

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) EN ESTUDIANTES DE PROGRAMAS EJECUTIVOS, CON TRASTORNOS DE ESTRÉS Y ANSIEDAD

Resumen

Las técnicas de intervención basadas en mindfulness se han extendido en la práctica clínica psicológica y psiquiátrica; se fundamentan en antiguas prácticas del budismo, actualizadas y adaptadas al contexto occidental, numerosas evidencias científicas sostienen que este tipo de intervenciones son eficaces en el manejo de diversos padecimientos. El presente proyecto tiene como objetivo realizar un entrenamiento en mindfulness (EM) en alumnos de Licenciaturas Ejecutivas con niveles elevados de estrés y ansiedad. A partir de una batería de pruebas: Escala de detección de trastorno de ansiedad generalizada (EDTAG), Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) y el Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ) se realizó un tamizaje para detectar la presencia de ansiedad y estrés en una muestra de 147 sujetos de ambos sexos, a partir del análisis de la EDTAG un total de 57 sujetos presentaron síntomas de ansiedad, a este grupo de estudiantes se les invitó a participar en un EM breve de 5 semanas, 18 sujetos de ambos sexos accedieron a participar pero solo 8 mujeres concluyeron satisfactoriamente el EM. Adicionalmente, previo al EM en este grupo se aplicó el Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) para determinar su capacidad para estar atentos y conscientes al momento presente. Al finalizar el EM se aplicó nuevamente la batería de pruebas. Los resultados indican que en la muestra de mujeres que concluyeron satisfactoriamente el breve EM disminuyeron los niveles de ansiedad y estrés; incrementando sus habilidades de atención plena. Palabras Clave: Entrenamiento, Mindfulness, Atención Plena, Estrés, Ansiedad.

Romano-Torres, M*., López Margalli, P**., Rosas Sandoval, V**. *Autor correspondiente: Dra. en Ciencias con Especialidad en Neurofarmacología y Terapéutica Experimental, Mtra. en Ciencias, Licenciada en Psicología. Docente de la Universidad Latinoamericana, Programas Ejecutivos Semipresenciales. Psicoterapeuta.

** Alumnas de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Latinoamericana, Programas Ejecutivos Semipresenciales. .: moniromano2@yahoo.com.mx

INTRODUCCION

El estrés, la ansiedad y la depresión, se encuentran entre las principales causas de invalidez ya sea por sus consecuencias directas o por sus efectos sobre otras desordenes orgánicos y/o afecciones mentales. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2017), la prevalencia de trastornos de ansiedad es de 14.3%, y de trastornos afectivos 9.1%. Se sabe el estrés agudo y el estrés crónico es uno de los principales desencadenantes para la aparición de este tipo de trastornos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el estrés es el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (OMS, 2018). Lo podemos definir como el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, una condición o sensación que se experimenta cuando una persona percibe las demandas como amenazas que exceden los recursos personales y sociales que el individuo es capaz de movilizar y que ponen en peligro su bienestar (Lazarus, 2000). Los factores que producen estrés se pueden presentar de manera aguda, por ejemplo; el sismo que sacudió a la CDMX el 19 de septiembre, un ataque terrorista o una violación; o de manera crónica, la presencia de estresores continuos a lo largo del tiempo, por ejemplo, el exceso de trabajo, aunado a problemas familiares, sociales, económicos y ambientales. En individuos susceptibles el estrés agudo puede generar un trastorno de estrés postraumático u otros desordenes, mentales u orgánicos. En relación a los efectos del estrés crónico se ha reportado que la exposición a eventos traumáticos y/o estresantes (estrés psicosocial) durante la vida del individuo, tienen un efecto acumulativo que incrementa la susceptibilidad a los desórdenes emocionales. De manera preponderante se ha demostrado que existe una relación entre el estrés crónico y su respuesta, con el desarrollo de la depresión y ansiedad. Esta relación ya ha sido previamente descrita en la clínica (Kendler y cols., 1999) y en estudios con animales (Romano-Torres, 2010, Willner, 2005).

