
959251258 - Ana Lucía Perez



Viviendo el  
aquí y el ahora



Practicando un  
poco de yoga

SEMANA

3

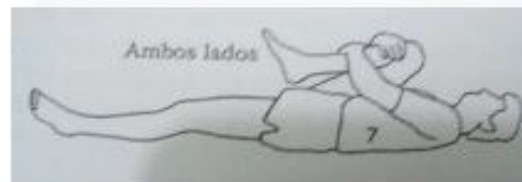
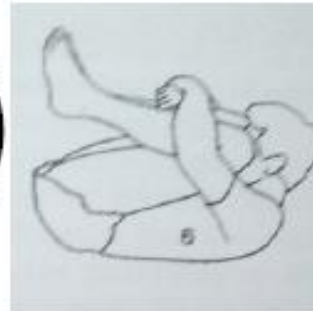
# YOGA



unificar cuerpo y  
mente  
conexión entre el  
individuo y el universo.

## PRÁCTICA

Durante 3  
minutos

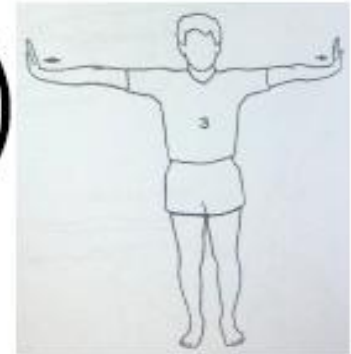


3 minutos pierna derecha  
3 minutos pierna izquierda



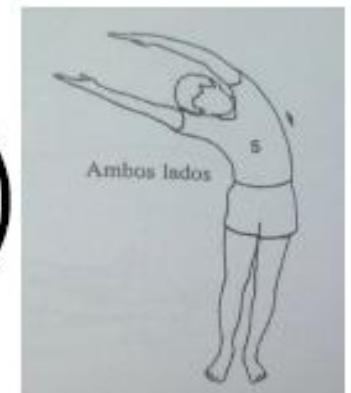
3 minutos pierna derecha  
3 minutos pierna izquierda

Durante 3  
minutos



3 minutos  
brazo  
derecho  
3 minutos  
brazo  
izquierdo

Durante 3  
minutos



## Anexo 6

### Meditación de la Montaña

Hagamos esta meditación si es posible sentadas sobre un cojín; Con las piernas cruzadas y los glúteos elevados por el cojín, de forma que las rodillas reposen en el suelo ofreciéndonos una base. La columna surge desde su base hacia arriba, naturalmente recta pero sin tensiones, la cabeza descansa sobre el cuello y ambos hombros relajados.

Si fuera necesario eleva los hombros hacia arriba, como tratando de tocar los oídos, y déjalos caer aliviando así las tensiones. Las manos reposando sobre las rodillas o juntas una sobre la otra en el regazo. Si sentarte en un cojín te resulta incómodo utiliza una silla, pero evita en lo posible utilizar el respaldo para que la espalda este lo más recta posible.

Cuando te sientas a gusto con la postura, cierra los ojos suavemente y lleva la atención a la respiración, manteniéndote consciente de la inhalación y exhalación sin tratar de cambiar su ritmo.

Permite que el cuerpo se mantenga inmóvil, con una aura de dignidad, de firmeza, de resolución; expresando un sentido de unidad, de integración total. Al inhalar sé que estoy inhalando y al exhalar sé que estoy exhalando. Totalmente presente en la respiración.

Y ahora estando aquí sentada: trae a tu mente la imagen de una montaña, una montaña que hayas tenido la oportunidad de visitar en persona o que quizás hayas visto alguna vez en la distancia, o en una película o en una foto. Una vez que decidas tu montaña, manténgala en tu visión interna observándola. Observa su base firmemente incrustada en la tierra.



Observa su belleza en la distancia, observa su belleza de cerca. Quizás veas nieve arriba en la parte alta del pico y en las laderas que apenas son alcanzadas por el sol; quizás tenga grandes bosques en su zona inferior. Es posible que tenga un pico o varios picos. Observa con atención sus detalles, ríos, riachuelos, paraderas, vegetación y la forma como expresan su belleza natural.

Ahora permite que la montaña, tu montaña, se vaya acercando poco a poco hacia ti, hasta que se convierta en una contigo, hasta que se junte totalmente con tu cuerpo. Tu cabeza se convierte en el pico creando desde ahí y para ti una vista panorámica, tu hombros y brazos son las laderas, tus glúteos y piernas la base. Se consiente de su majestad y estabilidad al elevarse a través de tu columna y afirmarse en tu propia base, en un presente inmovible.

