

Mindfulness, protocolo para el manejo de pacientes con depresión clínica: Plan de Intervención

Mindfulness, Protocol for the Management of Patients with Clinical Depression: Intervention Plan

¹Melissa Jazmín María Mendoza, ²Neri del Carmen Pérez Mata

¹melona_21@hotmail.com; Universidad Abierta Para Adultos, UAPA; Santiago,
República Dominicana

²neriperez1337@gmail.com; Universidad Abierta Para Adultos, UAPA; Santiago, República Dominicana



Mindfulness, Protocolo para el Manejo de Pacientes con Depresión Clínica: Plan de Intervención. © 2023 by Melissa Jazmín María Mendoza y Neri del Carmen Pérez Mata is licensed under [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Resumen

El Mindfulness supone focalizar la atención en lo que se está haciendo, algo que los profesionales de la salud mental, muchas veces no logran con pacientes que presentan depresión clínica. Con la práctica de la atención plena se pretende ser consciente del devenir del organismo y la conducta. Para ello, es necesario aprender a pasar de las respuestas automáticas de la mente a las responsables y conscientes. En caso de depresión, una situación de salud mental de las más recurrentes implica tomar medidas que puedan evitar que las próximas generaciones puedan

Abstract

Mindfulness means focusing attention on what is being done, something that mental health professionals often do not achieve with patients who present clinical depression. With the practice of full attention it is intended to be aware of the evolution of the organism and behavior. For this, it is necessary to learn to pass the automatic responses of the mind to the responsible and conscious ones. In the case of depression, a mental health situation that is one of the most recurrent than one might think, which implies taking measures that can prevent future

verse afectadas por esta situación que aumenta con el pasar de los años, es lo que ha motivado al desarrollo de un plan de intervención especializado. Dentro de los principales resultados, se muestran que el 80% de los pacientes que acuden al Área de Salud Mental de la Prestadora de Servicios de Salud, PREVENTIS, presenta cuadro de depresión severa, 60% presenta síntomas de tristeza, 40% de los pacientes evaluados muestra síntomas de pesimismo, 70% de los pacientes manifiesta síntomas de fracaso, 70% pérdida de placer, 50% sentimientos de culpa, autocastigo severo en el 90%, 50% autocrítica, pensamientos suicidas, entre otros. A esto se agrega la pérdida del interés. Para mejorar los síntomas, se debe buscar una manera de enseñar la relajación y la meditación, logrando que el paciente pueda autorregularse cuando se presenten, teniendo un contacto interno consigo mismo. Todo esto a través de un plan de intervención capaz de centrar al paciente en la experiencia, motivándole a vivir en el momento presente, aceptando su realidad, sin juzgarla.

Palabras claves: mindfulness, autorregulación, depresión clínica, plan de intervención, emociones.

generations from being affected by this situation that increases over the years, is what that has motivated the development of a specialized intervention plan. Among the main results, it is shown that 80% of the patients who attend the Mental Health Area of the Service Provider, PREVENTIS, present severe depression, 60% present symptoms of sadness, 40% of the patients evaluated show symptoms of pessimism, 70% of the patients manifest symptoms of failure, 70% loss of pleasure, 50% feelings of guilt, severe self-punishment in 90%, 50% self-criticism, suicidal thoughts, among others. Added to this is the loss of interest. Therefore, to improve the symptoms, a way of teaching relaxation and meditation must be found, allowing the patient to self-regulate when they occur, having an internal contact with himself. This through an intervention plan that is capable of centering the patient in the experience, motivating him to live in the present moment, accepting his reality, without judging it.

Keywords: Families, Management Team, Educational Management, Integration, Communication

INTRODUCCIÓN

Los pacientes diagnosticados con depresión, en muchas ocasiones, tienen dificultad para expresar sus emociones, no saben cómo reaccionar ante determinadas situaciones y, para ellos, lo más funcional es aislarse, alejarse de aquellos que consideran no les entienden. Estas manifestaciones suelen ser evidentes en el contexto laboral, social o familiar, por lo que, a través de una investigación de tipo descriptivo, se pretenden identificar los indicadores de dicho trastorno, a fin de desarrollar un plan de intervención con estrategias mindfulness que permita enseñarles a regular sus emociones de forma consciente. El objetivo es lograr que continúen su proceso de evolución siendo capaces de responder asertivamente a los distintos acontecimientos que, dentro de su cotidianidad, les provoca el cuadro depresivo.

Es necesario dejar en claro que, con el desarrollo de este plan se ayuda a cultivar la denominada mente de principiante, donde tendrán la capacidad de percibir las cosas como si fuera la primera vez, motivándoles a estar abiertos a las nuevas posibilidades que se les presenten. Es una manera de enseñarles a vivir en estado mindfulness, que significa dejar que el momento presente les sorprenda.

En general, el mindfulness busca desarrollar la habilidad de la atención plena para regularlas, motivar las relaciones con toda la diversidad a través de la propia experiencia interna y externa. Las

actividades diseñadas son adaptables a diversos síntomas, desde tristeza, llanto recurrente, desinterés, los sentimientos de culpa, la falta de sueño, inclusive, la irritabilidad, entre otros. Esto propicia que el paciente aprenda a regular sus reacciones a través de la creación de hábitos capaces de convertirse en un estilo de vida. Se ha implementado una metodología que se fundamenta en los criterios y decisiones que se jerarquizan para la acción del proceso terapéutico. Es decir, el rol que tienen el paciente y el terapeuta en el proceso de ejecución de las actividades y la utilización de los recursos para lograr hábitos de práctica mindfulness. Es importante destacar que el plan de intervención se enfocará en ayudar al paciente, luego de establecer los criterios diagnóstico de su cuadro clínico, a desarrollar la atención plena, manejar sus emociones, adquirir la capacidad de sentir compasión por su entorno, dejar que pasen los malos momentos, sin aferrarse a ellos, que puedan crear hábitos para disfrutar de cada etapa de sus vidas y, sobre todo, que aprendan a ver la vida de modo distinto.

Con la implementación de este programa se espera que cada paciente pueda obtener las herramientas para relajarse en momentos de tensión, saber identificar sus sentimientos en cualquier circunstancia con miras a realizar ajustes creativos que puedan ayudarles a responder a lo que sucede en su entorno, ser capaz de autorregularse y aprender de ellas, mejorar su concentración para el disfrute de los pequeños detalles y hacer de estas

actividades un hábito que mejore su estabilidad física, mental y emocional.

Es pertinente que, para la implementación de este programa, los terapeutas se sometan a un período de práctica, por lo menos, de un mes, aparte del taller que se les ofrece para que conozcan el contenido del mismo. Esto es importante, debido a que la práctica *mindfulness* carece de sentido si el practicante no se basa en su propia experiencia vital. La investigación incluye un plan de intervención utilizando la técnica de *Mindfulness* para el manejo de síntomas emocionales en pacientes con depresión en el Área de Salud Mental de la Prestadora de Servicios de Salud, PREVENTIS en la ciudad de Santiago.

DESARROLLO

La neurociencia se entiende como el conjunto de disciplinas científicas que estudian el sistema nervioso, con el fin de acercarse a la comprensión de los mecanismos que regulan el control de las reacciones y el comportamiento del cerebro, las interacciones químicas y eléctricas de estas células, las sinapsis, se derivan todas las funciones que definen al ser humano: desde aspectos sencillos como mover un dedo, a la experiencia tan compleja y personal de la consciencia, de saber qué está bien o mal, hasta crear cosas que nunca nadie intentó antes.

Tradicionalmente la neurociencia se ha considerado una subdisciplina de la bio-

logía, pero actualmente es un activo campo multidisciplinar, en el que trabajan también psicólogos, químicos, lingüistas, genetistas, e incluso científico de la computación, entre otros, lo que permite tener una visión del cerebro humano mucho más amplia y así avanzar tanto en el campo clínico como en otros campos o disciplinas. (Campos, 2014, p. 12)

El cerebro humano es una estructura viviente capaz de coordinar pensamientos y emociones, el centro de la razón y la lógica. La evolución del cerebro desde algún *Australopithecus* hasta alcanzar la condición actual, ha requerido de unos tres millones de años, lo cual implica un aumento de su tamaño de, aproximadamente tres veces y una reorganización de las conexiones neuronales.