Cuando se nos presenta un evento estresante, nuestro organismo genera una serie de reacciones psicofisiológicas que activa el sistema nervioso y pone a funcionar el denominado eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (Grippe, 2009), lo cual hace que se

liberen sustancias del estrés (adrenalina y cortisol) al torrente sanguíneo, las cuales nos preparan para la acción: la lucha o la huida. Cuando esta respuesta se mantiene se presenta el estrés crónico, el cual puede dar como resultado cambios funcionales en una amplia red de neurotransmisores y neuropéptidos, como por ejemplo en las monoaminas y los aminoácidos cerebrales, y por sus interacciones con el sistema neuroendocrino, causa la liberación de neuropéptidos como la hormona liberadora de corticotropina, la arginina vasopresina, la oxitocina y la orexina. De esta manera, el estrés se relaciona con enfermedades de naturaleza psiquiátrica, cardiovascular, gastrointestinal, dermatológica, y/o metabólica. Existen diferencias individuales en la vulnerabilidad al estrés que hace referencia a la susceptibilidad de un individuo a padecer estrés, esta vulnerabilidad depende de determinadas variables personales (tipo de personalidad, evaluación cognitiva, estilos de afrontamiento, etc.) y sociales.

Para el tratamiento del estrés, la ansiedad y otros desordenes mentales existen diversas estrategias que van desde la terapia farmacológica, a diversos tipos de psicoterapias. Entre las principales técnicas empleadas para manejar y reducir los niveles de estrés destacan relajación y entrenamiento autógeno, técnicas de respiración, reestructuración cognitiva e inoculación del estrés. Hacia finales del siglo XX surgen las terapias de tercera generación tales como la terapia de aceptación y compromiso y la inclusión en occidente de la técnica de mindfulness también denominada “atención plena”, estos enfoques se caracterizan por adoptar una perspectiva más experiencial de aceptación de la experiencia interna (sensaciones, cogniciones o emociones) a través de la aceptación de las mismas en vez de intentar eliminarlas o modificarlas.

Las intervenciones basadas en mindfulness se fundamentan en antiguas prácticas del budismo, actualizadas y adaptadas al contexto occidental. La palabra mindfulness significa consciencia, atención, recuerdo; se refiere tanto al aspecto procedimental es decir a la práctica de una antigua tradición budista de meditación, como también a la genuina experiencia derivada de ella, es decir: la consciencia plena. La inclusión de la práctica de mindfulness en la psicoterapia occidental

obedece a la necesidad de ampliar enfoques terapéuticos existentes para reducir la vulnerabilidad al estrés y las respuestas emocionales negativas. Alan Watts propone que la práctica meditativa budista es más cercana a un tipo de psicoterapia que a una religión (Watts, 1992).

Mindfulness también se ha entendido como un proceso que implica la autorregulación de la atención, de forma que sea mantenida en la experiencia inmediata, acompañada de una actitud de amabilidad y aceptación (Bishop et al., 2004). Es así que mindfulness se define como una práctica que busca desarrollar nuestra capacidad de experimentar el momento presente y dirigir la atención de manera intencional a la experiencia con una actitud de aceptación hacia tal experiencia evitando establecer juicios de valor (Kabat-Zinn, 1990). En la práctica del mindfulness se trabaja cultivando el darse cuenta, así como la atención al flujo momento a momento de lo que constituye nuestra vida; percibiendo con todos los sentidos, con conciencia de nuestros pensamientos, emociones y sentimientos. Por lo tanto, la práctica de atención plena es lo contrario al estar en “piloto automático”; que es una disposición en la cual una persona está físicamente presente, aunque se encuentre divagando mentalmente (rumiación) en cualquier cosa salvo lo que está ocurriendo en el presente

Numerosas evidencias científicas reportan los beneficios de la práctica de mindfulness para el incremento de una mejor calidad de vida, así como para ayudar a afrontar problemas físicos y psicológicos; por ejemplo se ha demostrado su efectividad en ámbitos tan diversos como la disminución del estrés (Kabat-Zinn, 1992), en trastornos depresivos (Segal et al., 2002); aumento de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Carlson et al., 2003); el alivio del dolor crónico (Kabat-Zinn et al., 1986), la fibromialgia (Goldenberg et al., 1994); entre otros.