Cuando el sol se mueve en la distancia, hace que aparezcan y desaparezcan multitud de sombras en sus laderas; cambiando su tono y las intensidades en su naturaleza. El día y la noche se suceden tras el resplandor del día; multitud de estrellas y la misma luna. La montaña permanece tal cual es, inmutable, pero una especial gratitud abraza a todos esos cambios.

En el verano el frío prácticamente ha desaparecido, un parche aquí y allá logra unir el proceso. Luego continúa el otoño, que llegó a acompañarla de colores brillantes. El invierno sigue a continuación; con el frío y la lluvia que lo caracteriza. Y en cualquiera de las estaciones, el día puede ser claro y brillante; o estar cubierto con niebla y oscuridad.

La gente viene a visitar a la montaña, a admirar su belleza, pero nada de esto le importa a la montaña. Cuando la montaña se encuentra cubierta de nubes y nieblas impidiendo esa visión majestuosa y bella, hay visitantes que observan; pero la montaña no se inmuta, sigue siendo la

misma. A veces la montaña se ve rodeada por grandes tormentas, con rayos y truenos en el verano; con neblina y frío en el invierno, sabiendo que todos los animales se esconden temerosos. La montaña ve todo esto pero nada le afecta.

Por fin la primavera aparece, llega con un sin fin de colores y brotes de nueva vida. La nieve empieza a derretirse, los ríos aumentan su caudal, los cantos risueños de los pajaritos inundan el espacio. La montaña es consciente de ello, sin afectarse.

Estos mismos ciclos que nos ofrece la montaña, son ciclos que están presentes en nuestra vida. Aquí en este momento, sentada en meditación; podemos notar esos mismos cambios en nuestra mente, en nuestro cuerpo, momento tras momento.

Con la firmeza de la montaña observarte a ti misma: ¿Cómo te sientes hoy?, ¿En qué estación te encuentras de tu vida?, ¿Sientes quizá en ese momento un nuevo despertar, un nuevo rumbo, una aventura nueva por vivir, una nueva primavera? , o ¿Quizás sientas la necesidad de recubrirte, de reflexionar en lo aprendido, de sentarte frente al fuego de tu propio hogar como en un periodo de invierno?, o ¿Puede que esta sea una época para ti en la que estés ofreciendo frutos de algo similar al verano o al otoño?

Sea lo que sea, no importa; es parte del proceso, es lo que es. Y la montaña en ti, no se inmuta. ¿Es hoy un día claro para ti?, ¿Todo se ve bonito y la gente se acerca a ti, para ti, para apreciar tu belleza interna y externa?, o ¿Es un día oscuro y borroso, con niebla o con tormenta, en el que te sientes perdida? Y además no hay una mano que te ayude.

Algunos momentos son de tristeza y dolor mientras que otros de alegría y gran vitalidad. Sea como sea la montaña no se inmuta, todo funciona en ciclos, pues lo ha venido observando desde hace muchos, muchos años.

El convertirse en una montaña, quizá nos ayude a incrementar nuestra energía. Observa la montaña en ti, quizás nos ayude a tener más paciencia con nosotras mismas, a aceptarnos tal cual somos en cada momento, sabiendo que nada permanece, todo cambia y que hay que ver cada situación como una oportunidad para aprender, para crecer en compasión y sabiduría.

Durante el silencio que sigue, siga manteniendo la misma calidad de atención; enfocándola en la respiración como una manera de concentrarnos en el presente y manteniendo en su mente y en su cuerpo la imagen de la montaña, hasta que oiga el sonido de la campanilla y reflexione sobre esta frase de Edipo: “Los pájaros han desaparecido del cielo, la última nube se aleja, nos sentamos juntos la montaña y yo; hasta que solo quede la montaña”



## Anexo 7

### Fichas para completar sobre la práctica

Fecha: \_\_\_\_\_

Duración de la práctica: \_\_\_\_\_

Postura: | Acostada | Sentada | De pie

Lugar: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo (rodea uno):

Antes:



Después:



Mapa corporal:



Notas (Pensamientos / Sensaciones/ Emociones)

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Otro:

(The Mindfulness Project, 2015)