Se considera el órgano más complejo del cuerpo humano, el centro de control para la mayoría de las funciones corporales y manifestaciones emocionales. Constituye el núcleo de la identidad, que determina lo que se es, se siente y la manera como la persona se comporta. En base a esto, se puede decir que el cuerpo se encuentra subordinado a un control interno que le permite hacer uso de los sentidos, realizando un sinnúmero de funciones neurobiológicas que se originan en el cerebro mismo.

El reconocido artista, científico e inventor italiano Leonardo Da Vinci, autor de la frase “las lágrimas vienen del corazón y no del cerebro” se encuentra muy lejos de la realidad. Hoy se afirma que “el cere-

bro es quien controla, en última instancia, todo el comportamiento, haciendo que las lágrimas y las risas ilustren perfectamente la conexión entre la mente y el cuerpo, puesto que son una manifestación física de un estado psicológico. Esta simple manifestación conlleva una serie de procesos que deben surgir en distintas áreas del cerebro que no pueden ser comprendidas sin antes analizar la estructura del sistema nervioso". (Loveday, 2017) Dentro de las principales estructuras cerebrales que pueden estar involucradas en los procesos de aprendizaje, Gómez (2020) ha descrito las siguientes en su informe:

Motora: Se compone de la corteza motora, la premotora, y el área de Broca o centro del lenguaje. Se encuentra delante del surco central o Cisura de Rolando y ocupa la mitad superior del lóbulo frontal.

Sensitiva somatestésica: Se relaciona con las sensaciones que provienen del cuerpo, tales como el tacto, presión, temperatura y dolor. Ocupa casi la totalidad del lóbulo parietal y se encuentra dividida en primaria y secundaria. La primera funciona como centro de relevo inferior del cerebro y transmite la información a otras regiones de la corteza cerebral.

Visual: Ocupa todo el lóbulo occipital, en su parte primaria, es capaz de detectar puntos específicos de luz y oscuridad y orientaciones de líneas y límites. Es la parte que tiene que ver con las estimulaciones eléctricas, las cuales hacen que

las personas vean los colores e imágenes simples.

Auditiva: Se localiza en la mitad superior de los dos tercios anteriores del lóbulo temporal, donde se detectan los tonos específicos, sonoridad y otras cualidades del sonido, en su forma primaria. Las estimulaciones eléctricas provocan que la persona escuche un sonido simple que puede ser débil o intenso.

Área de Wernicke o centro de la comprensión de las palabras habladas para integración sensitiva: Se encuentra localizada en la parte posterior de la zona superior del lóbulo temporal, en el punto en donde se ponen en contacto el parietal y el occipital con el temporal. Esta área se encuentra desarrollada solo en uno de los dos hemisferios, generalmente el izquierdo.

Memoria reciente del lóbulo temporal: Para el almacenamiento a corto plazo la mitad inferior del lóbulo temporal parece ser de gran importancia, pudiéndose retener información persistente entre pocos minutos y varias semanas.

Prefrontal: Ocupa la mitad del lóbulo frontal y su función no se encuentra adecuadamente definida. Al respecto, solo se tienen datos de que es extirpada en algunos pacientes psicóticos, con la finalidad de rescatarlos de los estados depresivos en los que se sumergen, llegando a funcionar adecuadamente en su entorno, aunque pierden la capacidad de concentración durante largos periodos de tiempo.

Frontal: Incluye el área motora primaria, que se extiende sobre el límite del lobulillo paracentral y si es estimulada es capaz de producir movimientos aislados en el lado opuesto del cuerpo, contrayendo algunos grupos musculares que se relacionan con movimientos específicos. Su principal responsabilidad es llevar a cabo movimientos individuales de diferentes partes del cuerpo.

Parietal: Dentro de la misma se encuentran el área somatoestésica primaria, que ocupa la circunvolución central encima de la superficie lateral del hemisferio posterior del lobulillo paracentral sobre la superficie medial. Se encarga de procesar la información sensorial de la piel, los músculos y las articulaciones.

Occipital: Se encuentra ubicada en las paredes de la parte posterior al sacro calcario. Es la que se encarga de procesar imágenes captadas por la retina del globo ocular y dirigidas a través del nervio óptico.

Temporal: Incluye tres áreas específicas: La auditiva primaria, ubicada en la pared inferior del surco lateral, responsable del procesamiento de la información auditiva. La auditiva secundaria, se encuentra detrás de la primaria y se cree que es indispensable para lograr la interpretación de los sonidos. Finalmente, la sensitiva del lenguaje de Wernicke, que se conecta con el área de Broca por el haz de fibras llamado fascículo arcuato, permitiendo la comprensión del lenguaje hablado y de la escritura.

Caballero, (2019) explica que el procesamiento de las emociones se lleva a cabo en el sistema límbico, donde intervienen el hipocampo, la amígdala, hipotálamo y los cuerpos mamilares. Todas estas estructuras funcionan como receptores e interpretadores de las sensaciones, a las cuales proporcionan significados. Cuando se cumple este proceso, la información pasa al neocórtex que, en conjunto con el sistema límbico, la procesan para que se manifiesten en las distintas emociones que expresa el ser humano.

Otro elemento que juega un rol fundamental en el procesamiento de las emociones es la memoria a largo plazo. Esta se une a los receptores de información, que son los sentidos, para activar los recuerdos que se asocian a las sensaciones. El resultado es información apropiada referente a los estímulos que se manifiestan. En definitiva, ayudan a comprender si lo que sucede representa una amenaza o, por el contrario, proporciona bienestar. (Loveday, 2017, p. 68)

Las emociones son consideradas importantes para que ocurra el aprendizaje, en cualquier etapa de la vida, pues tienen un efecto directo en la estimulación de las actividades que se desarrollan en las redes neuronales y, a su vez, constituye un refuerzo de las conexiones sinápticas. En definitiva, existe mayor consolidación del aprendizaje si las emociones se encuentran involucradas.

Depresión

La depresión es un trastorno que, según Castellanos et al. (2020) se caracteriza por dos principales síntomas que incluyen estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer por todas aquellas actividades que en tiempos anteriores proporcionaban placer, a lo que se le denomina anhedonia. Con estos dos, pueden coexistir otros síntomas como pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento motriz, sentimiento de inutilidad, fatiga, pérdida de energía, dificultad para concentrarse e ideación suicida constante. (p. 5)

Fernando y Jaramillo (2015) agrega que el cambio importante que se da en el estado depresivo, tiene connotaciones que implican la patologización de cada una de las emociones o sensaciones, lo que altera el día a día. En dicha aproximación se puede estar entre lo normal y lo clínico, enfatizando en las decisiones y criterios sobre el grupo de síntomas que se dan en un entorno de cotidianidad y en respuesta al evento estresante, una forma de enfrentarse a una pérdida significativa, lo que se considera una reacción normal, en este último caso.

En este sentido, lo que se conoce como depresión, actualmente, según lo que establece Otte et. al. (2016) es un trastorno que puede tener gran inferencia en el área funcional y social, caracterizándose por bajo estado de ánimo, reducción del interés, alteraciones de la capacidad cognitiva y síntomas de letargo.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su 5ta. edición. (DSM-5, 2014) establece que la depresión clínica se caracteriza por episodios determinados que perduran, al menos, dos semanas, aunque se entienden que los mismos pueden ser más prolongados. Estos explican cambios relacionados con el afecto, cognición y funciones neurovegetativas y, en algunos casos, remisiones interepisódicas.