El manejo del estrés crónico y la ansiedad a través de la práctica del mindfulness facilita el aprendizaje de la respuesta de relajación, así como un entendimiento más profundo de los síntomas emocionales, físicos y comportamentales; disminuyendo la rumiación de pensamientos disfuncionales, que caracterizan estos padecimientos. Es importante destacar que la terapia cognitivo conductual basada

en mindfulness (TCCM) es actualmente uno de los enfoques cognitivos de mayor desarrollo y aceptación en Estados Unidos y Europa, no solamente para el manejo del distrés emocional causado por el diagnóstico de enfermedades crónicas y terminales, sino también para obtener un beneficio inmunológico y neuroendocrino que promuevan el restablecimiento de la salud y contribuyan a un mejor control de los síntomas causados por los tratamientos médicos (Lengacher et al., 2009).

La presente investigación surge con el objetivo de dar un breve entrenamiento en Mindfulness (EM) a estudiantes de Licenciaturas Ejecutivas de la Universidad Latinoamericana con Trastornos de ansiedad y estrés, determinando previamente la prevalencia de dichos trastornos en una muestra representativa de estudiantes de diversas carreras.

METODOLOGIA

Sujetos:

Mujeres (N=8) entre los 24-50 años, que fueron seleccionadas de una muestra de ambos sexos (N=147), de estudiantes de las carreras de Derecho, Administración, Contabilidad, Mercadotecnia, Comunicación, Psicología e Ingenierías, del Programa de Licenciaturas Ejecutivas de la Universidad Latinoamericana, Plantel Valle.

Instrumentos

Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada (EDTAG)

La EDTAG, fue diseñada y adaptada al español por Bobes et al. (2006) e identifica la presencia o ausencia de sintomatología del Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (según el DSM-IV), la escala mide 4 criterios: expectación aprensiva, la falta de control en la preocupación, síntomas fisiológicos y aspecto temporal y su alteración en la vida diaria. La EDTAG consta de 12 reactivos de respuesta dicotómica (sí/no), una puntuación de 6 o más indica probable TAG. Esta prueba posee un alto grado de confiabilidad (.85) una sensibilidad de 84 % y especificidad de 83%. (Bobes et al., 2006).

Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

El IDARE es una prueba diseñada por de Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1975). Ha sido sometido a diferentes procesos de validaciones y es una de las pruebas que más se utilizan para la evaluación de la ansiedad. El IDARE es un inventario para evaluar dos tipos de ansiedad, la ansiedad-rasgo midiendo como se sienten los individuos generalmente y la ansiedad-estado que describen como se siente el sujeto en un momento dado. Proporciona una puntuación en cada una de las escalas, que toman valores que van de los 20 a 80 puntos, dándonos puntos de corte de ansiedad de nivel Alto ($> = 45$), Medio (30-44), Bajo ($< = 30$). La escala presenta buenas cualidades psicométricas en relación a su consistencia interna, con valores de α de *Cronbach* que varían de .86 a .95, para la subescala ansiedad-estado y de .89 a .91 para la ansiedad-rasgo (Spielberger et al., 1975 citado en Silva et al., 2006).

Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ)

El Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ) (Levenstein, et.al., 1992) como su título lo indica, está diseñado para medir la respuesta emocional ante los estresores y la percepción subjetiva del estrés a nivel cognitivo abarcando un lapso del último mes (PSQ reciente) a 1-2 últimos años (PSQ general). El instrumento original fue probado por los autores en muestras de habla inglesa e italiana, obteniendo propiedades psicométricas de consistencia interna, fiabilidad y validez óptimas para su uso.

En el PSQ no se proponen puntos de corte, evalúa seis factores: 1) tensión-Inestabilidad-Fatiga; 2) Aceptación Social de Conflictos; 3) Energía y Diversión; 4) Sobrecarga; 5) Satisfacción para autorrealización; 6) Miedo y ansiedad. En el presente trabajo solamente se presentará un análisis general de la prueba, dejando para perspectivas futuras, un análisis detallado de la misma

Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

El MAAS es un cuestionario de autoinforme que consta de 15 ítems que busca evaluar el nivel de (Brown y Ryan, 2003). En varios países ha sido aceptado por sus propiedades psicométricas, por lo que cuenta con traducciones al español y otros

idiomas (Inchausti et.al., 2013). La escala MASS es frecuentemente utilizada para evaluar entrenamiento en mindfulness en diversas poblaciones y bajo diferentes procedimientos.

