Rev. Latino-Am. Enfermagem
2022;30:e3574
DOI: 10.1590/1518-8345.5691.3574
www.eerp.usp.br/rlae

RLAE
Revista Latino-Americana de Enfermagem

Artículo Original

Efectos del Entrenamiento de la Compasión Cognitiva en la población de los barrios periféricos: un estudio mixto*

Flávia Cristiane Kolchraiber[1,2]
https://orcid.org/0000-0003-0686-9092
Luiza Hiromi Tanaka[1]
https://orcid.org/0000-0003-4344-1116
Lobsang Tenzin Negi (buen nombre Satya Dev Negi)[3]
https://orcid.org/0000-0002-7576-7738
Ana Cristina Atanes[4]
https://orcid.org/0000-0001-8115-7672
Káren Mendes Jorge de Souza[1]
https://orcid.org/0000-0002-5563-1569

Destacados: (1) Efecto positivo en un contexto étnico-cultural específico y no estudiado anteriormente. **(2)** Mejora en el bienestar individual de los participantes. **(3)** Impacto positivo en la participación de la comunidad para promover el bienestar social. **(4)** Implicancia positiva en el desempeño sociopolítico de los voluntarios considerados activistas.

Objetivo: analizar los efectos del Entrenamiento en Compasión Cognitiva (CBCT®) en personas en situación de vulnerabilidad social. **Método:** estudio mixto del tipo transformativo secuencial con el mismo peso QUAL→QUAN. Grupos Focales aplicados al inicio (n=24) y tres meses (n=11) después del CBCT®, para comprender el conocimiento que tienen los participantes sobre emociones, (auto) cuidado y situaciones de estrés. El análisis de contenido utilizó el *software WebQDA*. Los participantes (n=65) fueron aleatorizados en el grupo control (n=31) y experimental (n=34) para evaluar la autocompasión, el estrés percibido y los afectos positivos y negativos en tres momentos. El ANOVA factorial mixto consideró factor de participantes (tiempo) y entre participantes (lugar y grupo). **Resultados:** edad promedio (37), sexo femenino (88%), solteras (51%) y negras (77%). Las categorías temáticas que surgieron antes del curso fueron: "Reducción del sufrimiento de los demás como puente para el autocuidado consciente" y "La vulnerabilidad social como potenciadora de la baja alfabetización emocional". Luego la autocompasión y la conciencia de los estados mentales para el activismo social. El análisis cuantitativo mostró un aumento significativo en la autocompasión de los participantes (p=0,003); factor grupo (p< 0,001); reducción del estrés percibido (p=0,013); afectos negativos factor grupo (p= 0,005); y aumento de los afectos positivos (p< 001) de los participantes. **Conclusión:** El CBCT® tuvo un efecto positivo en el bienestar individual y tuvo un impacto positivo en la participación de la comunidad para promover el bienestar social en la población de los barrios periféricos. Registro Brasileño de Ensayos Clínicos (RBR-3w744z.) en abril de 2019.

Descriptores: Empatía; Meditación; Vulnerabilidad Social; Terapias Complementarias; Promoción de la Salud; Participación de la Comunidad.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Meditación de la compassion y vulnerabilidad social: posibles combinaciones para el bien estar individual e comunitario", presentada en la Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil. El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamiento 001, Brasil.

[1] Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.
[2] Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.
[3] Emory University, Center for Contemplative Science and Compassion-Based Ethics, Atlanta, GA, Estados Unidos de América.
[4] Bangor University, School of Social Sciences, North Wales, PG, Inglaterra.

Cómo citar este artículo

Kolchraiber FC, Tanaka LH, Negi LT, Atanes AC, Souza KMJ. Effects of Cognitively Based Compassion Training in the outskirts: A mixed study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3531. [Access ___ ___ ___]; Available in: _____. https://doi.org/10.1590/1518-8345.5691.3531
month day year URL

Introducción

Desde la perspectiva de la determinación social, es innegable la existencia de una íntima relación entre salud y sociedad. Por ende, cualquier análisis del proceso salud-enfermedad-cuidado debe considerar necesariamente las contradicciones y vulnerabilidades sociales que subyacen a los problemas de salud y la forma en que personas de diferentes estratos sociales acceden a los recursos de cuidado profesional, popular e informal, incluyendo el autocuidado[1-2].