Para desarrollar el diagnóstico, es pertinente que se presenten cinco o más de los síntomas que se enumeran a continuación, con una duración de dos semanas y representa cambio en funcionamiento previo y que, al menos uno de los síntomas se relacione con el estado de ánimo deprimido, sin incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva, es decir, lo que deja explicar el paciente o por parte de observación de otras personas.
- Disminución del interés o placer que proporcionaban todas o casi todas las actividades que se suelen realizar, la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de peso importante sin que la persona se encuentre haciendo dieta. También puede darse un caso contra-

rio, que se evidencia aumento de peso, con una modificación de un 5% del peso corporal en un mes, o también de disminución o aumento del apetito, en las mismas condiciones.

- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso en el funcionamiento psicomotor casi todos los días, que sea observable por otros, no simplemente por la sensación subjetiva.
- Fatiga o falta de energía casi todo el tiempo.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada. Esta puede darse como un síntoma delirante y no ser un simple autorreproche por estar enfermo.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones todos los días, a partir de la información subjetiva o de observación de otras personas.
- Pensamientos de muerte recurrentes, no solo considerar el miedo a morir, incluir las ideas suicidas recurrentes, sin un plan determinado, intento suicida o plan específico para ejecutarlo.

Es necesario determinar si los síntomas causan malestar clínicamente significa-

tivo o deterioro en lo social, laboral o cualquier otra área de funcionamiento y el episodio no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Tampoco se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otros, ya sea especificados o no. Finalmente, no puede haber historia de episodio maníaco o hipomaníaco. Depresión y su tratamiento con mindfulness

Como lo establece Cleare et al. (2015) para el tratamiento de la depresión existen una gran variedad de tratamientos. Sin embargo, muchas guías concuerdan que el mejor tratamiento es una combinación de intervenciones diversas, a nivel farmacológico y psicológico. Agrega que, si se llevan a cabo en entornos de atención plena, puede considerarse un beneficio, debido a que algunos pacientes, se inclinan más por una psicoterapia que por un tratamiento farmacológico y los servicios especializados se encuentran sobrecargados.

López (2020) entiende que son necesarios tratamientos alternativos para los pacientes que no toleran fármacos o no presentan remisión de síntomas con ellos, lo que reduciría los costos y, en dado caso, las recaídas que son consecuencia de la farmacoterapia. Incluir la psicoterapia con entornos de atención plena, es ampliamente adaptable a la terapia cognitiva conductual y terapia de resolución de problemas.

Este mismo autor, indica que las intervenciones basadas en mindfulness han sido muy estudiadas en los últimos años, y su evidencia más que demostrada. Sin embargo, pocos son los estudios que se han enfocado en evaluar sus beneficios en los entornos de atención psicológica, sobre todo, en un formato breve.

Atención plena o mindfulness

“El mindfulness ofrece una forma distinta de responder a los acontecimientos que ocurren en la cotidianidad de la persona, evocándose a accionar cálida, compasiva y empáticamente”. (Heaversedge, 2012, p. 63)

Esto quiere decir que la atención plena es una manera de ayudar a la persona a desarrollar su capacidad para responder asertivamente ante las distintas situaciones que se les presentan en la vida, sin juzgar su accionar ni las consecuencias de lo que pasa.

Con ese método se entrena la atención plena, la capacidad de percibir plenamente los propios pensamientos y emociones, lo que está ocurriendo en el cuerpo y el entorno que rodea a la persona. Se trabaja con ejercicios simples de meditación que ayudan a generar deliberada y suavemente más consciencia, más ser en la propia experiencia.

En la práctica de mindfulness, se abandona durante un momento la acción y se limita a observar qué ocurre, con curiosidad y amabilidad, sin juzgar lo que pase

alrededor. Se observa que todo surge y desaparece y que no hay que quedarse atrapado en eso. Se puede observar todo con compasión e interés. Los pensamientos y sentimientos que alberga, no deben dominarlo, aprende a que puede dejar de tomárselo todo a pecho, vislumbrando la posibilidad de vivir de forma más ligera, soltando espontáneamente el peso que carga. Gracias a ello, descubre la base para relacionarse de forma más amable, con confianza en sí mismo y hacia los demás y con la propia vida.

“Con el mindfulness se aprende a tolerar el impulso de seguir patrones innecesarios. Se cultiva espacio entre pensamiento y acción, y, al adquirir la habilidad, aumenta la capacidad de estar en el espacio, reaccionando menos compulsivamente”. (Heaversedge, 2012)

Relación del mindfulness con otros constructos psicológicos

Existen algunos constructos que se relacionan con el mindfulness y se pueden llevar al ámbito de la psicología y la práctica terapéutica, propiamente dicha, en este caso, partiendo de algunos autores como Guasp (2020) se expresan los principales en los subacápites.

Como rasgo de personalidad

El mindfulness entendido como rasgo de personalidad se refiere al conjunto de conductas que se observan, las disposiciones o tendencias innatas de las personas, relacionadas con el deseo na-

tural de ser consciente (mindful), donde rasgos característicos que resaltan las diferencias individuales, que se podrían cultivar. Guasp (2020) expresa que las mismas incluyen la capacidad para no ser reactivo a las experiencias internas, la observación, la capacidad de prestar la debida atención y ocuparse de manera adecuada de lo que se siente, percibe, piensa y lo que esto genera en su interior, en definitiva, actuar con conciencia y no juzgar la experiencia.

Cepeda (2015) explica que el interés por el mindfulness como rasgo de personalidad es muy reciente, donde se aprecian los grandes beneficios que proporciona combinar dicho rasgo de personalidad con la práctica. Son muchos los beneficios que se invocan al generar bienestar; menores síntomas relacionados con el estrés, ansiedad, depresión mientras se genera placer, disfrute, inspiración, vitalidad y satisfacción con la vida misma.

Como técnica psicológica

Como técnica psicológica el mindfulness ayuda a los especialistas de la salud mental y a cada paciente que atiende, a admitir cada uno de sus pensamientos y emociones, sin importar los que sean, sin juzgarlos. Para Vásquez (2016) el mindfulness, es una propuesta que lleva a entrenar a los pacientes en identificar sus propias sensaciones, emociones y pensamientos, tratando de exteriorizarlos, sin enfocarse en la tiranía del lenguaje y, por lo tanto, en el prejuicio y subyugación a las categorías y conceptos.

Supone focalizar la atención en lo que se está haciendo o sintiendo, para ser conscientes del devenir del organismo y las distintas conductas. Para ello hay que pasar de la reactividad de la mente, considerada una respuesta automática e inconsciente, a la responsabilidad, donde la persona procede de manera más controlada y consciente. Evitar que la mente trabaje en piloto automático.

Como relajación y meditación

Desde esta perspectiva, se trabaja más con la gestión del estrés, que envuelve un sistema de amenaza o miedo. El mismo, trabaja en conjunto con la percepción, donde los sentidos juegan un papel fundamental, la amígdala, considerada centro límbico del miedo, y la memoria, cuyo centro es el hipocampo. En este sentido, si la memoria indica que la señal percibida es de peligro, la respuesta tiene dos vías: correr o luchar. Si la exposición al peligro se prolonga, inicia la actuación del cortisol, cuyos efectos secundarios pueden ser muy negativos.

“El entorno ha sufrido cambios a nivel social y todo lo cotidiano, aunque continúe disponiendo de los mismos recursos o mecanismos biológicos, el estrés se hace más presente y con él aparecen nuevos síntomas que deben ser gestionados efectivamente”. (Acosta, 2011, p. 36). El estrés es subjetivo, aunque se trata como algo que suele ser provocado por el entorno. Es decir, un mismo acontecimiento no produce el mismo nivel de estrés en todas las personas, ni siquiera

para el mismo sujeto resulta ser igual en momentos distintos de su vida.

Sus consecuencias no siempre resultan negativas. En algunas ocasiones, se constituye en la oportunidad perfecta para poner en marcha nuevos recursos o mecanismos personales que, hasta ese momento, se encontraban inactivos, provocando un fortalecimiento de la autoestima y aumentando las posibilidades de éxito en el futuro. Los recursos utilizados, suponen la actividad física de luchar o huir, casi de forma exclusiva; es decir, incluye la acción muscular, en todo el sentido de la palabra. Si esta acción no se produce, la gestión del estrés se dificulta o se hace nula. La gestión del estrés se puede lograr con actividades que ayudan a preservar el equilibrio emocional. Con la atención plena se logra la autorregulación oportuna, sin perder el sentido de alerta.

