



Universidad de Jaén

Centro de Estudios de Postgrado

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN MINDFULNESS PARA LA PREVENCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN LA MENOPAUSIA

Autor: Laura Mérida Raigón

Máster UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA POSITVA

Director: Prof. D. José María Colmenero Jiménez
Departamento del director: Psicología

Fecha: 25/06/2024



CREA

RESUMEN

Tras revisar la literatura científica, se ha observado que muchas mujeres que atraviesan la etapa de la menopausia experimentan síntomas de ansiedad y depresión debido a diversos factores, como los cambios hormonales o el estrés. En respuesta a esta necesidad, se ha desarrollado este programa de intervención basado en mindfulness, dirigido específicamente a mujeres en esta etapa que no tienen patologías previas ni practican ningún tipo de meditación. El programa consta de 8 sesiones basadas en prácticas de mindfulness. Para evaluar la efectividad del programa, se utilizarán dos instrumentos de evaluación: la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) y el Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ-E). Estos instrumentos se aplicarán en tres fases de evaluación: pre-test, pos-test y seguimiento. Se espera que tras la realización de este programa, las mujeres en esta etapa prevengan posibles sintomatologías ansioso-depresivas y adquieran hábitos de autocuidado basados en mindfulness.

Palabras clave: Menopausia, depresión, ansiedad, mindfulness, meditación.

ABSTRACT

After reviewing the scientific literature, it has been observed that many women going through menopause experience symptoms of anxiety and depression due to various factors, such as hormonal changes or stress. In response to this need, this mindfulness-based intervention program has been developed, specifically targeted at women in this stage who do not have previous pathologies or practice any type of meditation. The program consists of 8 sessions based on mindfulness practices. To evaluate the effectiveness of the program, two assessment instruments will be used: the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) and the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-E). These instruments will be applied in three evaluation phases: pre-test, post-test, and follow-up. It is expected that through this program, women in this stage will acquire tools and prevent possible anxiety-depressive symptoms.

Keywords: Menopause, depression, anxiety, mindfulness, meditation

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	4
1.1 Introducción	4
1.2 Conceptualización Teórica.....	5
1.2.1 Menopausia	5
1.2.2 Ansiedad.....	6
1.2.3 Depresión	7
1.2.4 Mindfulness	8
1.3 Justificación Teórica.....	11
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGÍA	14
3.1 Participantes	14
3.2 Diseño	15
3.3 Instrumentos de evaluación.....	15
3.4 Procedimiento	17
3.4.1 Sesiones desarrolladas	18
3.4.2 Cronograma	27
3.4.3 Presupuesto.....	28
4. RESULTADOS PREVISTOS	29
5. REFERENCIAS	31
6. ANEXOS	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Sesión introductoria: grupo experimental</i>	18
Tabla 2. <i>Sesión introductoria: grupo control</i>	19
Tabla 3. <i>Sesión 1</i>	20
Tabla 4. <i>Sesión 2</i>	21
Tabla 5. <i>Sesión 3</i>	22
Tabla 6. <i>Sesión 4</i>	23
Tabla 7. <i>Sesión 5</i>	24
Tabla 8. <i>Sesión 6</i>	25
Tabla 9. <i>Sesión 7</i>	26
Tabla 10. <i>Cronograma programa de intervención</i>	27
Tabla 11: <i>Presupuesto del programa orientativo</i>	28

1. INTRODUCCIÓN, CONCEPTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

1.1 Introducción

La depresión en España se ha convertido en los últimos años en un importante problema de salud pública que supone al Estado una alta inversión en sanidad. Los distintos trastornos depresivos han sido comúnmente asociados con otros trastornos psicopatológicos, en especial con la ansiedad (Cardila *et al*, 2015, p.267)

“Existen múltiples argumentos que sugieren que la prevención de la depresión debería ser una estrategia sanitaria prioritaria” (Vázquez y Torres, 2005, p.21). En este sentido, los trastornos depresivos pueden desencadenar acciones que amenacen la vida del individuo, como la tentativa de suicidio, la cual es tres veces más probable en aquellos diagnosticados con depresión mayor (Baca y Aroca, 2014).

Por otro lado, “la prevalencia en mujeres de la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos es más del doble que la de los varones” (Haro *et al*, 2006, p.447). Añadido a esto, cabe destacar que “más del doble de mujeres de edades peri y posmenopáusicas que hombres de edades semejantes padecen trastornos afectivos especialmente depresivos. Del mismo modo, la ansiedad es un síntoma prevalente entre las mujeres climatéricas” (Bas y Fernández, 2002, p.2)

Si bien es cierto que las mujeres tienen el doble de probabilidad de experimentar depresión en comparación con los hombres, es importante considerar en qué etapa de la vida son más propensas a enfrentar este trastorno. Numerosos estudios han indicado que “la transición a la menopausia se asocia comúnmente con varios síntomas psicológicos, incluyendo ansiedad y depresión” (Sánchez *et al*, 2023, p. 383)

De este modo, es crucial enfocarse en la prevención de la ansiedad y la depresión durante la menopausia. Dada la importancia de abordar estos aspectos de manera integral, las intervenciones basadas en mindfulness (en adelante MBI) han demostrado ser útiles para reducir los síntomas de la depresión y ansiedad al promover una mayor consciencia emocional y una mejor regulación emocional. (Liu *et al*, 2023)

Por ende, el trabajo que se presenta y desarrolla a continuación, propone un programa de intervención basado en mindfulness para la prevención de la sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres en la etapa de la menopausia.

1.2 Conceptualización Teórica

1.2.1 Menopausia

La menopausia, según Talaulikar (2022a), se define como un “diagnóstico retrospectivo” (p.4) que se establece después de que una mujer haya experimentado la ausencia de menstruación durante un período mínimo de 12 meses consecutivos, sin que haya una causa fisiológica o patológica identificable diferente a este cese menstrual. Asimismo, se define como transición menopáusica, el período que abarca desde el inicio de ciclos menstruales irregulares, los cuales suelen venir acompañados de síntomas menopáusicos, hasta la etapa de la menopausia.

Aproximadamente un tercio de las mujeres experimentan síntomas severos durante la transición menopáusica. Siguiendo a Martínez, et al. (2014a), es un período de involución que conlleva una variedad de manifestaciones, tanto físicas como emocionales, las cuales están vinculadas a cambios biológicos y sociales. De acuerdo con Kaunitz y Manson (2015), los síntomas principales durante la transición menopáusica son los síntomas vasomotores, que abarcan manifestaciones como sofocos, escalofríos, ansiedad, alteraciones en el sueño y palpitaciones. De la misma manera, según Martínez, et al. (2014b), entre los síntomas más comunes tanto previos como posteriores a la menopausia, se encuentran las variaciones en el estado de ánimo, las fluctuaciones en la estabilidad mental, la irritabilidad, la ansiedad, las preocupaciones sobre la salud, la depresión, así como la necesidad de comprensión y el respaldo. Los estudios también sugieren que una transición más prolongada a la menopausia se asocia con la depresión, probablemente debido al aumento de los síntomas (Talaulikar, 2022b).

De acuerdo con Lara et al. (2002), existe una frecuencia considerable de más del 22%, asociada con antecedentes de trastornos depresivos menstruales. La prevalencia de depresión es más frecuente en mujeres posmenopáusicas que en mujeres en edad reproductiva.

Es evidente, por tanto, que además de los síntomas físicos de la menopausia, esta etapa de la vida de las mujeres también tiene un impacto significativo en su salud mental. De acuerdo con Carvajal, et al., (2016a), la perimenopausia es una etapa en la cual se incrementan los síntomas psicológicos, así como el riesgo de sufrir depresión mayor y trastornos de ansiedad.

En este sentido, el autocuidado constituye el eje central de la atención primaria y representa el fundamento de los sistemas de salud. El autocuidado implica que las personas, de manera consciente, se encargan de satisfacer sus necesidades básicas, promover su crecimiento y asegurar un funcionamiento completo y equilibrado (Martínez, et al., 2008).

Fuentes et al. (2000a) señalan que algunos de los cuidados en la menopausia para prevenir y disminuir dichas alteraciones psicológicas son mantener una actitud positiva ante la vida, practicar técnicas de relajación para disminuir la ansiedad o el fomento de las relaciones sociales para evitar el aislamiento, la soledad o la depresión.

En definitiva, los síntomas psicológicos, como la ansiedad o la depresión, no se deben sólo al descenso del nivel de estrógenos, sino también a otros factores individuales y socioculturales propios de cada mujer (Fuentes, et al., 2000b). A continuación, se pasa a definir ambos constructos.

1.2.2 Ansiedad

La Organización Mundial de la Salud, siguiendo a Chacón, et al. (2021a), señala que más de 260 millones de personas, padecen un trastorno de ansiedad. Concretamente, todos los países presentan una estimación global entre el 3,8% y el 25%.

La ansiedad, según Carvajal, et al., (2016b) es una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de sensaciones desagradables y/o manifestaciones físicas de tensión. Se caracteriza por la aparición de preocupación, miedo o temor desproporcionado, acompañado de tensión o activación que causa un malestar notable o un deterioro clínico significativo en la función del individuo.

Asimismo, Chacón et al. (2021b), establece que los Trastornos de Ansiedad (TA) se caracterizan por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, los cuales surgen en situaciones que no suponen una amenaza real para la persona afectada. Existen diferentes tipos de ansiedad: trastorno de ansiedad, trastorno generalizado de ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, agorafobia, fobia social, fobias específicas trastorno obsesivo compulsivo y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (Chacón, et al., 2021c, p.26)

García-Rafael (2011a) define la ansiedad como una reacción emocional, ante la percepción de una amenaza, que se manifiesta en respuestas cognitivas, conductuales, motoras y psico-fisiológicas. Dichas reacciones pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos.