Anexo 8

Inventario de Depresión

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste todo el tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo</p> <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentada respecto de mi futuro</p> <p>1 Me siento más desalentada respecto de mi futuro que lo que solía estarlo</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p><b>4. Pérdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p><b>5. Sentimientos de Culpa</b></p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p><b>6. Sentimientos de Castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigada.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigada.</p> <p>2 Espero ser castigada.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigada.</p> <p><b>7. Disconformidad con Uno Mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí misma.</p> <p>2 Estoy decepcionada conmigo misma.</p> <p>3 No me gusto a mí misma</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítica conmigo misma de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí misma por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí misma por todo lo malo que sucede.</p> <p><b>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</b></p> <p>0 No tengo pensamientos de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Quería matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p><b>10. Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>	<p><b>11. Agitación</b></p> <p>0 No estoy más inquieta o tensa que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieta o tensa que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieta o agitada que me es difícil quedarme quieta.</p> <p>3 Estoy tan inquieta o agitada que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo</p> <p><b>12. Pérdida de Interés</b></p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesada que antes en otras personas o cosas</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p><b>13. Indecisión</b></p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p><b>14. Desvalorización</b></p> <p>0 No siento que yo no sea valiosa.</p> <p>1 No me considero a mí misma tan valiosa y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valiosa cuando me comparo con otra.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p><b>15. Pérdida de Energía</b></p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p><b>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p><b>17. Irritabilidad</b></p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p><b>18. Cambios en el Apetito</b></p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo apetito en lo absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p>
---	--

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansada o fatigada que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.





## Anexo 9

### Cuestionario de Estrés Percibido

A continuación se expone una lista de estrés percibido durante el último mes. Lea con detenimiento cada frase y piense la frecuencia con que ha percibido o registrado cada situación. Marcando del 1 al 5 en el espacio correspondiente. Conteste lo más sinceramente posible.

	Nunca	Casi Nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
	1	2	3	4	5
1.-En el último mes, ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por las dificultades de la vida?					
2.- En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido sentimientos negativos y pesimistas en los pequeños problemas de la vida?					
3.- En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido tensión y rigidez muscular en el cuello, espalda, brazos, etc?					
4.- En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha pensado positivamente sobre los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?					
5.- En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido sentimientos positivos frente a las dificultades de su vida?					
6.- En el último mes, ¿Con que frecuencia se ha sentido relajado sin mayores tensiones o molestias musculares?					
7.- En el último mes, ¿Con que frecuencia ha tenido la capacidad para manejar sus problemas personales y no se ha preocupado por ellos?					
8.- En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha sentido ganas de llorar					

cuando ha sentido que las cosas estaban fuera de su control?					
9.- En el último mes, ¿Con que frecuencia ha estado segura de su capacidad para manejar sus problemas personales?					
10.- En el último mes, ¿Con que frecuencia no se ha sentido con palpitaciones aceleradas, ni con dificultades para respirar durante alguna discusión con otra persona, o en alguna situación fuera de su control?					
11.- En el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos negativos de sí misma ante alguna dificultad?					
12.- En el último mes, ¿Con que frecuencia ha sentido que el corazón le late muy rápido, la respiración es agitada y le falta el aire durante la discusión con otra persona, o en alguna situación fuera de su control?					
13.- En el último mes, ¿Con que frecuencia no se ha sentido temerosa, y sin miedo a fracasar para afrontar las cosas que tenía que hacer?					
14.- En el último mes, ¿Con que frecuencia ha pensado que no es capaz de controlar las cosas importantes en su vida?					

**Anexo 10**
**FICHA DE DATOS**
**1. Datos generales**

a) Nombres y apellidos							
b) Fecha de nacimiento				c) Edad			
d) Raza	Blanca			Mestiza		Negra	
e) Grado de instrucción	Analfabeta	Primaria C.	Secundaria C.	Superior universitaria C.		Superior técnica C.	
		Primaria I.	Secundaria I.	Superior universitaria I.		Superior técnica I.	
f) Profesión				g) Ocupación			
h) Estado Civil	Soltera		Casada	Viuda	Divorciada	Separada	Conviviente
i) N° de Hijos							
j) N° personas que viven con usted			Quienes son esas personas				
k) Nivel socio económico							
l) Ingreso mensual promedio	Más de 1000 soles			Menos de 1000 soles			
m) Situación laboral	Empleo estable		Contratada			Desempleada	

**2. Datos médicos**

a) Diagnóstico								
b) Tiempo de enfermedad (especificar inicio)			Estadío					
c) Pronóstico	Favorable			Desfavorable				
d) Complicaciones (otras enfermedades)								
e) Tipo de tratamiento	Quimioterapia. Conservadora	Quimioterapia Neoadyuvante	Quimioterapia	Radioterapia	Hidro Terapia	Mastectomía	Otros:	
f) Frecuencia en que lo recibe								
g) Principales síntomas físicos	Cansancio	Falta de apetito	insomnio	Nauseas/vómitos	Dolor	Irritación de la piel	Mamas enrojecidas e hinchadas	Cambio de tamaño o forma de la mama
	Otros							
h) Hábitos	Fuma	Consumo de bebidas alcohólicas	Comida alta en grasas, harinas, azúcar	Mala alimentación	Menos de 20 minutos de ejercicio al día	Convive con sucesos estresantes constantemente	Dormir menos de 8 a 10 horas	
	Otros							