Como espiritualidad

El mensaje fundamental de la práctica del mindfulness es que la persona entienda que la causa subyacente de cualquier problema que genera insatisfacción y angustia proviene de su propia cabeza. Cuando no puede prestar atención de manera clara a lo que sucede en su entorno, se pierde en el arrepentimiento del pasado y el temor de lo cual se traduce en infelicidad. Guasp (2020) agrega que, es una manera de conectar con el equilibrio y, al mismo tiempo, tener un mayor contacto con lo espiritual, con la relación

que se tiene con la fe, sin importar la creencia que se tenga.

Como metacognición

Con relación a la metacognición, se indica que es la capacidad de identificar el estado mental de sí mismo, asumiéndolo y regulándolo, reconociendo, al mismo tiempo, la mente de cualquier contenido diferenciado del propio. Linares, Estévez, Soler y Cebolla (2016) indican que al desarrollar la práctica mindfulness, esta habilidad se desarrolla con mayor facilidad y permite al paciente reaccionar de manera rápida ante situaciones que le ponen en peligro de aumentar su reactividad.

Componentes del mindfulness

Tomando como referencia lo que propone Vásquez (2016) quien expresa que el mindfulness se desprende del zen y que cuenta con cinco componentes, entre los que destacan:

Atención al momento presente: que tiene que ver con el concentrarse en lo actual, el lugar en el que se está, sin estar pendientes de lo que pasará o lo que ya pasó. Mientras se procede a meditar se puede atender los propios procesos internos y de la vida cotidiana, concentrándose en la tarea que se está realizando.

Apertura a la experiencia: se relaciona con la habilidad que adquiere la persona al observar cada experiencia, sin la necesidad de colocar esos filtros relaciona-

dos con las creencias. Visualizar lo que se está viviendo como si fuera la primera vez, cada vez que se practique.

Aceptación: entrar en un proceso de experimentación plena, sin defensas, como se presenten, sin oponer resistencia, fluyendo con la vida. En estos casos, en algunas ocasiones, se incurre en conductas inadecuadas en el intento de evitar que la experiencia pueda ser de placer. Ese afán de quedarse pegado al pasado, se enfrenta a una característica básica de la realidad, que tiene que ver con el tiempo de las cosas.

Dejar pasar: en este paso es momento de desprenderse de lo que afecta a la persona y a lo que se aferra, procurando no atesorar esas cosas, relaciones, poder o dinero, la importancia está en lo simple, la felicidad se encuentra en el interior y nada material puede ser estable por mucho tiempo, ya que todo persiste en un ciclo de vida y luego desaparece.

Intención: involucra todo lo que la persona que práctica el mindfulness persigue. Al momento de meditar, lo que se busca la participación consciente, plena, absoluta de lo que se está realizando, lo que, a pesar de que no sea material, debe tener un fin, un propósito, un objetivo personal que motive a la persona hacia dicho objetivo.

METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo descriptiva, no experimental. Entre los métodos utilizados en la investigación se encuentran el deductivo y analítico. Para este estudio, se considera como población la totalidad de los pacientes diagnosticados con depresión clínica, atendidos en la Prestadora de Servicios de Salud (PREVENTIS), en Santiago, en el período de enero 2022 hasta del 2023, tomando como muestra, partiendo del método probabilístico a 20 pacientes que arrojen diagnósticos confirmados, con la finalidad de evaluar sus síntomas, tratamiento implementado y respuestas a las técnicas psicoterapéuticas ejecutadas.

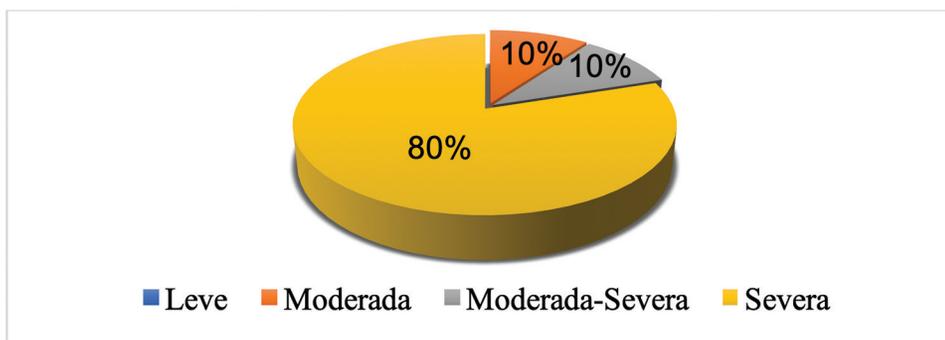
Se revisaron los expedientes de pacientes que se encuentren diagnosticados con depresión motivo por lo cual acudieron a consulta. Se revisó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para establecer el nivel de depresión y determinar los indicadores que se presentan con mayor frecuencia. En lo que respecta al programa, en cada una de las estrategias que se desarrollarán se pretende colocar los beneficios en cada una de las etapas de ejecución.

RESULTADOS

Los detalles que se muestran en el desarrollo de este apartado incluyen los resultados del análisis de los expedientes de pacientes diagnosticados con depresión

atendidos en el área de Salud Mental de la Prestadora de Servicios de Salud, PREVENTIS, a fin de contar con un punto de partida para el desarrollo de un protocolo para el manejo de la depresión a través de Mindfulness con un plan de intervención:

Gráfico 1: Severidad de la depresión.

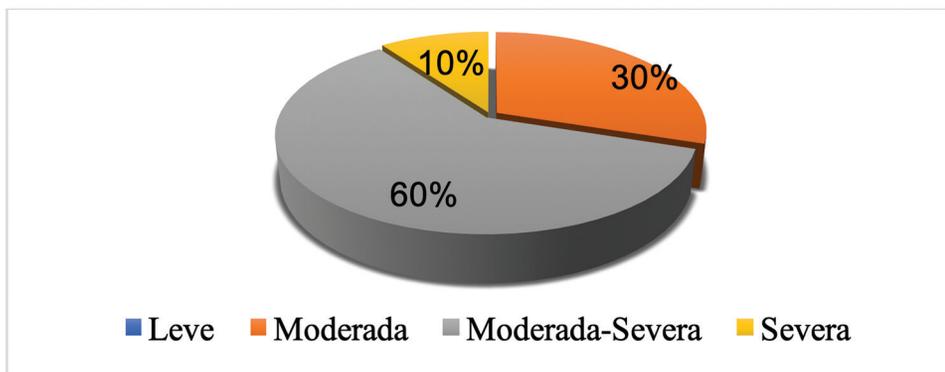


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

El 80% de los pacientes que acuden al Área de Salud Mental de la Prestadora de Servicios de Salud, PREVENTIS, presenta cuadro de depresión severa, 10% se encuentra dentro del rango moderada-severo-, mientras que el 10% restante se ubica en el moderado. La depresión,

es una situación de salud mental más recurrente de lo que se puede pensar, lo que implica tomar medidas que puedan evitar que las próximas generaciones puedan verse afectadas por esta situación que aumentan con el pasar de los años.

Gráfico 2: Síntomas de tristeza.