Algunas de estas respuestas inadecuadas de ansiedad, siguiendo a García-Rafael (2011b), pueden ser:

-Respuestas cognitivas: falta de confianza, aprensión, pensamientos negativos, dificultades para mantener la atención y la concentración, sensación de descontrol sobre el entorno, entre otros síntomas.

-Respuestas psico-fisiológicas: taquicardias, dificultad para respirar, enrojecimiento, vómitos, náuseas, molestias digestivas, entre otras.

-Respuestas conductuales y motoras: movimientos torpes y sin una finalidad específica, tartamudeo, movimientos repetitivos, evitación de situaciones, etc.

1.2.3 Depresión

La depresión es una condición común que afecta a la mayoría de las personas en algún momento de sus vidas. Siguiendo a García-Rafael (2009a), la experiencia de sentirse deprimido es algo que muchas personas experimentan. Sin embargo, para quienes padecen depresión, estos episodios clínicos ocurren de manera recurrente a lo largo de sus vidas. Esto significa que experimentan síntomas depresivos durante más de dos semanas de manera repetida, con períodos intermedios de bienestar relativo, seguidos de la reaparición de los síntomas depresivos, los cuales pueden durar cada vez más tiempo.

La depresión puede ser entendida desde diferentes enfoques. Desde un enfoque clínico, se define como un trastorno de la personalidad de carácter afectivo, cognitivo y comportamental; desde un punto de vista conductual, se entiende como la consecuencia de la falta de refuerzo o de la no contingencia entre conducta y refuerzo, mientras que la teoría cognitiva concibe la depresión como resultado de pensamientos inadecuados, distorsionando la realidad de forma negativa (Álvaro, et al., 2010a).

Así, siguiendo a Agudelo *et al.* (2007), la principal diferencia entre ansiedad y depresión es que la ansiedad se podría describir como una intensa sensación de malestar acompañada de una elevada activación fisiológica (excitación), mientras que la depresión se distingue por una notable sensación de malestar y una disminución de la afectividad positiva.

Por otro lado, las personas que tienden a atribuir los sucesos negativos a factores internos también tienden a percibirlos como duraderos en el tiempo y a generalizar esas causas a otras áreas de su vida. En otras palabras, creer que uno mismo es responsable de un evento negativo aumenta la probabilidad de pensar que esas causas permanecerán y se extenderán a otras situaciones o aspectos negativos de la vida. (Álvaro, 2010b)

Algunos de los síntomas de la depresión, son los siguientes (García-Rafael, 2009b):

-Bajo estado de ánimo: el paciente puede mostrar cambios en su comportamiento, como ser más reservado, distante o serio, e incluso podría aislarse o mostrar irritabilidad. Asimismo, puede tener una menor tolerancia y sentir que todas las cosas negativas ocurren solo a él o que él es la causa de ellas. Este estado de ánimo puede cambiar a lo largo del día.

-Pérdida de interés en actividades y situaciones: la persona con sintomatología depresiva ya no encuentra placer en actividades que solía disfrutar. Esto puede ser porque ya no le resultan placenteras o porque ahora le resultan difíciles de realizar. Lo mismo sucede al asistir a reuniones o encuentros sociales, ya que la persona se siente incapaz de disfrutar la compañía de amigos y familiares, lo que convierte estas situaciones en momentos incómodos donde observa a los demás disfrutar mientras él o ella no pueden experimentar lo mismo.

-Sentimiento de culpa: pueden percibir la depresión como un castigo por sus errores y sentir que están pagando por sus culpas a través de la enfermedad.

-Idea suicida: los pacientes con depresión tienen un alto riesgo de suicidio. Muchos de los pacientes lo han considerado alguna vez y prefieren que se les pregunte al respecto para recibir ayuda y evitar que estas ideas se conviertan en acciones.

-Otros síntomas: insomnio, disminución de energía, agitación psicomotriz y ansiedad psíquica, problemas gastrointestinales y pérdida de peso.

Tanto la ansiedad como la depresión han sido tratadas por la psicología tradicional, la cual ha estado mayormente centrada en abordar, comprender y mitigar el malestar vinculado al trastorno. En la actualidad, la psicología positiva está ganando terreno de manera significativa, puesto que adopta un enfoque diferente al centrarse en las experiencias y cualidades positivas tanto a nivel individual como colectivo. Además, busca desarrollar intervenciones que promuevan el bienestar y prevengan las enfermedades mentales, abarcando diversos campos de la salud. (Hérvás, 2009).

Entre las estrategias empleadas por la psicología positiva para mejorar el bienestar de las personas, se encuentran distintas prácticas basadas en mindfulness, las cuales promueven la salud tanto física como mental.

1.2.4 Mindfulness

El término “Mindfulness”, también conocido como conciencia plena, deriva del estudio de la experiencia interior recogido en las tradiciones budhistas. Está basado en la meditación Vipassana, una antigua técnica de meditación de la India que consiste en tomar conciencia del momento presente.

Aunque la práctica de *mindfulness* tiene una historia de más de 2.500 años, Jon Kabat-Zinn desarrolló una versión adaptada al contexto occidental, en un primer momento como intervención para pacientes con dolor crónico (Hervás, et al., 2016a). Kabat-Zinn (2003) define *Mindfulness* como “el estado de consciencia que emerge a través de prestar atención en el momento presente, de forma intencional, y sin juzgar, a la experiencia que se despliega momento a momento” (p. 145).

Por su parte, Bishop et al. (2004a) consideran que *mindfulness* es “una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es”.

El desarrollo de *mindfulness* depende de una base actitudinal concreta. Kabat-Zinn (2003) destaca las actitudes siguientes:

-No juzgar: nuestra mente tiende a categorizar y juzgar constantemente, lo que restringe nuestra percepción de la realidad y puede generar estrés. La práctica de la meditación nos ayuda a tomar conciencia de este proceso continuo de evaluación y comparación de nuestras experiencias con nuestras expectativas. Nos permite observar cómo nuestra mente categoriza y juzga, y nos brinda la oportunidad de desarrollar una relación más equilibrada y compasiva con nuestros pensamientos y emociones.

-Paciencia: la paciencia se presenta como una manifestación de sabiduría. Este concepto implica aceptar que las cosas necesitan su tiempo. No solo buscamos resultados, también valoramos el proceso. Aunque nos esforzamos, reconocemos que el éxito no siempre llega. Priorizamos el proceso, sabiendo que es clave para alcanzar nuestros objetivos, pero también comprendemos que rara vez logramos todo por nuestra cuenta.

-Mente de principiante: mente similar a la de un niño, la cual adopta una actitud abierta y curiosa al enfrentarse a las experiencias. Esto implica observar las cosas sin prejuicios ni suposiciones, permaneciendo receptivos a nuevas perspectivas. Con *mindfulness*, cada momento ofrece una oportunidad para experimentar algo nuevo y aprender, incluso en situaciones difíciles.

-Confianza: Cultivar una confianza fundamental en uno mismo es esencial en la práctica de *mindfulness*. Nos esforzamos por aceptarnos tal como somos, liberándonos de lo que no es auténtico, y encontrando el bienestar en la experiencia presente. Esta confianza nos capacita para estar plenamente presentes y receptivos a la realidad del momento, superando la confusión mental y las emociones perturbadoras asociadas a ella.

-No esforzarse: implica permitir que las cosas fluyan naturalmente en lugar de forzarlas. No hacer no significa ser perezosos, sino permitir que las situaciones se desarrollen por sí mismas. Al practicar esto, algunas personas descubren que logran más y de manera más efectiva.

-Aceptación: en ocasiones, resistirse a los hechos o tratar de forzar situaciones solo genera más tensión y dificulta los cambios positivos. Aceptar no implica conformarse, sino reconocer lo que no se puede cambiar y enfocar la energía en lo que sí se puede. Es fundamental comprender nuestros propios límites y no dejar que estos definan nuestra identidad ni limiten nuestras posibilidades.

-Ceder/soltar: el sufrimiento humano tiene dos causas principales: el apego a lo que nos gusta y el rechazo a lo que nos desagrada. Cuando nos aferramos a las cosas, sufrimos porque sabemos que eventualmente las perderemos, y cuando rechazamos lo negativo, creamos más sufrimiento al resistirnos a ello. Al ceder, es decir, al aceptar las cosas tal como son y no aferrarnos a ellas ni resistirnos, se podrá liberar el sufrimiento.

Por otro lado, se han comprobado los beneficios que presenta la práctica del Mindfulness. De acuerdo con Tang et al. (2015), estos pueden resumirse en una mejora de la capacidad de concentración, un aumento en la habilidad para manejar las emociones y el desarrollo de una autoconciencia más profunda, que implica menos enfoque en uno mismo, mayor conexión con el cuerpo y una actitud más equilibrada.

Del mismo modo, siguiendo a Orgilés y Sevilla (2014), otros de los beneficios son el incremento de la capacidad para enfrentar la aversión, la disminución de la intensidad del dolor físico y su gestión, la reducción del sufrimiento global, el fomento de una sensación de bienestar más pronunciada, la salida del ciclo de pensamientos repetitivos, la mejora de la habilidad de concentración, así como un mayor equilibrio emocional.