## Anexo 11

### Permisos correspondientes a cada hospital



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"  
"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

**CARTA N° 123 CEI-OCID-GRAAR-ESSALUD-2016**

**NIT: 1313-2016-9363**

Arequipa, 26 agosto del 2016

Srtas.  
**María Alejandra de la Puente Rojas**  
**Ana Lucía Pérez Morales**  
**Estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología Universidad Católica**  
**Santa María**  
**Presente.-**

**Asunto: Evaluación de Proyecto de Investigación**

Me dirijo a ustedes con un saludo cordial y en relación al asunto manifestarle que el Comité de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa ha evaluado el siguiente Proyecto de Investigación:

**"Efectividad de un Programa de Minfulness en la Reducción de Estrés y Depresión en Pacientes con Cáncer de mama"**

Dicho proyecto califica para evaluación expedita por cumplir los requisitos, según el Manual de Procedimientos de Ética.

Por lo expuesto se aprueba el referido Proyecto.

Atentamente,



**Dra. Cecilia Aguilar Ramírez**  
Presidenta del Comité de Ética  
en Investigación  
Red Asistencial Arequipa  


CAR/nhm  
c.c. Archivo

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

**Jr. Domingo Cueto 120**  
Jesús María  
Lima 11 - Perú  
T.: 265-6000 / 265-7000



*"Año de la Consolidación del Mar De Grau"*

*"Año del Compromiso de la Gestión y Aprovechamiento Sostenible del Agua"*

Arequipa, 08 de Julio del 2016

**CARTA Nº 024 - 2016 - GRA/PE - GRSA - IRENSUR/G/DCC/EPS.**

Srtas:

Ana Lucia Pérez Morales

María Alejandra de la Puente Rojas.

Presente.-

Por intermedio del presente, reciban mi más cordial saludo, hago propicia la ocasión para comunicarle que han sido **AUTORIZADAS** para poder ejecutar el proyecto de tesis titulado ***"Efectividad de un Programa de Mindfulness en la Reducción de Estrés y Depresión en pacientes con Cáncer de Mama"***

Así mismo, le informamos que debe cumplir con las normas internas de Docencia e Investigación-IREN SUR, coordinar junto a su **asesor interno Psicóloga Silvana Rosado Chávez** los horarios a trabajar respetando la programación de turnos en hospitalización, visita médica y demás de los profesionales de la salud de IREN SUR para la realización de entrevistas y demás.

Sin otro particular y agradeciendo la atención prestada, quedamos de Ud.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
IREN SUR  
*[Signature]*  
Lic. Merla del Pilar Polar Cáceres

## Anexo 12

### Consentimiento Informado



Estimada:

Ud. está siendo invitada a participar en la investigación psicológica titulada “EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE MINDFULNESS EN LA REDUCCION DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA”; realizada por Ana Lucía Pérez Morales y María Alejandra De la Puente Rojas. Ambas estudiantes del último ciclo de la carrera profesional de psicología de la Universidad Católica de Santa María.

Su participación será totalmente voluntaria; con la posibilidad de retirarse del estudio cuando lo considere conveniente, sin necesidad de dar explicación alguna. Siendo consciente que se le explicó todos los procedimientos que se realizaran, y que ninguno pondrá en riesgo su salud física ni mental. Asimismo se le puso en conocimiento que por este estudio no percibe ni percibirá ningún beneficio económico.

Los derechos con los que usted cuenta al aceptar la participación en la investigación son:

- Todos los datos que nos proporcione serán manejados en absoluto anonimato; por lo tanto no habrá manera de que alguna persona externa la identifique, ya que no se revelará su identidad en ningún momento.
- Ninguno de los procedimientos que se le apliquen, resultará perjudicial para su salud. Por el contrario, lo que se busca es realizar un estudio que contribuya a mejorar el bienestar en las pacientes que padecen una enfermedad de la mama.

Así, da conformidad de manera libre y voluntaria a participar en dicha investigación.

Arequipa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2016

DNI:

Firma de la participante

DNI:

Ana Lucía Pérez Morales

DNI:

María Alejandra De la Puente



## Anexo 13

### Asistencia de las pacientes a las sesiones del programa

Pacientes	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Porcentaje de asistencia
Paciente 1	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 2	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 3	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 4	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 5	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 6	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 7	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 8	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 9	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%
Paciente 10	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	Asistió	100%