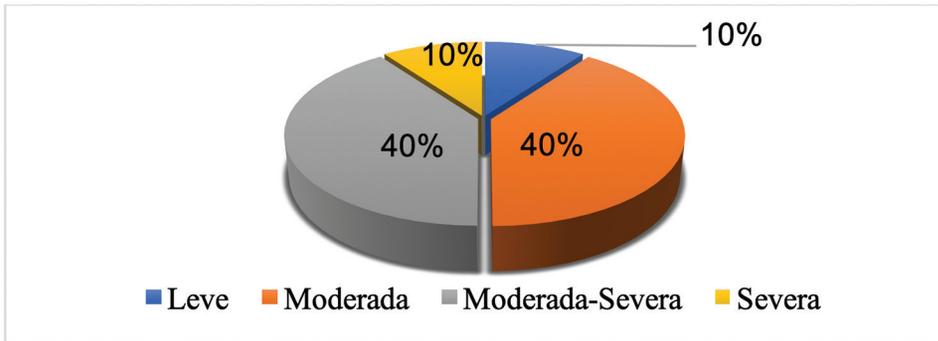


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

En los pacientes atendidos el 60% presenta síntomas de tristeza en rango moderado-severo, 30% moderado, mientras que 10% leve. La información deja claro

que este síntoma se encuentra presente de manera significativa en los pacientes con cuadros clínicos de depresión.

Gráfico 3: Síntomas de pesimismo

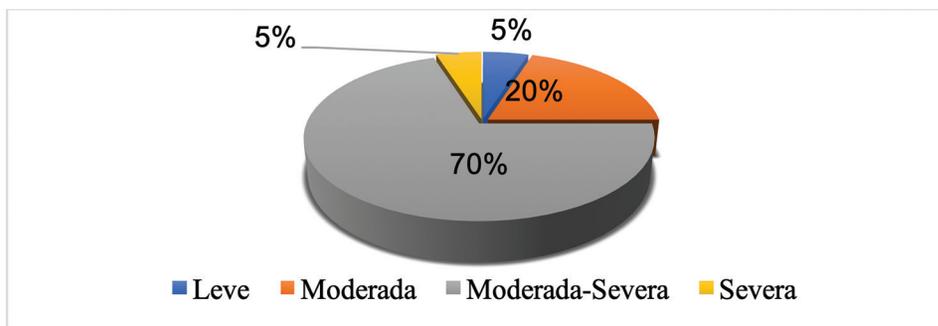


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

Las informaciones denotan que el 40% de los pacientes evaluados muestra síntomas de pesimismo en niveles modero-severo, y moderado, respectivamente, el 10% se encuentra en un nivel severo, mientras

otro 10% indica que presentó un nivel leve. Como un indicador importante, el pesimismo, tiene una influencia fuerte en los pacientes con cuadro depresivos.

Gráfico 4: Síntomas de Fracaso.

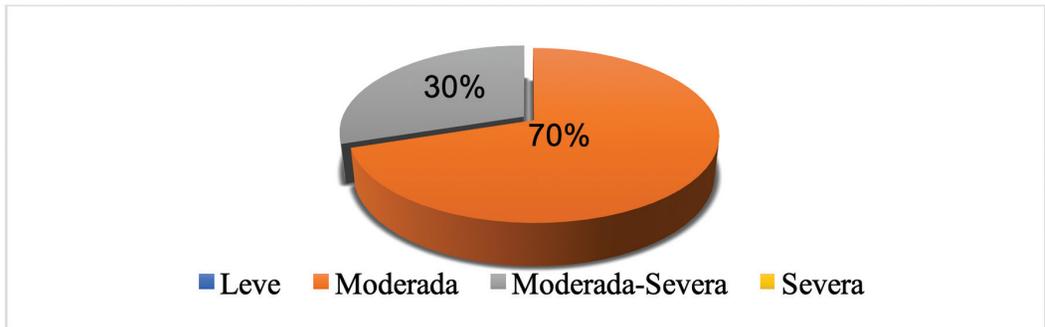


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

El 70% de los pacientes manifiesta síntomas de fracaso, en un nivel moderado-severa, el 20% se encuentra en el rango moderado, 5% en el grado severo,

mientras que el otro 5% se ubica en leve. Esa sensación de no poder hacer nada bien, es un síntoma importante dentro del cuadro clínico de los pacientes atendidos en PREVENTIS.

Gráfico 5: Síntomas de Pérdida del placer

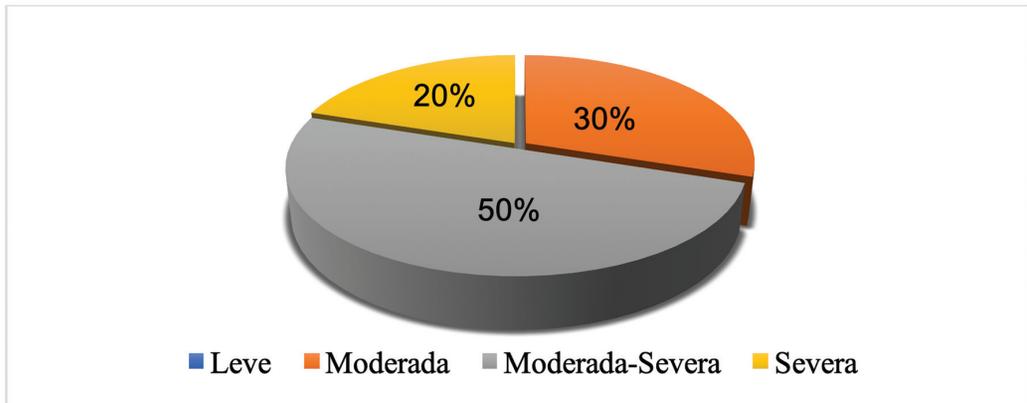


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

Con relación al síntoma relacionado con la pérdida de placer, se manifiesta en el 70% de los pacientes como moderado, el

30% moderado severo. Esta información se considera relevante, porque.

Gráfico 6: Síntomas de sentimiento de culpa

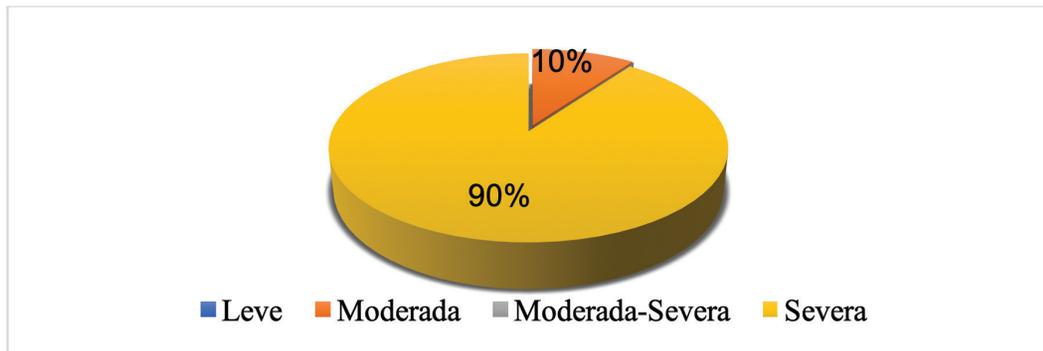


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

El 50% de los pacientes presenta, en un nivel moderado-severo sentimientos de culpa, el 30% establece que moderada, el 20% indica que es severa. Como uno

de los síntomas representativo de los cuadros depresivos y se presenta con mucha frecuencia, puede generar la prolongación del malestar.

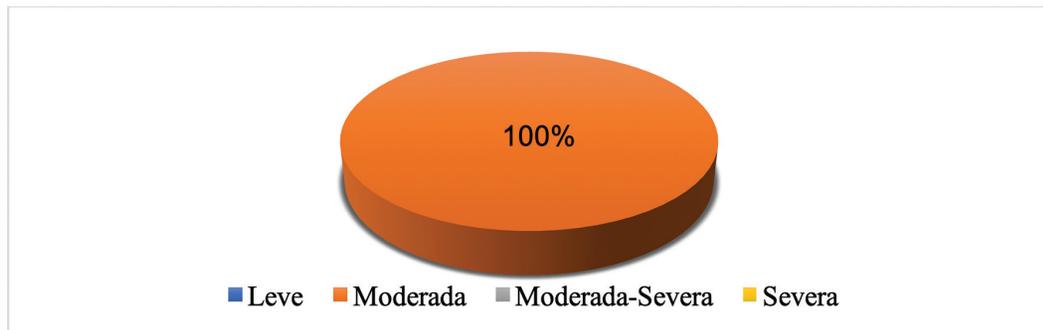
Gráfico 7: Síntomas de Sentimientos de castigos



El 90% de los pacientes evaluados presenta un cuadro severo de síntomas de sentimientos de castigo, por su parte, el 10% presenta un rango moderado. Este

sentimiento de culpa es muy característico de los pacientes que presentan cuadros depresivos, es una de las formas de autocastigarse.