La vulnerabilidad social es una expresión interdisciplinaria que se refiere al sentido de garantía de la ciudadanía y la fragilidad del bienestar social, determinada por una combinación de factores sociopolíticos y culturales que interfieren en el acceso a los bienes y recursos para garantizar el derecho a la vida digna[1]. Cuestiones como la vivienda, los ingresos, las fuentes habituales de cuidado, las redes sociales, la educación, la cultura, las expectativas individuales y sociales para el futuro son importantes determinantes sociales de la salud. Sin embargo, también es necesario atribuirle a la esfera de la (re)producción social la determinación del desgaste y fortalecimiento del proceso salud-enfermedad-cuidado de las personas, que puede generar problemas de salud[2-3].

Al partir de la comprensión de que el cuidado es inherente al ser humano, se puede suponer que la vulnerabilidad social revela un proceso complejo de (no) cuidar(se). En contextos donde hay dificultades o no hay acceso a los derechos humanos, el abandono del cuidado puede representar la susceptibilidad de la humanidad al daño, al sufrimiento o al cansancio y la finitud. El no cuidar(se) se refiere a la fragilidad e inseguridad inherentes al ser humano, que pueden manifestarse en las dimensiones ontológica, ética, política, natural, cultural y social[4-5].

Para ampliar el alcance de las intervenciones con enfoque terapéutico individual y especializado, se sugieren nuevos modelos de promoción del bienestar de las poblaciones con especificidades etnoculturales[6-7]. El bienestar, en el campo de la psicología, comprende una dimensión compleja y positiva de la salud que integra cognición y afecto. Es un concepto ecológico que proviene de un amplio sistema de factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la forma o calidad con la que viven las personas a lo largo de su vida[8-9].

Varios estudios han demostrado que el bienestar puede actuar como factor preventivo de enfermedades. La presencia de felicidad y satisfacción con la vida implicó un menor riesgo de mortalidad en poblaciones sanas[9-13]. Estos resultados se pueden potenciar entrenando la mente en la compasión[14]. La compasión es el sentido de preocupación que surge cuando uno se enfrenta al sufrimiento de otra persona y la motivación para aliviarlo. Es comprender el estado emocional de otras personas y cuidar a los que lo sufren. También significa promover el bienestar para desarrollar un comportamiento altruista. Cuando se enfoca en el individuo, se convierte en autocompasión[15-18].

Estudios recientes indican que entrenar el cerebro en la compasión a través de prácticas meditativas produce cambios en las respuestas bioquímicas del cuerpo, como una caída de las hormonas inflamatorias del estrés y un aumento de las hormonas relacionadas con la felicidad[17,19-23]. Este tipo de entrenamiento mental amplía los dominios conductuales, desarrolla habilidades altruistas y cambia las respuestas neuronales al sufrimiento, lo que proporciona evidencia de neuroplasticidad en el circuito que subyace a la compasión y al altruismo[24-27].

Existen numerosas intervenciones basadas en la compasión. Los programas utilizados como estrategia eficaz de regulación emocional fuera del contexto meditativo tradicional se asocian con la producción endógena de afecto positivo, estimulando la resiliencia al sufrimiento de los demás en la población general, al mismo tiempo que promueven la conexión emocional y la prosocialidad[19-21,24-28].

El Entrenamiento en Compasión de Base Cognitiva (*Cognitively Based Compassion Training,* CBCT®) es un programa secular para entrenar la mente en la compasión con efectividad comprobada en diferentes grupos; en su mayoría estudiantes universitarios adultos o grupos específicos en el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, es necesario ampliar la verificación de la efectividad con poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Las comunidades periféricas de los grandes centros urbanos, "las poblaciones de los barrios periféricos", forman parte de este ámbito, y es con ellos y ellas que desarrollaremos este estudio[28-29]. El objetivo de este estudio fue analizar los efectos del Entrenamiento en Compasión de Base Cognitiva (CBCT®) en personas en situación de vulnerabilidad social.