Entrenamiento en Mindfulness

El entrenamiento en técnicas de mindfulness que se realizó en el presente proyecto, es una adaptación del programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) que fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1982, el cual se basa en componentes tales como la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando y la revisión atenta del cuerpo. La duración del programa de MBSR es de ocho semanas (en el presente proyecto se realiza un entrenamiento de 5 semanas, en concordancia con otros estudios que disminuyen la duración de las sesiones) los participantes realizan autorregistros y practican los ejercicios individualmente en sus casas. Se realiza una reunión semanal de dos horas para practica grupal. Los ejercicios realizados en el taller devienen del zen y se busca que la persona desarrolle actitudes tales como: no juzgar, tener paciencia, mente de principiante, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básica, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar pasar (Vásquez-Dextre, 2006).

PROCEDIMIENTO

Directamente en los salones de clase y a partir del consentimiento informado, se aplicaron las siguientes pruebas EDTAG, IDARE Y PSQ (*vide supra*) para detectar estrés y ansiedad en los alumnos. Se realizo el análisis correspondiente de estos instrumentos de evaluación y en base a la EDTAG se seleccionaron los alumnos con altos niveles de ansiedad, a quienes se les invitó a participar en el taller de atención plena denominado: “Mindfulness y Sensopercepción”, que es una adaptación de diversos programas de control de estrés basados en mindfulness y consiste de 5 sesiones de entrenamiento donde se llevan a cabo ejercicios de meditación estática (denominada formal), meditación en la atención en la vida cotidiana (denominada informal), la meditación caminando, relajación progresiva, la revisión atenta del cuerpo y (escaneo corporal), entre otras. Con el fin de llevar su

práctica a su día a día, los participantes realizan autorregistros y practican los ejercicios individualmente en sus casas.

Para determinar nivel de atención plena, al inicio de la primera sesión se aplicó la escala MASS. Para evaluar cambios en estrés, ansiedad y atención plena; en la 5ª sesión se volvieron a aplicar, la EDTAG, el IDARE, el PSQ y la MASS.

Para determinar diferencias estadísticas entré antes versus después del entrenamiento en Mindfulness (PRE-POST), se utilizó la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon que sirve para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Se utilizaron los datos crudos de las calificaciones obtenidas utilizando el programa de SPSS para Windows.

RESULTADOS

En base a la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada (EDTAG), que contiene 12 reactivos, se señala que una puntuación de 6 o más reactivos contestados de manera positiva, puede expresar sintomatología del TAG. De nuestra muestra total de 147 estudiantes evaluados, 90 sujetos (61.22%) tuvo un puntaje de menos de 6 reactivos positivos, y 57 sujetos (38.78%) sujetos tuvo 6 o más reactivos contestados de manera positiva, lo que indica un grado elevado de sintomatología ansiosa; aunque habría que realizar un análisis más detallado para confirmar TAG.

Del total de la muestra (N=57) que se invitó a participar al entrenamiento, solo el 31.57% (N=18) accedieron al compromiso de asistir a las 5 sesiones de 2 horas semanales c/u, los días viernes. Algunas de las causas de la baja participación pudieron ser debidas a la falta de tiempo (recordando que las características de la población analizada, la mayoría son adultos que trabajan, estudian y son padres de familia), la falta de información en cuanto al proyecto realizado y/o a los beneficios de este tipo de estrategias, entre otras. De los 18 sujetos que asistieron al

entrenamiento solo 44.44% (N=8) concluyeron satisfactoriamente el mismo, todas ellas mujeres (6 de psicología, 1 de administración y 1 de derecho).

A continuación se presentan los resultados de cada una de las pruebas antes y después del entrenamiento en mindfulness.