En conclusión, las prácticas de meditación basada en mindfulness han sido integradas en los tratamientos psicológicos de manera independiente de cualquier trasfondo religioso o cultural. Según Bishop et al. (2004b), desde la perspectiva de la psicología occidental, mindfulness se emplea terapéuticamente debido a capacidad para incrementar la atención y mejorar la capacidad de respuesta ante los procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y los comportamientos desadaptativos.

Concretamente, siguiendo a Hervás, et al. (2016b), las MBI son técnicas muy versátiles y adecuadas para entornos de atención primaria y otros similares. Se destacan, de

una forma más notable, por su efectividad en pacientes que experimentan estrés, ansiedad o depresión.

Es por ello por lo que la propuesta de intervención que se plantea en el presente trabajo consiste en un programa basado en mindfulness enfocado en la prevención de sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres con menopausia.

1.3 Justificación Teórica

Tras la revisión de la literatura, se comprueba la existencia de numerosos programas o intervenciones basadas en mindfulness y que presentan beneficios para la prevención de la ansiedad y depresión en población adulta. A continuación, se destacan algunos:

El programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena o mindfulness based stress reduction (MBSR) de Kabat-Zinn (1992)

Este programa se basa en la meditación vipassana y fue pionero en las intervenciones terapéuticas centradas en la conciencia plena. Es un programa psicoeducativo diseñado para ayudar a manejar el dolor y el estrés asociados con enfermedades crónicas. El programa comprende ocho sesiones semanales, cada una con una duración de aproximadamente dos o dos horas y media, y también implica actividades para realizar en casa (Bertolín, 2015a).

De acuerdo con Bertolín (2015b), incluye tres prácticas distintas: meditación sentada o caminando, exploración del cuerpo a través del bodyscan y hatha yoga. Además, se fomenta la meditación informal, que implica aplicar la conciencia plena a todas las actividades diarias. Siguiendo a Kabat-Zinn(1990), los participantes del grupo se les proporciona material para llevar a cabo registros en casa, así como grabaciones de meditaciones guiadas para realizar regularmente en su vida diaria. Estos ejercicios equivalen a un total de aproximadamente 180 a 270 minutos por semana de práctica. Además de las prácticas habituales, se organiza un día de retiro de seis horas donde los participantes conviven y realizan actividades que los llevan a experimentar plenamente cada momento presente. Este día se centra en vivir de forma inmersiva el "aquí y ahora".

Se ha demostrado la eficacia de este programa en la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión, según estudios como el de Fjorback et al. (2011). Además, se ha utilizado con éxito en diversos trastornos de ansiedad y en situaciones de estrés general, como indican los hallazgos de Vøllestad *et al.* (2011).

Asimismo, se ha observado que el MBSR puede ser beneficioso en casos de depresión, incluso en aquellos que no responden bien a otros tratamientos, según Kenny y

Williams (2007). Además, existen indicios de que podría ser una herramienta útil en la prevención de la ideación suicida (Birnbaum y Birnbaum, 2004).

La terapia cognitiva basada en Mindfulness o Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) de Segal et al. (2018)

Se trata de un programa estructurado que enseña habilidades en grupo para manejar la vulnerabilidad entre episodios recurrentes de depresión mayor. Además, enseña a los pacientes que han superado una depresión mayor recurrente a ser más conscientes y a desarrollar una relación diferente con sus pensamientos, emociones y sensaciones corporales (William, et al., 2008).

El MBCT sigue un formato de tratamiento breve que consta de una entrevista inicial individual seguida de ocho semanas de sesiones grupales, con cuatro sesiones adicionales de seguimiento durante el año siguiente. Se centra mucho en la práctica de la consciencia plena, la cual implica realizar actividades de este tipo durante seis de los siete días de la semana. Durante la primera entrevista, se hace hincapié en que esta práctica debe llevarse a cabo casi todos los días (Garay et al., 2015a). Este programa combina prácticas de meditación tradicionales, como el escaneo corporal y el entrenamiento en respiración, con técnicas de terapia cognitiva, como la psicoeducación, que ayuda a los participantes a reconocer los pensamientos negativos y a prevenir recaídas (Korman y Garay, 2012). En los últimos años, de acuerdo con Garay et al. (2015b), se han realizado cambios en el programa original. Ahora, en lugar de tener sesiones de seguimiento, se ofrece a los participantes un día completo de meditación durante la sexta sesión del programa. Además, la cantidad de participantes se ha aumentado a 15 individuos.

La MBCT podría considerarse una opción de tratamiento viable y posiblemente efectiva para disminuir la ansiedad y los síntomas del estado de ánimo, además de incrementar la conciencia de las experiencias diarias en personas que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizada. Además, los participantes del estudio experimentaron una reducción significativa en sus niveles de ansiedad, tensión, preocupación y síntomas depresivos como resultado de completar un curso grupal de 8 semanas centrado en la consciencia plena (Evans et al., 2008).

Terapia dialéctica conductual o dialectical behavior therapy (DBT) de Linehan (1993)

Este tipo de terapia comenzó atendiendo a pacientes complejos que presentan tendencia suicida o pacientes con un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP), pero se fue innovando para abordar otras afecciones vinculadas con la desregulación emocional, como la ansiedad y la depresión. (Soler *et al.*, 2016).

En una investigación de Flynn *et al.* (2018), se encontró que la terapia dialéctico-conductual produce efectos estadísticamente significativos al disminuir los síntomas emocionales y los pensamientos disfuncionales. Además, se observó una reducción en medidas asociadas con trastornos como la depresión, la ansiedad y el estrés social.

Dentro de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), se imparte un entrenamiento en varias habilidades esenciales de regulación emocional, mejora de las relaciones interpersonales y desarrollo de una identidad personal más sólida. Esto incluye aprender a manejar las emociones, a tolerar el malestar y a estar plenamente presentes en el momento a través de la consciencia plena. Las habilidades de mindfulness se enseñan como parte del módulo de tolerancia al malestar, donde se trabaja en aceptar las experiencias tal como son (Linehan, 1993).

Se llevó a cabo un estudio para comparar la efectividad de un programa completo de Terapia Dialéctico-Conductual, utilizando datos de un estudio en curso. En concreto, se dividieron 132 mujeres adolescentes en dos grupos: uno recibió el programa completo de DBT y el otro solo las habilidades de la DBT. Se midieron los niveles de depresión, ira e ideación suicida antes y después del programa, encontrándose una reducción general en todas estas medidas en ambos grupos. Sin embargo, las adolescentes que recibieron el programa completo de DBT mostraron una disminución significativamente mayor en los niveles de depresión (Castellanos, 2014).

Finalmente, tras analizar la literatura existente, tanto en términos de conceptualización como de justificación teórica, se evidencia la relevancia y eficacia de la práctica de mindfulness en la prevención de la ansiedad y la depresión. Esta revisión destaca la importancia de incorporar el mindfulness como una herramienta eficaz para abordar estos trastornos de forma preventiva. Es por ello por lo que mi propuesta de programa de intervención se enfoca en prevenir la ansiedad y la depresión en mujeres con la menopausia a través de la práctica de mindfulness.

En comparación con los programas existentes, el enfoque de esta propuesta es innovador debido a la población específica a la que va dirigida, mujeres en período de la menopausia, así como por el objetivo de prevenir ansiedad y depresión. Aunque hay evidencia de resultados positivos en la literatura, no se han desarrollado programas

específicamente diseñados para este propósito. Esto supone una nueva perspectiva en la aplicación de intervenciones basadas en mindfulness para la prevención de ambos trastornos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Diseñar un programa de intervención basado en mindfulness enfocado en la prevención de sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres con menopausia.

2.2 Objetivos específicos

- Reducir la probabilidad de aparición de síntomas depresivos.
- Disminuir los niveles de ansiedad
- Adquirir conocimiento sobre la práctica y beneficios del Mindfulness e integrarlo en la vida cotidiana.

3. METODOLOGÍA

3.1 Participantes

La muestra a la que iría destinada el programa de intervención, será seleccionada a través de *La Asociación mujeres para la Salud* (en adelante AMS). Ubicada en Madrid, esta organización sin ánimo de lucro trabaja para promover la salud integral de las mujeres. Dicha asociación se dedica a abordar temas relacionados con la salud de las mujeres desde un enfoque interdisciplinario, teniendo en cuenta aspectos médicos, psicológicos, sociales y culturales.

Esta asociación, entre otras cosas, “realizan tratamientos terapéuticos y crean programas de salud mental alternativos a la asistencia sanitaria que reciben las mujeres en la actualidad, promocionando especialmente técnicas de autoayuda, autocuidado y autoconocimiento” (AMS, 1983)

La asociación desempeña diversas funciones, entre las cuales se destacan la organización y realización de talleres sobre una amplia gama de temas, incluyendo la práctica de mindfulness para todas las edades. En este sentido, se contempla proponer a la asociación la creación de un taller dedicado a implementar el programa de intervención basado en mindfulness dirigido específicamente a mujeres en la etapa de la menopausia.

Las mujeres seleccionadas recibirán información detallada sobre el programa de intervención, así como sobre los criterios de inclusión y exclusión pertinentes.

De esta manera, se asignarán aleatoriamente 20 participantes al grupo experimental y 20 participantes al grupo de control en lista de espera siempre que sigan los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

- Estar en la etapa de la menopausia.
- No padecer ninguna patología.
- Mujeres que residan en la ciudad de Madrid.

Criterios de Exclusión

- Practicar algún tipo de meditación, técnica de atención plena o yoga.
- Estar recibiendo tratamiento psicológico y o/ psiquiátrico en ese momento.
- Tener un diagnóstico de depresión.