Se considera que la presente investigación trae aportes teórico-prácticos por su relevancia social, innovación y avance del conocimiento científico. También se reconoce que contribuye para que las personas en situación de vulnerabilidad social tengan acceso a prácticas que promuevan el bienestar individual y colectivo.

Método

Diseño del estudio

Se trata de una investigación de métodos mixtos de tipo transformativo secuencial y con el mismo peso entre los enfoques QUAL→QUAN. La mezcla de datos se realizó mediante la integración y se produjo en los resultados

y la discusión. La elección del método transformativo se basa en la perspectiva de la teoría epistemológica de Paulo Freire, asociada al compromiso previo que tiene la investigadora principal con las comunidades participantes del estudio, la dirección de la justicia social y la valorización de la cultura periférica[30-33].

El enfoque cualitativo utilizado fue la investigación acción participativa con el empleo de Grupo Focal (GF) y entrevistas individuales (EI), para comprender el conocimiento que tienen los participantes sobre los sentimientos, las emociones, la compasión, el estrés y el curso CBCT®. Se aplicaron: GF antes y tres meses después de la intervención; y EI inmediatamente después del curso.

En el enfoque cuantitativo, un estudio aleatorizado y controlado comparó los beneficios de la intervención en la autocompasión, el estrés percibido, los afectos positivos y negativos para las actividades regulares de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Las variables dependientes fueron: autocompasión, estrés percibido, afectos positivos y afectos negativos. Las variables independientes fueron lugar y grupo. Se utilizó un diseño con análisis entre y de participantes: 2 (Lugar: OSC vs comunidad) X 2 (Grupo: experimental vs control) X 3 (Tiempo: T1 vs T2 vs T3). Para este artículo, utilizamos los resultados de todos los métodos mencionados, excepto EI de forma integrada. Este enfoque se centra en la praxis, perspectiva y reflexión sobre la práctica, considerando la ética y los sentimientos en los que se basa[32-33].

Escenario de estudio

El estudio fue realizado con de personas acompañadas y voluntarias de dos OSC, en la región de Parelheiros, municipio de São Paulo, SP, Brasil. Son instituciones que trabajan en derechos humanos y están ubicadas en zonas periféricas. Las mismas, en alianza con cinco comunidades, cocrearon el Centro de Excelencia para la Primera Infancia (CEPI). Durante la creación se identificaron dificultades en el colectivo, tales como: falta de enfoque, autoexigencia, signos y síntomas de ansiedad y estrés para tratar de alcanzar un desempeño más efectivo y contribuir más al bienestar. Durante la planificación del CEPI, el cuidado para la excelencia fue dividido en dimensiones y se propuso a la investigadora la contribución de las prácticas meditativas a la dimensión del cuidado del equipo.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución que presentó la propuesta en octubre de 2018 bajo el n. 2,906,902. Fue realizado de acuerdo con las recomendaciones de las CONSORT (Normas Consolidadas para Informar y Publicar Ensayos) para las buenas prácticas clínicas (Figura 1), COREQ *Consolidated criteria for reporting qualitative research* y el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos (RBR-3w744z.) en abril de 2019.