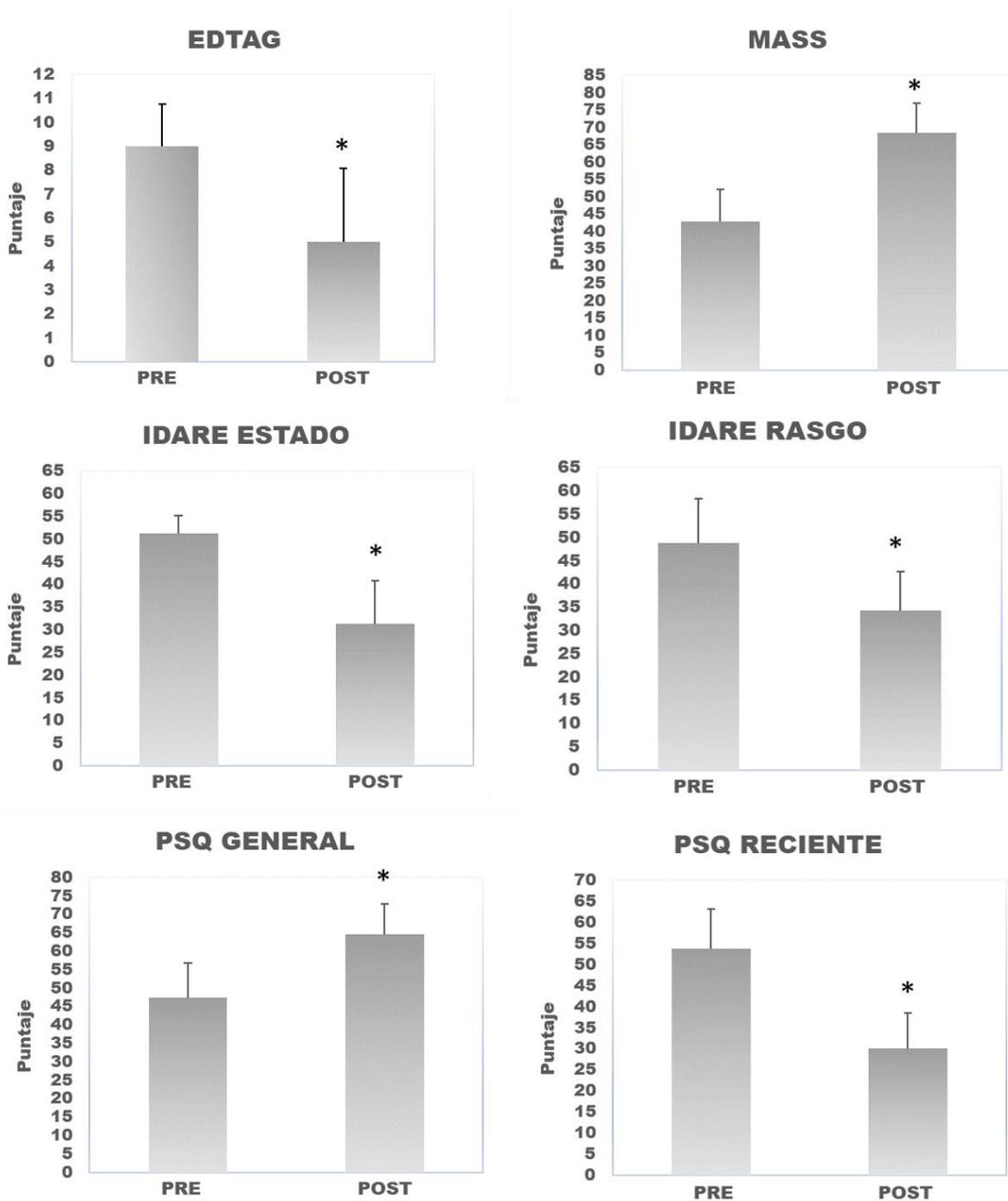


Figura 1: Media y desviación estándar del puntaje obtenido en cada una de las pruebas antes (PRE) y después (POST) del entrenamiento en Mindfulness (N=8). Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada (EDTAG), Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), y Cuestionario de Estrés Percibido General y Reciente (PSQ). Wilcoxon * $p < .05$.

En la EDTAG, la evaluación PRE (previa al entrenamiento) presenta una $\bar{x}=9$ con una $S=1.77$ y para la evaluación POST (posterior al tratamiento) una $\bar{x}=5$ y $S=3.07$. Las diferencias son estadísticamente significativas $p \geq .05$. El nivel de ansiedad generalizada disminuye en los sujetos entrenados. Wilcoxon, ($z = -2.366$, $p = .018$) (Fig. 1).

En el IDARE ESTADO, la evaluación PRE muestra una $\bar{x}=51.25$ con una $S=3.91$ y para la evaluación POST una $\bar{x}=31.37$ y $S=9.44$. Las diferencias son estadísticamente significativas $p \geq .05$. El nivel de ansiedad estado disminuye en los sujetos entrenados Wilcoxon, ($z = -.524$, $p = .012$) (Fig. 1).