Gráfico 8: Síntomas de Pensamientos o Deseos Suicidas

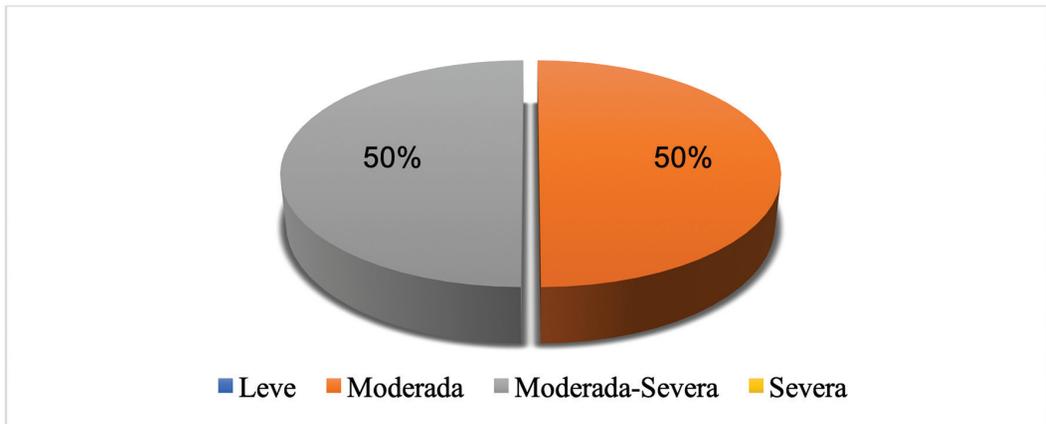


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

El 100% de los pacientes con cuadro depresivo, presenta síntomas de pensamientos o deseos suicida en un nivel moderado. Al respecto, se indica que

existe la idea o el pensamiento suicida, pero la garantía de los pacientes de que no pretende hacerse daño.

Gráfico 9: Síntomas de Pensamientos o Deseos Suicidas

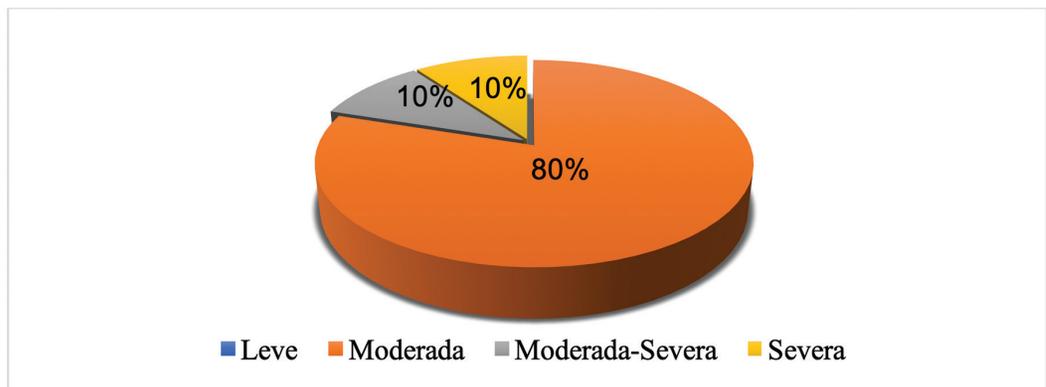


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

Se observa que el 50% de los pacientes tiene el síntoma de llanto en un rango moderado-severo, el otro 50% modera-

do. Este síntoma puede no ser uno de los más relevantes, pero se manifiesta, con mayor o menor frecuencia.

Gráfico 10: Síntomas de Pérdida de Interés

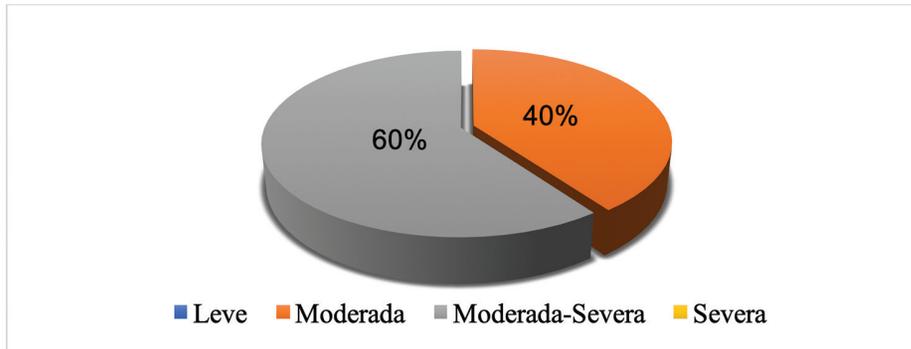


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

El 80% de los pacientes, en relación a la pérdida de interés, manifiesta un rango moderado, 10% moderado-severo,

mientras que el 10% restante severo. Es un indicador de relevancia, aunque se presente de manera moderada.

Gráfico 11: Síntomas de Indecisión

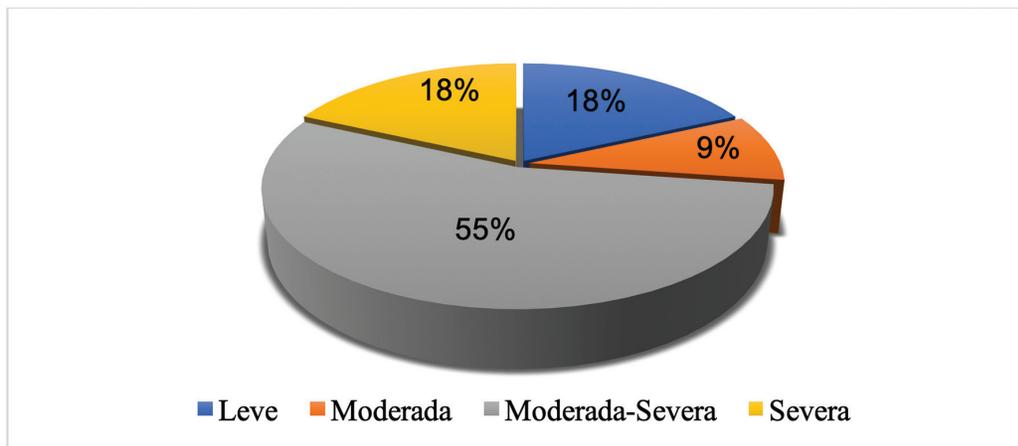


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

60% manifiesta un rango moderado-severo en lo que tiene que ver con indecisión, 40% moderada. Este es un indicador importante, debido a que, muchas

veces, suele impedir que la persona realice ciertas actividades que garantizarían placer..

Gráfico 12: Síntomas de irritabilidad

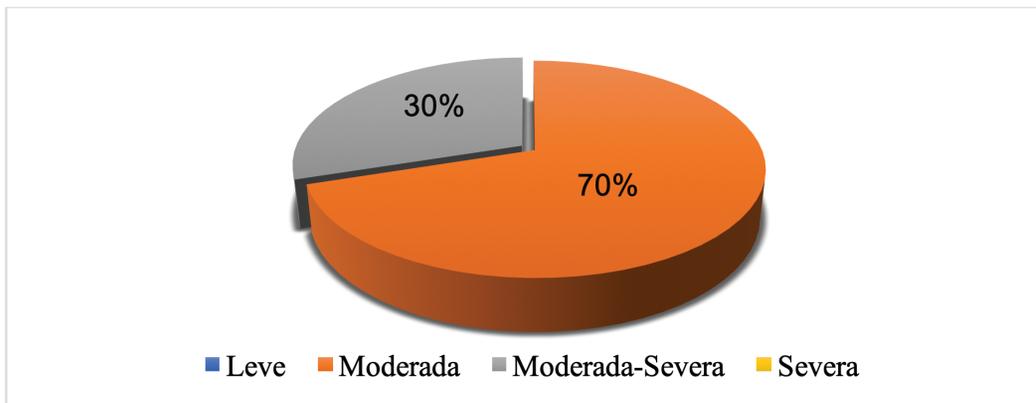


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

Se observa que el 55% de los pacientes atendidos en PREVENTIS tiene un rango moderado-severo en lo que respecta a síntomas de irritabilidad, el 18% presen-

tó un rango severo, otro 18% leve, mientras que el 9% moderado. Un punto a tomar en consideración al momento de desarrollar el plan de intervención.