3.2 Diseño

Para llevar a cabo el programa basado en mindfulness, se seguirá un diseño experimental donde se identificará y seleccionará a las participantes en función de los criterios indicados anteriormente. Posteriormente, se procederá a asignarlas aleatoriamente en dos grupos distintos: el grupo experimental y el grupo de control en lista de espera.

El grupo experimental recibirá la intervención propuesta en el programa, mientras que el grupo de control en lista de espera no recibirá ninguna intervención durante el período de tiempo que dure la aplicación del programa, sirviendo como grupo de comparación para evaluar los efectos de la intervención. Se llevarán a cabo medidas pre-test para obtener una línea de base de los niveles de ansiedad y depresión de ambos grupos antes de la intervención.

Después de la intervención, se realizarán medidas post-test para evaluar los cambios en los niveles de ansiedad y depresión en ambos grupos. Estas medidas permitirán comparar los resultados obtenidos después de la intervención con los resultados iniciales. Además, se realizarán medidas de seguimiento a los 3 y 6 meses, para evaluar la persistencia de los efectos de la intervención a lo largo del tiempo.

3.3 Instrumentos de evaluación

En esta sección se presentan los siguientes instrumentos de evaluación, todos ellos validados en lengua castellana, que serán empleados como parte integral del programa de intervención:

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS; Goldberg *et al.*, 1988; Versión Adaptada y validada al español EADG; Montón *et al.*, 1993b)

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (*véase Anexo I*), que ha sido validada en español, se utilizó para evaluar el nivel de ansiedad o depresión en adultos. Este cuestionario no solo orienta el diagnóstico hacia la ansiedad o la depresión (o ambas en casos mixtos), sino que también discrimina entre ellas y cuantifica sus respectivas intensidades (Ballestar *et al.*, 2024, p.4)

Ésta consta de dos subescalas: una para evaluar la ansiedad, compuesta por los ítems del 1 al 9, y otra para evaluar la depresión, que incluye los ítems del 10 al 18, cada una con 9 ítems respectivamente. Todos los ítems requieren respuestas de "Sí" o "No". No obstante, con el objetivo de mejorar la confiabilidad y validez de la versión salvadoreña, se ha optado por modificar el formato de respuesta original a un formato tipo Likert que ofrece cuatro opciones de respuesta: 1= nunca, 2= a veces, 3= a menudo y 4= siempre. Posteriormente, al recodificar esta escala Likert a dicotómica, se suman los ítems clasificados como "nunca" junto con "a veces", lo cual corresponde a la respuesta "No", mientras que la suma de los ítems clasificados como "a menudo" y "siempre" corresponde a la respuesta "Sí". (Lobos y Gutiérrez, 2020)

Por otro lado, en el estudio llevado a cabo por Espinosa, Orozco e Ybarra (2015), hallaron un alfa de Cronbach de 0.85 para la subescala de ansiedad y de 0.83 para la subescala de depresión.

Cuestionario mindfulness de cinco facetas (FFMQ; Baer *et al.*, 2006; en adelante versión española FFMQ-E; Cebolla *et al.*, 2012)

Con esta escala (*véase Anexo II*), se llevará a cabo la evaluación del nivel de atención plena de los participantes mediante un cuestionario compuesto por 39 ítems. Las respuestas se clasificarán en una escala tipo Likert, que varía desde 1 = nunca o muy raramente verdadero, hasta 5 = muy a menudo o siempre verdadero. Este instrumento aborda cinco aspectos clave: observar, describir, actuar con consciencia, no-enjuiciamiento y no-reactividad. La observación evalúa la capacidad de reconocer y percibir estímulos internos y externos. La descripción se refiere a la habilidad para expresar con palabras las experiencias del momento presente. Actuar con consciencia implica prestar atención plena al momento, evitando el "piloto automático" y la distracción. No-enjuiciamiento consiste en dejar pasar los

pensamientos y emociones de manera imparcial, sin emitir juicios sobre ellos. La no-reactividad destaca la habilidad de no reaccionar ante los estímulos, permitiendo que los pensamientos fluyan sin ser afectados por ellos. Se ha demostrado que este cuestionario tiene una fiabilidad de $\alpha = .81$, lo que lo convierte en una herramienta confiable para evaluar el nivel de atención plena en los participantes (Rodríguez, 2017)

3.4 Procedimiento

En esta sección se expondrá con detalle el proceso que se tendrá que llevar a cabo para implantar el programa de intervención basado en mindfulness.

El primer paso de nuestro proceso implica presentar el programa, sus objetivos, contenidos y beneficios a la asociación AMS, donde se obtendrá la muestra, para obtener así su aprobación para poder implantarlo. Una vez que hayamos obtenido el permiso de la asociación, podremos avanzar al siguiente paso del procedimiento, que implica solicitar la aprobación al Comité de Ética en Investigación Humana (CEIH) de la Universidad de Jaén. En esta solicitud, expondremos los detalles del programa y los protocolos éticos que se seguirán durante su implementación.

Una vez se hayan obtenido los permisos pertinentes, procederemos a promocionar el programa a través de varios canales. Esto incluirá la publicación de información sobre el programa en la página web de la asociación, así como en el tablón de anuncios del centro. Además, enviaremos correos electrónicos a los miembros de la asociación para informarles sobre el programa y alentar a las personas, que cumplan con los criterios de selección, a inscribirse en el taller.

De esta manera, el programa tendrá una duración de 8 semanas, donde la primera semana, incluirá dos sesiones iniciales en días distintos, uno para el grupo experimental y otra para el grupo control. En estas sesiones, se presentará el programa a los participantes del grupo experimental, mientras que al grupo de control se proporcionará información sobre su participación futura en el programa. Además, se recabará el consentimiento informado (*véase anexo III*) de ambos grupos y se realiza el pre-test a través de las escalas de *EADG* y *FFMQ-E*.

A partir de la segunda semana hasta la novena, se iniciarán las sesiones semanales del programa para el grupo experimental, concretamente serán un total de 7 sesiones, cada una con una duración de aproximadamente de 1 hora de manera presencial. Durante estas sesiones, se abordarán diversos aspectos del programa de intervención y se asignarán actividades para realizar en casa de una duración entre 15 y 30 minutos aproximadamente.

Una vez finalizado el programa, ambos grupos tendrán que realizar la evaluación post-test cumplimentando los dos instrumentos de evaluación anteriormente mencionados *EADG* y *FFMQ-E*.

Añadido a esto, se realizarán seguimientos a los 3 y 6 meses posteriores al programa para evaluar en el futuro el progreso y eficacia del programa de intervención basado en mindfulness a largo plazo.

3.4.1 Sesiones desarrolladas

Tabla 1. *Sesión introductoria: grupo experimental*

SESIÓN INTRODUCTORIA: GRUPO EXPERIMENTAL	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Resolver cualquier duda o inquietud que puedan surgir entre los participantes. • Realizar la lectura y firma del consentimiento informado por parte de los participantes. • Completar los instrumentos de evaluación pre-test. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra digital interactiva • Consentimiento informado (<i>véase Anexo III</i>) • 20 Bolígrafos • Escalas de evaluación: <i>EADG</i> y <i>FFMQ-E</i>
Descripción	
<p>La sesión se inicia con un cordial saludo y la presentación de la instructora encargada del programa. Se da la bienvenida a todas las participantes, quienes formarán parte activa del proceso. Se procede a mostrar el cronograma que guiará el desarrollo del programa, proporcionando una visión general de cómo se llevará a cabo. Durante este proceso, se abordan cualquier duda o inquietud que pueda surgir entre las participantes. Luego, se entrega a cada participante una carta de consentimiento informado, la cual se les solicita que lean detenidamente y firmen para indicar su conformidad con los términos y condiciones del programa. Una vez que todas las participantes han completado este paso, se les proporciona las escalas de <i>EADG</i> y <i>FFMQ-E</i> para que los completen. Finalmente, se concluye la sesión agradeciendo su participación y se les comunicará los detalles de la próxima sesión del programa.</p>	
Tiempo total: 60 minutos	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. *Sesión introductoria: grupo control*

SESIÓN INTRODUCTORIA: GRUPO CONTROL	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Presentar el programa propuesto. • Resolver cualquier duda o inquietud que puedan surgir entre los participantes. • Realizar la lectura y firma del consentimiento informado por parte de los participantes. • Completar los instrumentos de evaluación pre-test 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra digital interactiva • Consentimiento informado (<i>véase Anexo III</i>) • 20 Bolígrafos <p>Escalas de evaluación: EADG y FFMQ-E</p>
Descripción	
<p>La sesión inaugural se da inicio con el saludo y la presentación de la instructora encargada, seguido de una cordial bienvenida a todos los participantes que integrarán el grupo de control. Se detalla minuciosamente la dinámica de participación para este grupo, destacando la posibilidad de replicar el programa en caso de obtener resultados favorables con el grupo experimental. Acto seguido, se ofrece un espacio para resolver cualquier interrogante o inquietud que puedan tener los participantes. Se proporciona a cada uno una carta de consentimiento informado para su revisión y firma. Una vez completado este proceso, se entregan la EADG y FFMQ-E para su cumplimentación.</p> <p>Es fundamental señalar que los integrantes de este grupo experimental desconocen el objetivo del programa de intervención. Si conocieran dicho objetivo, podrían verse influenciados al responder los cuestionarios, lo que afectaría los resultados debido a factores como la deseabilidad social.</p> <p>Al concluir la sesión, se agradecerá la participación de todos y se les comunicará información sobre la fecha y hora de la siguiente sesión práctica.</p>	
Tiempo total: 60 minutos	

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se detallarán todas las actividades, objetivos y materiales del programa, que constará de un total de 8 sesiones, cada una con una duración de una hora.