En el IDARE RASGO, la evaluación PRE muestra una $\bar{x}=48.85$ con una $S=9.41$ y para la evaluación POST una $\bar{x}=34.25$ y $S=8.46$. Las diferencias son estadísticamente significativas $p \geq .05$. El nivel de ansiedad como rasgo, disminuye en los sujetos entrenados. Wilcoxon, ($z=-2.383$, $p=.017$) (Fig. 1).

En el PSQ GENERAL, la evaluación PRE muestra una $\bar{x}=47.37$ con una $S=13.08$ y para la evaluación POST una $\bar{x}=64.50$ y $S=15.10$. Las diferencias son estadísticamente significativas $p \geq .05$. La percepción de estrés que experimentan en relación a los últimos años incrementa en los sujetos después del entrenamiento. Wilcoxon ($z=-2.366$, $p=0.018$) (Fig. 1).

En el PSQ RECIENTE, la evaluación PRE muestra una $\bar{x}=53.87$ con una $S= 14.07$ y para la evaluación POST una $\bar{x}= 30.12$ y $S= 11.83$. Las diferencias son estadísticamente significativas $p \geq .05$. El estrés que los sujetos perciben de

manera reciente disminuye significativamente después del entrenamiento. Wilcoxon ($z=-2.380$, $p=.017$) (Fig. 1).

En la escala MASS, la evaluación PRE muestra una $\bar{x}=42.87$ con una $S=12.00$ y para la evaluación POST una $\bar{x}=68.62$ y $S=8.22$. Las diferencias son estadísticamente significativas $p \geq .05$. La capacidad de prestar atención y conciencia en el momento presente incrementa significativamente después del entrenamiento. Wilcoxon ($z=-2.527$, $p=.012$) (Fig. 1).

DISCUSION

En base los resultados obtenidos, en el presente trabajo se demuestra que, en una muestra pequeña de estudiantes de Licenciaturas Ejecutivas, el entrenamiento durante 5 semanas en habilidades de atención plena “mindfulness” mejora significativamente la sintomatología ansiosa, el estrés percibido y la capacidad de atención y conciencia en el momento presente.

Nuestros resultados constatan que, en la población de sujetos aquí estudiada, la ansiedad generalizada, la ansiedad como estado y el estrés percibido al momento presente, disminuyen significativamente, lo cual está en concordancia con diversos estudios que evidencian que Mindfulness presenta efectos terapéuticos para el manejo del estrés, ansiedad y depresión, situaciones médicas como fibromialgia, cáncer, depresión, dolor crónico, etc. (Carlson 2003; Chiesa et al., 2011; Kabat-Zinn et al., 1986; Kabat-Zinn, 1992), en ansiedad y depresión tiene muchos efectos positivos, entre ellos: reduce el estrés, mitigan los estilos de afrontamiento disfuncionales como las distorsiones cognitivas (rumiación y catastrofización), incrementan las autoevaluaciones positivas y la activación psicofisiológica, alivia el estrés postraumático, entre otros (Goldsmith, 2014; Segal et al., 2002). También se ha demostrado que produce efectos positivos en la calidad de vida, en el bienestar personal de los individuos (Hölzel et al., 2011), así como en incremento de emociones positivas y la autorregulación emocional (Kabat-Zinn et al., 1992; Ding et al., 2014).

En concordancia con otras investigaciones (Inchausti et al., 2013), y en base los resultados aquí obtenidos en la escala MASS, se pudieron detectar mejoras significativas en la capacidad para estar atento y consciente al momento presente, en los sujetos después del entrenamiento en mindfulness. Se ha visto que esta técnica actúa mejorando también los procesos cognitivos como la atención y la concentración, en comparación con los valores previos o con los individuos no entrenados (Tang et al.,2007; Ding et al.,2014).

Este resultado se puede explicar desde una perspectiva biológica; los estudios que evalúan actividad eléctrica cerebral han reportado la relación entre la práctica de Mindfulness y la asimetría frontal, por ejemplo el entrenamiento de 8 semanas en reducción de estrés basado en Mindfulness incrementa la activación frontal izquierda, disminuye el afecto negativo e incrementa las emociones positivas (Davidson et al.,2003; Moyer et al.,2011); también se ha demostrado que el entrenamiento de 2.5 hrs durante 5 días en individuos con historial de enfermedades psiquiátricas y condiciones neurológicas, sin entrenamiento previo en este tipo de técnicas, incrementa las emociones positivas, mejora la neuroplasticidad y el flujo cerebral del cortex frontal el cual está asociado con habilidades mentales superiores de atención y cognición (Yi-YuanTang et al., 2015).