Gráfico 13: Síntomas de Cansancio o fatiga

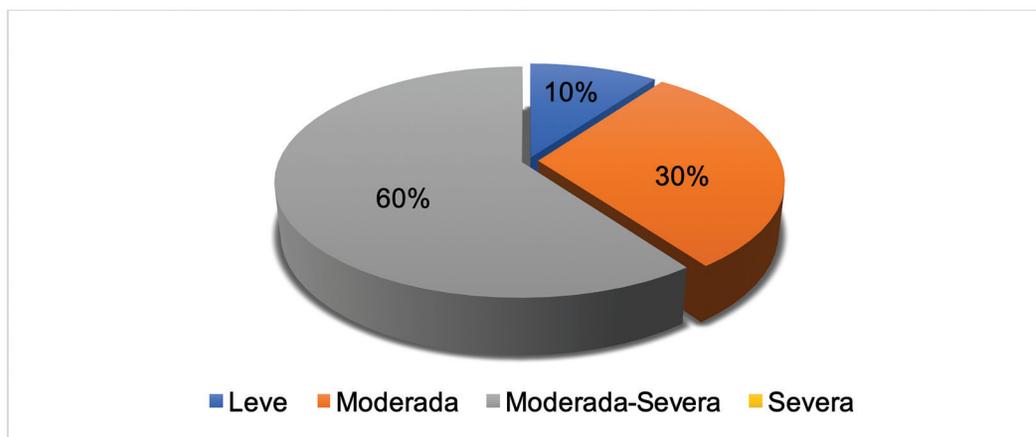


Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

En lo que respecta a los indicadores de cansancio o fatiga, el 70% de los pacientes tiene un rango moderado, el 30% se encuentra entre moderado-severo. Aun-

que no se evidencie de forma constante, debe tomarse en consideración para desarrollar las actividades del plan de intervención.

Gráfico 14: Síntomas de Pérdida del interés en el sexo



Fuente: Expediente e Inventario de Depresión de Beck (Beck-II)

Moderado-severo es el rango que presenta el 60% de los pacientes con depresión clínica en PREVENTIS presentan pérdida de interés sexual, 30% se coloca en

el rango moderado, y el 10% leve. Un aspecto evidente en muchos pacientes con depresión.

Propuesta de Plan de intervención

TEMPORIZADOR		
Actividad	Tiempo de Implementación	Modalidad
Gracias al despertar	6 meses	Diario
Agua como fuente de energía	6 meses	Diario
La caja de lágrimas y Sonrisa.	6 meses	1 semana
Hora de respirar.	6 meses	Interdiario
Conociendo mi mundo interno	6 meses	Diario
Conciencia del cuerpo y relajación	6 meses	Interdiario
Relajación al aprender a respirar	6 meses	Diario
Contemplando el presente (Los 5 sentidos)	6 meses	1 vez al día
Abrazando el silencio.	6 meses	1 vez al día
El arte como <i>Mindfulness</i>	6 meses	1 vez por semana
Abrazando la compasión	6 meses	Diario
<i>Mindfulness</i> guiado (Meditación guiada) tarea para el hogar.	6 meses	2 veces por semana
Tomando consciencia y estimulación de los sentidos.	6 meses	Interdiario
Mover cuerpo y mente	6 meses	1 vez por semana
Paseos conscientes	6 meses	1 vez a la semana
Controlando mi impulso	6 meses	Interdiario

CONCLUSIONES

Presentados y analizados los resultados de la investigación se establecen las conclusiones, dejando en evidencia si los objetivos han podido comprobarse o no, y si podrán establecer las pautas para el desarrollo del documento *mindfulness*, protocolo para el manejo de

pacientes con depresión clínica: plan de intervención.

Se percibe que el diagnóstico de depresión es más frecuente en las mujeres, además de que la adultez temprana tiene mayor propensión a la manifestación de estos síntomas, tomando en consideración lo que establece el Manual Diag-

nóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta. edición (DSM-5). Aunque no se considera un indicador directo, las principales situaciones por las que los pacientes acuden a consulta tienen que ver con cambio en su estado de ánimo, problemas familiares, traumas de infancia y ataques de pánicos.

En lo que respecta al diagnóstico, es una situación de salud mental que, cada vez se hace más recurrente. Se encuentra en un nivel severo en la mayoría de los casos, lo que requiere de acciones inmediatas. Los síntomas de tristeza se manifiestan en un rango moderado-severo, al igual que el sentimiento de fracaso, sentimiento de culpa, pensamientos suicidas, agitación, llanto recurrente, dificultad para la toma de decisiones, indecisiones, irritabilidad, cambio de apetito, dificultad para la concentración y pérdida del deseo sexual.

El sentimiento de castigo se encuentra en un rango severo, al igual que la autocrítica, los cambios en el hábito de sueño, cansancio y la fatiga. A esto se agrega un rango moderado en la pérdida de placer y el interés. Sin embargo, la desvalorización no se presenta en niveles elevados.

La estructura del plan de intervención que consta de actividades para potenciar la oxigenación cerebral, la relajación, mejoras en el desempeño cognitivo y ejecutivo de las reacciones vinculadas a las emociones, trabajar la relación mente-cuerpo y el desarrollo de nuevos intereses vinculados con la estimulación sensorial tomando en consideración de que

el mindfulness puede utilizarse como recurso para influir positivamente en el manejo de la tristeza, llanto, sentimientos de fracaso y sentimientos de culpa. Es una manera de enseñar la relajación y la meditación, logrando que el paciente pueda autorregularse cuando se presenten los síntomas de irritabilidad, ira o enfado recurrente, y el fortalecimiento de la espiritualidad, al tener un contacto interno consigo mismo.

En este sentido, herramientas como relajación, conexión, mejora de la gestión de pensamientos, concentración, empatía, para la toma de decisiones y la atención, pueden desarrollarse en un programa mindfulness como parte importante para trabajar los síntomas manifestados por pacientes con cuadro de depresión clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, M. (2011). *Gestión del estrés: cómo entenderlo, cómo controlarlo y cómo sacarle provecho*. Barcelona, España: Brisca Profit.

Alvear, D. (2015). *Mindfulness, autocompasión y estrés en el profesorado de Educación Secundaria*. Universidad del País Vasco. Dialnet. Universidad de la Rioja. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=112195>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los*

Trastornos Mentales. DSM5 (5ta. Edición). Editorial Médica Panamericana.

Arias, F. (2012). *El Proyecto de investigación: introducción a la metodología científica*. (6ta. Edición). República Bolivariana de Venezuela. Episteme. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>

Argotty, K. (2016). *Efectividad de las técnicas de relajación: Entrenamiento de la relajación progresiva, basado en Jacobson y el escaneo corporal (Body Scan), en los cantantes del coro de la pontificia Universidad Católica del Ecuador, para disminuir estrés y ansiedad.* Repositorios.puce.edu.ec. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12544/Tesis%20Karen%20Argotty.pdf?sequence=1>

Bandino, C. (2018). *Mindfulness y neurociencia: manual práctico para educadores*. España: Grijalbo.

Bayona, F. (2012). *Desarrollo embrionario del sistema nervioso central y órganos de los sentidos: revisión*. Univ Odontol. Ene-Jun; 31(66): 125-132.