Tabla 3.Sesión 1

SESIÓN 1	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la cohesión grupal y fomentar la interacción entre las participantes. • Introducir a las participantes al concepto de mindfulness y su aplicación en la prevención de la sintomatología depresiva y ansiosa durante la menopausia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador • Altavoces • Proyector • 21 Sillas
Descripción	
<p>Actividad 1: <i>Hora de conocerse</i> (25 minutos)</p> <p>Después de dar la bienvenida a las participantes y permitirles tomar asiento, introduciremos la primera actividad del día: una oportunidad para conocernos mejor como grupo. En un ambiente de confianza, donde las sillas están formando un círculo, cada una tendrá la oportunidad de compartir con las demás participantes su nombre, qué les ha llevado a participar en el programa y qué esperan del mismo. Además, la persona encargada de monitorear el programa es una experta en psicología positiva. Ella contribuirá al grupo para generar un ambiente de confianza y cercanía, presentándose y explicando qué la ha llevado a participar en este programa..</p> <p>Actividad 2: <i>Saboreando mindfulness</i> (15 minutos)</p> <p>En la misma estancia de la actividad anterior, pasaremos a preguntar de manera abierta qué saben sobre el concepto de mindfulness, si lo habían escuchado antes y, de no ser así, qué creen que puede ser.</p> <p>Posteriormente pasaremos a ver los siguientes dos vídeos: ¿Qué es el Mindfulness? y Beneficios del Mindfulness en tu vida diaria. Tras su visualización comentaremos su contenido y responderemos a las preguntas que les puedan surgir tras su visionado.</p> <p>Actividad 3: <i>¿Mindfulness y menopausia?</i> (15 minutos)</p> <p>Para establecer los fundamentos del mindfulness y familiarizar a las participantes con algunos de los estudios y evidencia científica, particularmente en relación con la menopausia y sus beneficios, específicamente en el abordaje de la depresión y la ansiedad, les enseñaremos la siguiente entrada web Mindfulness para aliviar los síntomas de la menopausia de la Asociación</p>	

Profesional de Instructores Mindfulness-MBSR y leeremos y explicaremos su literatura (*véase anexo IV*)

Actividad 4: *Actividad para casa y despedida* (5 minutos)

Para ampliar este conocimiento, le propondremos que lean en casa el siguiente artículo científico relacionado con la temática principal: [Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en mindfulness](#) de Espejo y Conde (2018) (les llevará aproximadamente 15 minutos leerlo). Finalmente le indicaremos la hora y día de la siguiente sesión, que tienen que llevar ropa cómoda y nos despediremos hasta la próxima.

Tiempo total: 60 minutos

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. *Sesión 2*

SESIÓN 2	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Asentar el concepto de mindfulness y su beneficio en respecto a la prevención de sintomatologías • Atender a la respiración . 	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda • 21 sillas • Unos platillos de meditación tibetana
Descripción	

Comenzaremos la sesión con la actividad que se mandó a casa para hacer un resumen y conclusión final del artículo. Posteriormente, se ofrecerá una breve explicación de la sesión y los objetivos que se esperan alcanzar con ella. Además, se informará de las posibles sensaciones que pueden llegar a sentir durante las prácticas de la sesión, como dispersión, agobio, frustración, tranquilidad, quedarse dormidas, relajación, incomodidad, confusión, agobio y que es totalmente normal al principio (15 minutos)

Actividad 1: *Atender a la respiración* (40 minutos)

Antes de proceder a la práctica formal basada en mindfulness, señalaremos las 7 actitudes de mindfulness (*véase Anexo V*).

Posteriormente, sentadas en las sillas, en silencio tocaremos los platillos tibetanos y procederemos a indicarles unas pautas para que puedan atender a su respiración de manera consciente y plena. De esta manera, se invita a las participantes a adoptar una posición cómoda y relajada, que los pies estén reposando con toda la planta en el suelo, la espalda recta (que no

rígida) y la barbilla inclinada hacia el pecho, con los ojos cerrados o abiertos para quien lo necesite. Se les invita a tomar consciencia de todo su cuerpo respirando y de toda la actividad de su mente, imágenes, pensamientos, preocupaciones, planes, etc. que sean aceptadas y las dejen ir, allí donde tengan que ir y, suavemente ir trayendo la mente a la respiración y a este momento, observando cómo el aire entra y sale de su cuerpo. Se les anima a sentir la expansión y contracción de su abdomen o pecho con cada inhalación y exhalación, sin tratar de cambiar su ritmo respiratorio. Después de unos minutos, se les guía suavemente para que vuelvan a tomar consciencia de su entorno antes de abrir los ojos. Se les ofrece tiempo para compartir sus experiencias y sensaciones durante el ejercicio.

Actividad 2: *Actividad para casa y despedida* (5 minutos)

Les comunicaremos que en casa tendrán que ver el vídeo de [La neurociencia de la meditación. Nazareth Castellanos, neurocientífica](#) y tendrán que traer escritas 3 ideas del vídeo que más les hayan llamado la atención. Finalmente, nos despediremos hasta la siguiente sesión.

Tiempo total: 60 minutos

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. *Sesión 3*

SESIÓN 3	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender los beneficios de la meditación • Fomentar la participación activa • Tomar conciencia de nuestro cuerpo • Reducir niveles de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • 21 esterillas • 21 mantas • 21 almohadas
Descripción	

Actividad 1: *Puesta en común* (20 minutos)

La sesión comenzará con un saludo a las participantes, seguido de una invitación para que saquen las actividades que se les solicitó realizar en casa. Esto permitirá una puesta en común de las respuestas, donde se discutirán y compartirán entre todas y se comentará el vídeo haciendo una conclusión final entre todos.

Actividad 2: *Escaner de nuestro cuerpo* (30 minutos)

-Invitaremos a las participantes a que se tumben en las esterillas totalmente boca arriba

y tapadas con una manta. El ambiente será tranquilo, sin ruido externo. Se informará de las posibles sensaciones que pueden llegar a sentir durante la de la sesión, como dispersión, agobio, frustración, tranquilidad, o intranquilidad, relajación, incomodidad, confusión, agobio o quedarse dormidas y que es totalmente normal al principio (5 minutos)

-La práctica formal consistirá en hacer un escaneo corporal de todo el cuerpo. Para ello iremos desde los pies a la cabeza de manera progresiva y despacio. Es importante que estén con los brazos y piernas estiradas con las palmas hacia arriba, la barbilla ligeramente pegada al pecho, tomando conciencia del cuerpo y la respiración. Una vez realizado el escaneo, haremos una puesta en común de las sensaciones de esta práctica.

Actividad 3: *Actividad para casa y despedida* (10 minutos)

En este caso tendrán que hacer en casa una actividad de escaneo corporal pero mientras se están duchando, desde que se están quitando la ropa, pasando por la ducha, hasta que vuelven a ponerse la ropa limpia (15 minutos aproximadamente), posteriormente nos despediremos hasta la próxima sesión, indicándoles hora y día.

Tiempo total: 60 minutos

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. *Sesión 4*

SESIÓN 4	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender nuevas técnicas basadas en mindfulness • Reducir la rumiación • Disminuir niveles de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda • 21 esterillas • Altavoz • Ordenador
Descripción	
<p>Damos inicio a la sesión comentando la experiencia que tenían que hacer en casa (20 minutos). Posteriormente colocaremos las esterillas en la sala con cierta separación entre unas y otras para que no se choquen las unas con las otras ya que vamos a realizar movimientos con el cuerpo de manera guiada tal y como se explica a continuación:</p>	
<p>Actividad 2: <i>Yoga consciente parte 1</i> (35 minutos)</p>	
<p>El grupo realizará yoga consciente (<i>véase anexo VI</i>), práctica que combina los principios del yoga tradicional con técnicas de atención plena o mindfulness y se dividirá en dos sesiones.</p>	

En el yoga consciente, prestarán especial atención a la conexión entre la mente y el cuerpo, cultivando la consciencia plena en cada momento presente durante la práctica, atendiendo a las sensaciones físicas, la respiración, los pensamientos y las emociones que surgen durante la práctica del yoga. Se invita a los practicantes a estar presentes y ser conscientes de su experiencia interna y externa, sin juzgar ni analizar, simplemente observando y aceptando lo que surge en el momento presente.

Una vez realizados los ejercicios, los cuales estarán acompañados de una que se podrá encontrar una [música relajante de meditación](#), y comentarán cada una de ellas de manera oral sus experiencias.

Actividad 3: *Actividad para casa y despedida* (10 minutos)

Para completar la práctica, se les asignará la tarea de repetir los ejercicios en casa, esta vez en un entorno tranquilo y sin la presencia de otras personas. Además de realizar los ejercicios, se les pedirá que escriban en un folio cómo se sienten emocionalmente antes de comenzar la práctica. Al finalizar los ejercicios, se les solicitará que vuelvan a escribir cómo se sienten y comparen los resultados con su estado inicial. (30 minutos)

Tiempo total: 60 minutos

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. *Sesión 5*

SESIÓN 5	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Aprender nuevas técnicas basadas en mindfulness • Reducir la rumiación • Disminuir niveles de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ropa cómoda • 21 esterillas • Altavoz • Ordenador
Descripción	

El grupo se reunirá para dar comienzo a la sesión, donde se dará la bienvenida a todos los participantes. Se llevará a cabo una puesta en común de las experiencias individuales de realizar la actividad para casa, que consistió en la práctica de ejercicios de yoga consciente. Cada participante compartirá sus reflexiones sobre cómo se sintieron al principio y al final de la práctica, destacando cualquier cambio o descubrimiento durante el proceso.