La presente investigación tiene la desventaja de haberse realizado en una muestra pequeña, dada que por falta de tiempo también nos limitó la extensión de la población que se investigó, por lo que los resultados obtenidos de la misma deben de ser tomados con cautela. Quedando como perspectiva futura ampliar la muestra y confirmar los resultados.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Coordinación de Investigación de la Universidad Latinoamericana, a Oswaldo Acevedo Mora y Roberto Juárez Omaña de Programas Ejecutivos; por el apoyo brindado. A las alumnas de Licenciatura en Psicología de

Programas Ejecutivos, Bertha Dinorah Fuentes Soto y Patricia Mendoza por su ayuda en la evaluación de los instrumentos.

REFERENCIAS

1. Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
2. Bobes, J., García-Calvo, C., Prieto, R., García-García, M. y Rico-Villademoros, F. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 83-93
3. Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003) The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003, Vol. 84, No. 4 822-848.
4. Carlson, L., Speca, M., Patel, K. D. y Goodey, E., (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571–581.
5. Chiesa A, Calati R, Serretti A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clin Psychol Rev.* Apr;31(3):449-64.
6. Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, ., Santorelli, S.F., et al.(2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom. Med.* 65,564–570.
7. Ding, X., Tang, Y.Y., Tang, R., and Posner, M.I. (2014). Improving creativity performance by short-term meditation. *Behav. Brain Funct.* 10:9.
8. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2017)
9. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
10. Goldsmith, Gerhart J, Chesney SA, Burns JW, Kleinman B, Hood MM. Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress symptoms: building acceptance and decreasing shame. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2014 Oct;19(4):227-34.
11. Grippo AJ. (2009). Mechanisms underlying altered mood and cardiovascular dysfunction: the value of neurobiological and behavioral research with animal models. *Neurosci Biobehav Rev.* Feb;33(2):171-80.
12. Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S., y Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-

- behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53–66.
13. Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R., and Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspect. Psychol. Sci.* 6, 537–559.
 14. Inchausti, F., Prieto, G. y Delgado, A.R. (2013) Análisis Rasch de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale en una muestra clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
 15. Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer
 16. Lengacher, C. A.; Johnson-Mallard, V.; Post-White, J.; Moscoso, M. S.; Jacobsen, P. B.; Klein et al. (2009). Randomized controlled trial of Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*.
 17. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
 18. Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* 149, 936–943.
 19. Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. y Sellers, W. (1986). Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
 20. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(6):837-41.
 21. Moyer, C.A., Donnelly, M.P.W., Anderson, J.C., Valek, K.C., Huckaby, S.J., Wiederholt, D.A., et al. (2011). Frontal electroencephalographic asymmetry associated with positive emotion is produced by very brief meditation training. *Psychol. Sci.* 22, 1277–1279.
 22. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2018. Revisado en: <http://www.who.int/es/>
 23. Romano-Torres M, Fernández-Guasti A. (2010). Estradiol valerate elicits antidepressant-like effects in middle-aged female rats under chronic mild stress. *Behav Pharmacol.* Mar;21(2):104-11.
 24. Segal, V.Z., Williams, M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. NY: Guilford Press.
 25. Sharma M, Rush SE., (2014). Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *J Evid Based Complementary Altern Med*.

26. Silva C. Hernández M. A. Jiménez C. B. E. et al. Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. *Psicología y salud*, Vol 26, Núm. E: 253-262, Julio-Diciembre de 2016.
27. Tang, Y.Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu,Q., et al. (2007). Short term meditation training improves attention and selfregulation. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 104, 17152–17156.
28. TangY-Y, Lu Q, Feng H,Tang R and Posner MI (2015) Short-termmeditation increases blood flow in anterior cingulate cortex and insula. *Front. Psychol.*
29. Vásquez-Dextre, E. (2006). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr* 79 (1).
30. Watts, A. (1992). *Psicoterapia del este, Psicoterapia del Oeste*. Buenos Aires: Kairós.
31. Willner P. Chronic mild stress (ECM) revisited: consistency andbehavioural-neurobiological concordance in the effects of ECM. *Neuropsychobiology* 2005; 52:90–110