Bernal, F. (2010) *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. Episteme. Caracas, Venezuela.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness:

A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Burke, C. (2010). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal Of Child & Family Studies*, 19(2), 133-144. doi:10.1007/s10826-009-9282-x

Byford, S. Dalgleish, T., Evans, A. Holden, E., Kuyken, W., Radford, S., Taylor, R., Teasdale, J., Watkins, E. & White, K. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1105-1112.

Caballero, M. (2019). *Neuroeducación de profesores y para profesores*. Madrid, España: Pirámide.

Campos, A. (2010). Neuroeducación: uniendo las neurociencias y la educación en la búsqueda del desarrollo humano. *La Educación. Revista Digital*, 143.

Campos, A. (2014). *Los aportes de la neurociencia a la atención y educación de la primera infancia*. Elephantwise.org. <https://elephantwise.org/wp-content/uploads/2020/03/UNICEF-Neurociencia-y-Educacio%CC%81n.pdf>

Castellanos, F., Rodríguez, M. y Rodríguez, M. (2020). *Depresión y rendimiento académico: propuesta del perfil Institucional de Riesgo Académico por Depresión*. Instituto Milton H. Erickson de Gua-

dalajara, México. Revista de Educación y Desarrollo Vol. 54. pp. 53-60. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antteriores/54/54_Castellanos.pdf

Castro, A. (2018, septiembre). *Influencia del Mindfulness sobre la ansiedad y la depresión en estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello*. biblioteca2.ucab.edu.ve.

Castro, S. (2023a). *Qué es el Mindfulness: ¿Es lo mismo que meditar?* Instituto Europeo de Psicología Positiva. <https://www.iepp.es/que-es-el-mindfulness/>

Castro, S. (2023b). *Qué es el Mindfulness: ¿Es lo mismo que meditar?* Instituto Europeo de Psicología Positiva. <https://www.iepp.es/que-es-el-mindfulness/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20Mindfulness%3F,-Definici%C3%B3n&text=El%20Mindfulness%20es%20la%20focalizaci%C3%B3n,Su%20significado%20es%20plena%20consciencia>.

Cepeda, S. (2015). *Dispositional Mindfulness and its Relationship with Wellbeing, Emotional Health and Emotional Regulation Process*. (Vol. 14, Issue 2). www.revistapsicologia.org

Clarke, T., Zeng, Y., Navrady, L., Xia, C., Haley, C., Campbell, A., McIntosh, A. M. (2018). *Genetic and environmental determinants of stressful life events and their overlap with depression and neuroticism*. *Wellcome Open Research*, 3, 11. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.13893.2>

Cleare, A., Pariante, C., Young, A., Anderson, I., Christmas, D., Cowen, P., ... Meeting, the members of the C. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 459–525. <https://doi.org/10.1177/0269881115581093>

Cruz, D., y Paramio, A. (2018). La atención plena en el malestar psicológico: Relación entre la aceptación de la experiencia interna y la ansiedad en estudiantes pregraduados. INFAD, *Revista de Psicología*, Vol. 1. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349855553020/html/>

Domingo, M. (2015, octubre). *Ansiedad de ejecución, atención plena, autocontrol, rendimiento y satisfacción académica en estudiante de música de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)*. educacion.gob.es. Recuperado 10 de junio de 2022, de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=JLJFQu8%2B8r0%3D>

Estrada, E. (2017). *Mindfulness en niños y jóvenes: como un jardín donde plantar*. España: Mandala.

Fernando, L., y Jaramillo, L. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111–121. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>

Gómez, A. (2020). *Programa de mindfulness para regular las emociones*. España: Universidad de Alcalá.

Guasp, A. (2020). *Rasgos mindfulness y su relación con el afrontamiento del estrés y otras variables de salud psicológica en profesionales y estudiantes de enfermería*. Repositorio.uji.es. https://repositorio.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/191099/TFM_2020_GuaspTortajada_AlejandraMaria.pdf?sequence=1#:~:text=Como%20pr%C3%A1ctica%2C%20el%20mindfulness%20permite,emociones%20y%20pensamientos%20sin%20prejuicios.

Guzmán, G. (2018). *¿Qué son los constructos en el mundo de la Psicología? Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/constructos>

Health Line Academy. (2021, 3 noviembre). *La gestión de los pensamientos – Lidera el poder que hay en ti - Healthline Academy*. Healthline Academy. <https://healthlineacademy.com/curso/la-gestion-de-los-pensamientos-lidera-el-poder-que-hay-en-ti/>

Heaversedge, J. y Halliwell, E. (2012). *Mindfulness*. España: Sirio.

Hernández, R. (2010). *Metodología de la investigación*. (Quinta Edición.) México: McGraw-Hill. <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: McGraw Hill Education.

Kabat, J. (2017). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas*. España: Kairós.

Linares, L., Estévez, A., Joaquín, S., & Cebolla, A. (2016). *El papel del mindfulness y el descentramiento en la sintomatología depresiva y ansiosa*. Scielo.isciii.e. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n2/original2.pdf>

López, A. (2020). *Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria*. Tdx.cat. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/670340/2020_Tesis_Lopez%20Montoyo_Alba.pdf?sequence=1

Loveday, C. (2017). *El mundo secreto del cerebro*. España: Libsa Editorial.

Maidana C. (2017). *Capítulo III Marco Metodológico*. Consultado el 16 de junio del 2022. Disponible en: <https://docplayer.es/21769756-Capitulo-iii-marco-metodologico-toda-investigacion-se-fundamenta-en-un-marco-metodologico-el-cual.html>

Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Diseases*

ase *Primers*. 2(16065), 1–20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.6> 5

Pérez, V. (2012) Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 1, 19-26.

Puerto, M. (2020, 5 agosto). La toma de decisiones con mindfulness. *La Mente es Maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-toma-de-decisiones-con-mindfulness/>

Rempel, K. D. (2012). Mindfulness for Children and Youth: A Review of the Literature with an Argument for School-Based Implementation. *Canadian Journal Of Counselling & Psychotherapy / Revue Canadienne De Counseling Et De Psychothérapie*, 46(3), 201- 220.

Revista Significados. Qué es la Empatía (y su significado)". En: *Significados.com*. Disponible en: <https://www.significados.com/empatia/>

Rojas (2017). Población y muestra. Consultado el 15 de marzo del 2021. Disponible en: [http://investigacionmetodologicaderojas.blogspot.com/2017/09/poblacion-y-muestra.html#:~:text=POBLACI%C3%93N%20Y%20MUESTRA,-Poblaci%C3%B3n%20y%20Muestra&text=Seg%C3%BAAn%20Hern%C3%A1ndez%2C%20Fern%C3%A1ndez%20y%20Baptista,con%20determinadas%20es-](http://investigacionmetodologicaderojas.blogspot.com/2017/09/poblacion-y-muestra.html#:~:text=POBLACI%C3%93N%20Y%20MUESTRA,-Poblaci%C3%B3n%20y%20Muestra&text=Seg%C3%BAAn%20Hern%C3%A1ndez%2C%20Fern%C3%A1ndez%20y%20Baptista,con%20determinadas%20es)

pecificaciones%E2%80%9D%20 (p.&text=Poblaci%C3%B3n%20finita%3A%20cuando%20el%20n%C3%BAmero,de%20ense%C3%Banza%2C%20o%20grupo%20clase

Santiago, L. (2021). *5 pasos para llegar a la concentración plena. Concepto Radial*. <https://conceptoradial.com/pasos-para-la-concentracion-plena/#:~:text=La%20concentraci%C3%B3n%20es%20una%20actividad,para%20concentrarnos%20en%20el%20presente>.

Siegel, D. (2017). *Cerebro y mindfulness*. España. Paidós.

Significados. (2023). Qué es la Empatía (y su significado). *Significados*. <https://www.significados.com/empatia/>

Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, XVII (66-67), 5-30.

Vásquez, E. (2016). *Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*. Scielo.org.pe. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>