Actividad 1: *Yoga consciente parte 2* (40 minutos)

Continuaremos con la práctica de yoga consciente poniendo de nuevo las esterillas de manera separada por toda la sala y se realizarán de manera guiada los ejercicios a través del vídeo de [yoga consciente Palau Mindfulness](#) que estará proyectado en la pantalla.

Finalizado el yoga, haremos dividiremos el grupo el 4 subgrupos y entre ellas comentaran su experiencia.

Actividad 2: *Actividad para casa y despedida* (10 minutos)

A modo de conclusión de esta sesión, invitaremos al grupo a realizar la siguiente actividad:

Ya que han dedicados dos sesiones al yoga consciente, le ofreceremos algunos ejemplos para atraer la atención plena de la postura y del movimiento a cualquier actividad del día a día, es decir, trasladar la atención plena a la cotidianidad. Es por ello que fuera de la sesión tendrán que realizar una actividad de su vida diaria, la que ellas quieran, y deberán hacerlo con consciencia en sus movimientos y las intenciones que estos tienen.

Tiempo total: 60 minutos

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. *Sesión 6*

SESIÓN 6	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Cultivar la compasión • Fomentar el autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador • 21 sillas • Altavoz • Libro “Plenamente” de Andrés Martín
Descripción	

Comenzaremos la sesión saludando al grupo y agradeciendo su permanencia en el programa ya que queda únicamente una sesión más. A continuación, realizaremos una lectura inicial de un capítulo del libro de Andrés Martín llamado “Plenamente” (10 minutos)

Actividad 1: *Bondad amorosa* (40 minutos)

Sentadas en las sillas, realizarán una meditación cuyo fin es hacer surgir o fortalecer sentimientos de amabilidad hacia nosotros mismos y hacia otros seres vivos y el entorno. Con esta práctica las participantes experimentarán la sensación de volver a casa. Esta práctica llamada bondad amorosa o en inglés “Loving kindness” se realizará con los ojos cerrados y

escuchando el audio de [Bondad amorosa de Herminia Gisbert](#).

En grupo se hará una puesta en común de sus sentimientos, vivencias y proceso de la actividad para cada una de ellas.

Actividad 2: *Actividad para casa y despedida* (10 minutos)

Para integrar la atención plena y la compasión en la vida cotidiana, invitaremos a las mujeres de nuestro grupo experimental a realizar un simple gesto de amabilidad o compasión para ellas mismas. Para ello utilizarán la pausa de la compasión, desarrollada por Kristin Neff. Esta práctica consiste en repetir las siguientes tres frases:

1. "Que yo esté seguro/a y protegido/a de las amenazas externas."
2. "Que yo esté libre de sufrimiento interno y externo."
3. "Que yo esté en paz y libre de miedo."

Cada noche, antes de ir a dormir, se recomendará que la persona se siente en la cama. Coloque una mano sobre su corazón y otra sobre su abdomen para sentir una conexión más profunda consigo misma y repita las tres frases de la pausa de la compasión hasta la próxima sesión de la semana siguiente. Este gesto sencillo pero poderoso puede ayudar a cultivar la compasión y el autocuidado en la vida diaria.

Tiempo total: 60 minutos

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. *Sesión 7*

SESIÓN 7	
Objetivos	Materiales
<ul style="list-style-type: none"> • Rellenar la evaluaciones post-test • Consolidar contenidos • Realizar las escalas de evaluación post-test 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 Bolígrafos • 21 sillas • 20 mesas • Escalas de evaluación: EADG y FFMQ-E
Descripción	

Se iniciará la última sesión del programa saludando a todas las participantes y se dará comienzo a la evaluación post-test. Para ello se sentaran en sillas y en las mesas realizarán de nuevo las escalas de evaluación de EADG y FFMQ-E. (40 minutos)

Durante los últimos 20 minutos de la sesión, se formará un círculo de pie. Cada

Sesión 1	X		
Sesión 2	X		
Sesión 3		X	
Sesión 4		X	
Sesión 5			X
Sesión 6			X
Sesión 7			X
Post-test (ambos grupos)			X
1° Seguimiento 3 meses (ambos grupos)			X
2° Seguimiento 6 meses (ambos grupos)			X

Fuente: Elaboración propia

3.4.3 Presupuesto

Tabla 11: *Presupuesto del programa orientativo*

PRESUPUESTO ORIENTATIVO			
CATEGORIAS	Concepto	Unidades	Coste

RECURSOS	Bolígrafos	20	8 €
MATERIALES	Esterillas	21	170€
	Almohadas	21	105€
	Platillos tibetanos	1	37€
	Ordenador	1	400€
	Altavoces	1	40€
	Proyector de pantalla	1	600€
	Paquete de folios	1	3€
	Mantas	21	105€
	Sillas	21	420€
	Mesas	20	624€
	Libro “Plenamente”	1	17€
RECURSOS	Experto especializado en		
HUMANOS	psicología positiva	1	2000€
			TOTAL: 4489 €

Fuente: elaboración propia

4. RESULTADOS PREVISTOS

Después de completar el programa de intervención basado en mindfulness para la prevención de la ansiedad y la depresión, la meta principal que se espera es alcanzar los objetivos establecidos al principio del programa. Además, se busca la transferencia de las habilidades adquiridas a largo plazo, de modo que puedan aplicarse en el futuro, tanto para los participantes del grupo experimental como en un futuro para el grupo de control. Esto garantizará que los beneficios del programa se extiendan más allá de la duración específica de la intervención, contribuyendo así a prevenir o reducir signos de ansiedad y depresión en mujeres en la etapa de la menopausia.

Durante la implementación del programa, se ha identificado algunas limitaciones importantes que vale la pena abordar. En primer lugar, la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, utilizada como instrumento de evaluación, no ha sido específicamente adaptada para la población española. Además, una limitación que presenta este programa, al igual que ocurre con todos los otros estudios, es que es difícil evaluar la atención plena, un estado mental no conceptual, mediante este tipo de instrumentos de medida.

Por otro lado, hemos observado que el éxito del programa depende en gran medida de la actitud y el compromiso de las participantes. Dado que muchas de las actividades se realizan fuera de las sesiones programadas, se requiere un nivel significativo de dedicación y voluntad por parte de las participantes para completarlas adecuadamente. Además, las actividades dentro de las sesiones también demandan una atención plena y un compromiso personal para lograr un impacto significativo en el bienestar psicológico de las participantes. De esta manera, la efectividad global del programa se ve influenciada en gran medida por la disposición y la participación activa de las mujeres que forman parte del mismo. Para lograrlo, una mejora potencial podría ser variar el entorno de las actividades, permitiendo que las prácticas se realicen en diversos espacios para incrementar la motivación y expectación entre las participantes.

No obstante, este programa incluye ejercicios para realizar en casa, los cuales son una prolongación de las actividades planteadas durante las sesiones del programa. Consolidar las actividades propuestas y asegurar que las participantes integren las rutinas y prácticas de mindfulness en su vida diaria de manera independiente, es clave para conseguir los objetivos propuestos. Además, el profesional proporcionará retroalimentación sobre los ejercicios realizados en casa, disminuyendo así la probabilidad de que su participación sea pasiva y se desmotiven. En definitiva, una gran ventaja de este programa es que busca personalizar la experiencia para que las participantes se sientan escuchadas y atendidas de manera más personal e individualizada.

5. REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buela-Casal, G., y Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud mental*, 30(2), 33-41. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16113>
- Álvaro, J. L., Garrido, A., y Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional De Sociología*, 68(2), 333–348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>
- Asociación Mujeres para la salud (1987). *Nuestra Misión*. <https://www.mujeeresparalasalud.org/asociacion-mujeres-para-la-salud/nuestros-objetivos/>
- Baca, E., y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373–380. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.044>
- Ballestar-Tarín, M.L., Ibáñez-del Valle, V., Mafla-Espana, M.A., Navarro-Martínez, R.; Cauli, O. (2024) Salivary Brain-Derived Neurotrophic Factor and Cortisol Associated with Psychological Alterations in University Students. *Diagnostics*, 14, 447. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14040447>
- Bas, P., y Fernández, M., (2002). Prevención de los trastornos psicológicos en la menopausia. *Revista electrónica Psiquiatría.com*. https://www.researchgate.net/profile/Pilar-Bas-Sarmiento/publication/228770255_Preencion_de_los_trastornos_psicologicos_en_la__menopausia/links/0c9605399b39c788a4000000/Preencion-de-los-trastornos-psicologicos-en-la-menopausia.pdf
- Bertolín, J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la Asociación Española de*

Neuropsiquiatría, 35(126), 289-307. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000200005>

Birnbaum, L., y Birnbaum, A. (2004). In search of inner wisdom: guided mindfulness meditation in the context of suicide. *The Scientific World Journal*, 4, 216-227. [10.1100/tsw.2004.17](https://doi.org/10.1100/tsw.2004.17)

Bishop, SR., 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: una definición operativa propuesta. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Carvajal, A., Flores, M., Marín, S.I y Morales, C.G. (2016). Los trastornos de ansiedad durante la transición a la menopausia. *Perinatol Reprod Hum*, 30(1), 39-45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rprh.2016.03.003>

Castellanos, O. (2014). Effectiveness of a Full Dialectical Behavior Therapy Program as Compared to a Skills Group with Adolescent Females in a Community Mental Health Setting. *Massachusetts school of professional psychology*. <https://search.proquest.com/openview/a7bf68b3fcfb2453512e647b76d7d41/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R. y Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. <https://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v26n2/original5.pdf>

Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

- Espinosa, M.C., Orozco, L.A., y Ybarra, J.L. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3), 201-208. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028>
- Evans, S., Ferrando, E., Flinder, M., Stowell, C. y Haglin, D. (2008). Terapia cognitiva basada en mindfulness para el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de trastornos de ansiedad*, 22(4), 716-721. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005>
- Fjorback L.O., Arendt M., Ornbøl E., Fink P., Walach H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand*, 124(2), 102-119. [10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x)
- Flynn, D., Joyce, M., Weihrauch, M., y Corcoran, P. (2018). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy - skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(4), 376-380. <https://doi.org/10.1111/camh.12284>
- Fuentes, J. R. D., Gutiérrez, I. M., Abad, M. L., Martos, J. S. y Abad, M. L. (2000). Cuidados para una menopausia saludable. *Revista de Enfermería*, (12), 39-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612206>
- Garay, C. J., Korman, G. P. y Keegan, E. G. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and the 'Third Wave' of Cognitive-Behavioral Therapies (CBT). *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26(119), 49-56. <https://www.researchgate.net/publication/281519109>
- García- Rafael, F.J. (2009). La depresión: síntomas. *Crónicas: revista trimestral de carácter cultural de La Puebla de Montalbán*, (11), 41-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3911969>

- García - Rafael, F.J. (2011). Qué es la ansiedad. Principales síntomas. *Crónicas: revista trimestral de carácter cultural de La Puebla de Montalbán*, (18), 36-37.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3887799>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
<https://doi.org/10.1136/bmj.297.6653.897>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
<https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. *Dell Publishing*.
https://www.google.es/books/edition/Full_Catastrophe_Living_Revised_Edition/fIuNDtnb2ZkC?hl=es&gbpv=1&pg=PR21&printsec=frontcover
- Kabat-Zinn, J. (2003). Intervenciones basadas en mindfulness en contexto: pasado, presente y futuro. *Psicología clínica: ciencia y práctica*, 10(2), 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn (2003). Vivir con plenitud las crisis. *Editorial Kairós*.
https://www.academia.edu/92826616/Vivir_con_plenitud_las_crisis
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, M.D., Gay, L., Fletcher, E., Pbert, L., Lenderking, W. y Santorelly, S. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-

943. https://www.academia.edu/download/46988803/Effectiveness_of_a_Meditation-based_Stre20160703-12749-ta48b4.pdf
- Kaunitz, A. y Manson, J. (2015). Manejo de síntomas de la menopausia. *ObstetGynecol*, 126, 859-76.
https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Oct2015_Translation_Kaunitz.pdf
- Kenny M.A., y Williams J.M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.10.1016/j.brat.2006.04.008
- Korman, P. y Garay, J. (2012). El modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (mindfulness). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 5-13.
<https://www.academia.edu/download/99160643/281925884002.pdf>
- Lara, H., Bravo, L., Meléndez, J.D y Gutiérrez, E. (2002). Depresión mayor y menopausia. Un estudio controlado. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35(3), 138-143.<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71765>
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. *Guilford Press*. <https://psycnet.apa.org/record/1993-97864-000>
- Liu, H., Cai, K., Wang, J., y Zhang, H. (2023). The effects of mindfulness-based interventions on anxiety, depression, stress, and mindfulness in menopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 10, 1045642.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1045642>
- Lobos, M., Gutierrez, J. (2020). Adaptacion psicométrica de la escala de ansiedad y depresion de Goldberg en una muestra salvadorena. *Entorno*, 70, 87-98.
<https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9557>

- Martínez, M.D., Escobar, T. y Soriano, C. (2008). Autocuidado de mujeres en etapa de menopausia en Toluca, México. *Escola Anna Nery*, 12, 63-67. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100010>
- Martínez, O., Izquierdo B. y Peinado, M. (2014). Climaterio y menopausia. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 10(1), 98-108. <https://dialnet--unirioja--es.uaen.debiblio.com/servlet/articulo?codigo=8273310>
- Montón, C., Pérez Echevarría, M. J., Campos, R., Campayo, G. J. y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg. Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención primaria*, 12, 345-349.
- Orgilés, L. y Sevilla, J. (2014). ¿Por qué no soy un terapeuta mindfulness? *Informació Psicològica*, (106), 54-69. <http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.106.5>
- Rodríguez, N., S. (2017). Mindfulness: Instrumentos de evaluación. Una revisión bibliográfica. *PSOCIAL*, 3(2), 46-65. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2615/2277>
- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Guilford publications*.
- Soler, J., Eliges, M., y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de Conducta*, 42, 165-66. <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2793>
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *Elsevier*, 81, 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>
- Tang, Y., Hölzel, B. K., y Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature reviews neuroscience*, 16(4), 213-225. <https://www.nature.com/articles/nrn3916>

Vázquez, F.L. y Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-2.pdf>

Vøllestad J., Sivertsen B., Nielsen G.H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281-288. [10.1016/j.brat.2011.01.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.007) Williams JM, Russell I. y Russell D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 524-9. [10.1037/0022-006X.76.3.524](https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.524)

Williams JM, Russell I. y Russell D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 524-9. [10.1037/0022-006X.76.3.524](https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.524)

6. ANEXOS

ANEXO I: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg adaptada en El Salvador

n.º	PREGUNTAS	1	2	3	4
1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
3.	¿Se ha sentido muy irritable?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
4.	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
5.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
6.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
7.	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
8.	¿Ha estado preocupado por su salud?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
9.	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
10.	¿Se ha sentido con poca energía?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
11.	¿Ha perdido, usted, su interés por las cosas?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
12.	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
13.	¿Se ha sentido usted sin esperanzas?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
14.	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
15.	¿Se ha sentido usted enlentecido?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
16.	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Nunca	A veces	A menudo	Siempre

Fuente: Lobos, M., Gutierrez, J. (2020). Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña. *Entorno*, 70, 87–98. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9557>

ANEXO II: Cuestionario mindfulness de cinco facetas (versión española FFMQ-E)

Por favor puntué cada uno de los siguientes enunciados según la siguiente escala. Escriba el número en el espacio que mejor describa su propia opinión o lo que es verdadero de forma general para usted.

1	2	3	4	5
nunca o pocas veces verdadero	raras veces verdadero	a veces verdadero	a menudo verdadero	muy a menudo o siempre verdadero

- ___ 1. Mientras camino me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo al moverse.
- ___ 2. Soy capaz de encontrar las palabras adecuadas para describir mis sentimientos.
- ___ 3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.
- ___ 4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellas.
- ___ 5. Cuando estoy haciendo algo me distraigo con facilidad.
- ___ 6. Cuando me ducho o me baño, me doy cuenta de las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.
- ___ 7. Puedo expresar fácilmente con palabras mis creencias, opiniones y expectativas.
- ___ 8. No presto atención a lo que hago porque estoy soñando despierto, preocupado con otras cosas o distraído.
- ___ 9. Observo mis sentimientos sin enredarme en ellos.
- ___ 10. Me digo a mí mismo que no debería sentirme como me siento.
- ___ 11. Me doy cuenta de cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.
- ___ 12. Me resulta difícil encontrar palabras para describir lo que pienso.
- ___ 13. Me distraigo fácilmente.
- ___ 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y no debería pensar de esa forma.
- ___ 15. Presto atención a las sensaciones, como las del viento en mi pelo o el sol sobre mi cara.
- ___ 16. Tengo dificultad a la hora de pensar en las palabras adecuadas para expresar lo que siento acerca de las cosas.
- ___ 17. Juzgo si mis pensamientos son buenos o malos.
- ___ 18. Encuentro dificultad para estar centrado en lo que ocurre aquí y ahora, en el presente.
- ___ 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, “paro” y me doy cuenta sin dejarme llevar por ellos.
- ___ 20. Presto atención a los sonidos, por ejemplo al tic-tac de los relojes, al trino de los pájaros o a los coches que pasan.
- ___ 21. En situaciones difíciles, puedo pararme sin reaccionar de modo inmediato.
- ___ 22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me resulta difícil describirla porque no encuentro las palabras adecuadas.
- ___ 23. Tengo la impresión de que “pongo el piloto automático” sin ser muy consciente de lo que estoy haciendo.
- ___ 24. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, consigo calmarme al poco tiempo.
- ___ 25. Me digo a mí mismo que no debería pensar de la forma en que lo hago.
- ___ 26. Me doy cuenta de los olores y aromas de las cosas.
- ___ 27. Incluso cuando me siento muy contrariado, encuentro una forma de expresarlo en palabras.
- ___ 28. Realizo actividades sin estar realmente atento a las mismas.
- ___ 29. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, soy capaz de darme cuenta sin reaccionar.
- ___ 30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y no debería sentir las.
- ___ 31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza tales como colores, formas, texturas, o patrones de luz y sombra.
- ___ 32. Tengo una tendencia natural a expresar mis experiencias en palabras.
- ___ 33. Cuando tengo imágenes o pensamientos que me perturban, reparo en ellos y dejo que se vayan.
- ___ 34. Realizo trabajos o tareas de forma automática sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.
- ___ 35. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, la valoración sobre mí mismo es buena o mala, en consonancia con el contenido de ese pensamiento o imagen.
- ___ 36. Presto atención a la forma en que mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamiento.
- ___ 37. Puedo describir cómo me siento en un momento dado, de forma bastante detallada.
- ___ 38. Me sorprende a mí mismo haciendo cosas sin prestar atención.
- ___ 39. Me reprocho a mí mismo cuando tengo ideas irracionales.

Fuente: Quintana-Santana, B. M. (2016). Evaluación del “Mindfulness”: aplicación del cuestionario “Mindfulness” de cinco facetas (FFMQ) en población española. *Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid.*

ANEXO III: Consentimiento Informado para las participantes

Consentimiento Informado para Participación en el Programa de Intervención Basado en Mindfulness

A partir de este documento das tu conformidad para participar en el “Programa de intervención basado en Mindfulness para la prevención de la sintomatología depresiva y ansiosa en la menopausia” desarrollado en la *Asociación Mujeres Para La Salud*.

Por tanto, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley 14/2007 se declara que:

Doña.....
, con fecha de nacimiento....., se compromete voluntariamente y con buena disposición a participar en el programa diseñado para mujeres adultas que se llevará a cabo, y declara lo siguiente:

- Ha recibido una explicación detallada sobre el programa.
- Está familiarizada con la actitud y el comportamiento requeridos durante el desarrollo del programa.
- Se le ha informado de que su participación es voluntaria y que todos sus datos personales estarán protegidos.
- Conoce sus derechos y responsabilidades como participante en el programa.

En.....a.....de.....

Firma del Participante: _____

Si tiene alguna pregunta adicional sobre el programa o su participación, no dude en comunicarse con nosotros. Agradecemos su participación y esperamos trabajar juntos para mejorar su bienestar psicológico.

Fuente: Elaboración propia

Anexo IV: Mindfulness para aliviar los signos de la menopáusia

Mindfulness para aliviar los síntomas de la menopausia

La menopausia puede venir acompañada de una serie de síntomas que impactan significativamente en el **bienestar y calidad de vida** de las mujeres. Desgraciadamente, muchas de las afectadas no reciben un tratamiento adecuado para superar estas dolencias, que incluyen cambios de humor, pérdida de memoria y dificultades de concentración. [Un estudio de la University College de Londres](#) concluye ahora que el Mindfulness puede ser una herramienta eficaz y económica para **mitigar muchos de esos trastornos**.

La investigación, publicado en el 'Journal of Affective Disorders' y recogida también por [El Periódico de España](#), presenta un metaanálisis de 30 estudios en los que participaron más de 3.500 mujeres de 14 países que estaban atravesando la menopausia. Los resultados sugieren que intervenciones psicoeducativas como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la **atención plena o Mindfulness** podrían ser opciones de tratamiento efectivas para **aliviar una gran variedad de esos síntomas** menopáusicos.

Bienestar emocional y cognitivo

La profesora **Aimee Spector**, autora principal del estudio, destaca la importancia de abordar los síntomas no solo desde una perspectiva fisiológica, sino también considerando el **bienestar emocional y cognitivo** de las mujeres. Este enfoque es crucial dado que muchas mujeres pueden estar preocupadas por los riesgos asociados con la terapia de reemplazo hormonal (TRH) o pueden experimentar síntomas no fisiológicos que afectan a su calidad de vida.

El estudio analizó diversas intervenciones, desde la TCC hasta la atención plena y la terapia de aceptación y compromiso. Los resultados revelaron **mejoras significativas en la ansiedad, la depresión y las dificultades de memoria y concentración** en aquellas mujeres que recibieron TCC o practicaron Mindfulness en comparación con aquellas que no recibieron ninguno de estas intervenciones o que optaron por tratamientos alternativos.

Alternativa rentable

Además, se descubrió que estas opciones son especialmente rentables, ya que requiere un **ciclo de tratamiento más corto** en comparación con otras formas de terapia. Estos hallazgos son alentadores tanto para los profesionales de la salud como para las mujeres que atraviesan la menopausia, ya que ofrecen nuevas opciones de tratamiento más allá de los enfoques tradicionales.

Otras coautoras de la investigación se han pronunciado en la misma línea. La doctora **Zishi Li** subraya la importancia de estas intervenciones psicoeducativas para el manejo de los síntomas menopáusicos no fisiológicos, mientras que la doctora **Roopal Desai** señala que estos hallazgos proporcionan a los médicos de familia y a los pacientes **una gama más amplia de opciones de tratamiento**.

Fuente: Extraído de Asociación profesional de instructores mindfulness-MBSR (2024)
<https://www.mbsr-instructores.org/2024/04/30/mindfulness-para-aliviar-sintomas-menopausia/>

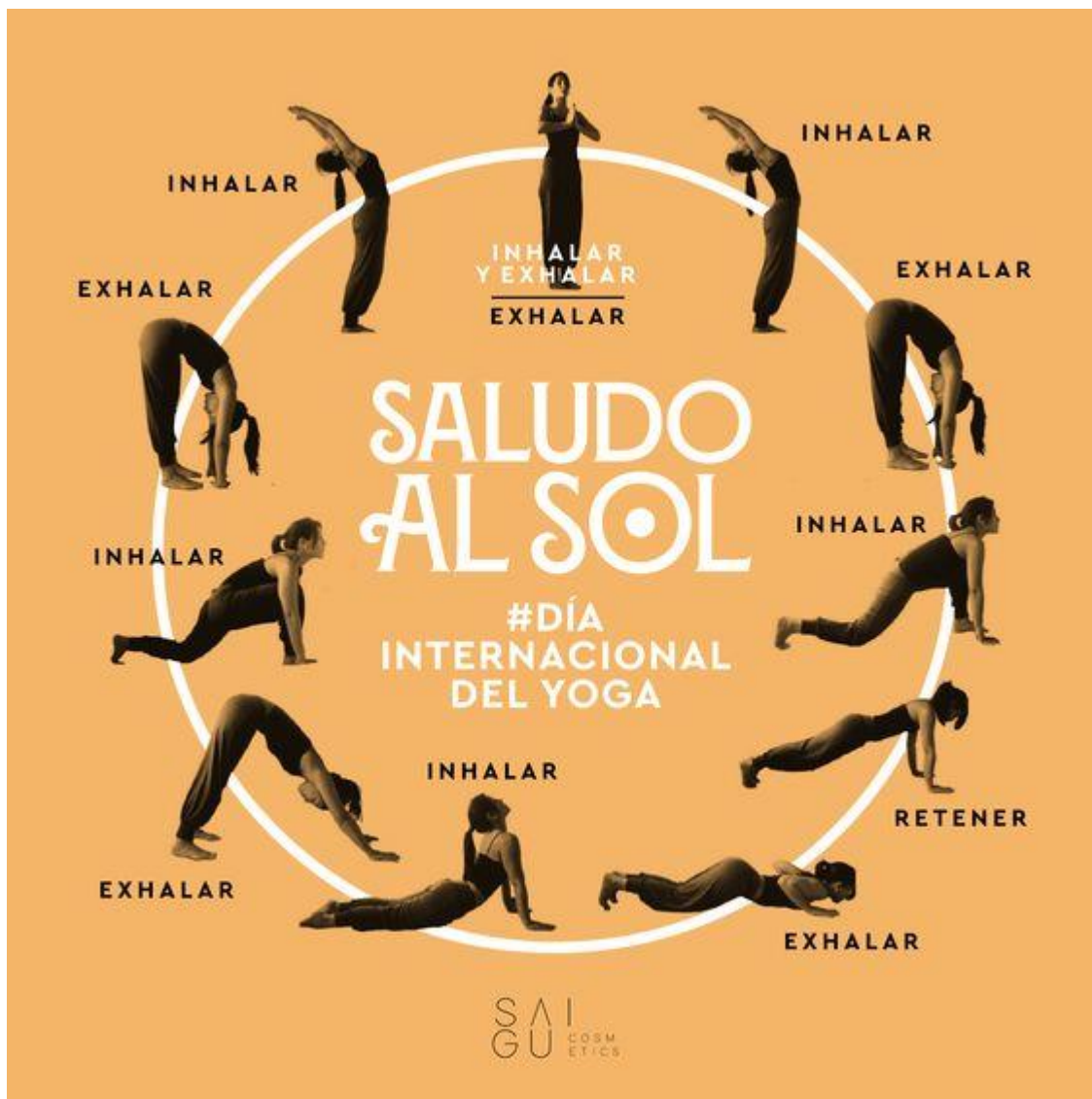
Anexo V: 7 actitudes de mindfulness

Las 7 actitudes mindfulness



Fuente: Extraído de <https://mindfulnessartes.wordpress.com/2018/11/30/la-7-actitudes-basicas-en-mindfulness/>

Anexo VI: yoga consciente parte 1



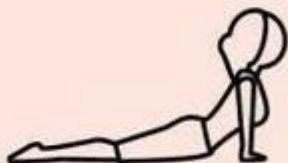
Fuente: <https://www.pinterest.es/pin/211174974558574/>



**POSTURA DEL HÉROE
POR 30 SEG.**



**POSTURA DEL NIÑO
POR 30 SEG.**



**POSTURA DEL PERRO HACIA
ARRIBA POR 30 SEG.**



**POSTURA DEL CAMELLO
POR 30 SEG.**



**POSTURA DE LA PINZA
POR 30 SEG.**



**POSTURA DEL LOTO EN TORSIÓN
LADO IZQUIERDO POR 30 SEG.**



**POSTURA DEL LOTO EN TORSIÓN
LADO DERECHO POR 30 SEG.**



**POSTURA DEL PUENTE
POR 30 SEG.**



**POSTURA DE LIBERACIÓN DEL
VIENTO POR 30 SEG.**



**POSTURA DEL CADAVER
POR 1 MINUTO.**

Fuente: <https://www.pinterest.es/pin/2603712280094527/?mt=login>