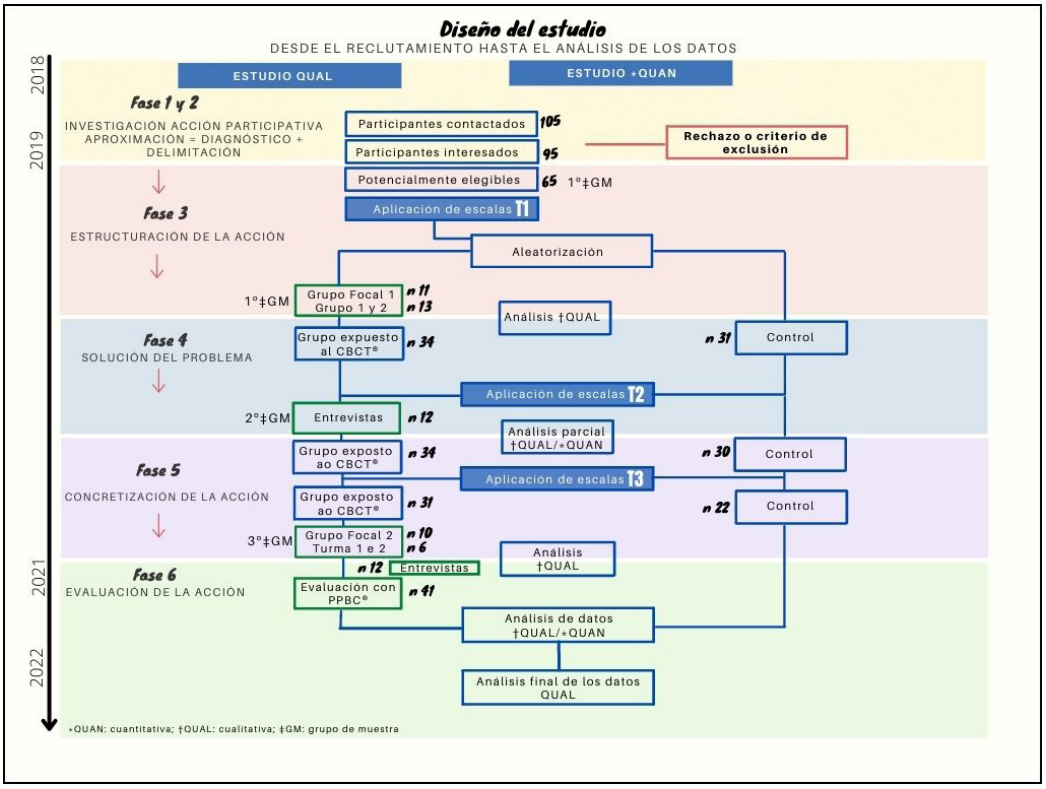


Figura 1 - Diagrama de flujo de inclusión, asignación, seguimiento y análisis de los participantes, adaptado de CONSORT (n=65). São Paulo, SP, Brasil, 2018-2021

Participantes, reclutamiento, aleatorización y tamaño de la muestra

Las personas participantes potencialmente elegibles fueron reclutados y aleatorizados desde mayo de 2019 hasta junio de 2019 y contactados personalmente por la investigadora o las voluntarias de la OSC. A los participantes se les presentó toda la información sobre el estudio en los espacios de la OSC o en sus domicilios. Los criterios de elegibilidad incluyeron: (1) edad mayor a 18 años; (2) sin práctica en meditación; (3) residentes de una de las cinco comunidades donde operan las OSC; y (4) o voluntarias de la OSC. Los criterios de exclusión fueron personas con enfermedad mental grave en tratamiento o con diagnóstico de deterioro cognitivo.

Fueron invitadas a participar en la investigación 105 personas y 95 mostraron interés, la mayoría residía fuera del área de estudio. Sesenta y cinco personas cumplieron con los criterios de elegibilidad y conformaron la muestra final por conveniencia. Después de completar el Formulario de Consentimiento Libre e Informado, los participantes fueron divididos aleatoriamente por el software *Randomizer* y divididos en grupo experimental (intervención CBCT®) y grupo control (actividad OSC).

Materiales

Cuestionario sociodemográfico y clínico

Testeado previamente con variables sociodemográficas y económicas (género, edad, étnico-raciales, estado civil, educación, número de hijos, ingreso, número de personas que viven con el ingreso, tiempo de residencia en la región, religión, origen, relación laboral) y variables de interés (percepción sobre la salud física y mental y trauma emocional).

Escala de autocompasión[34]

Escala Likert de cinco puntos (1=casi nunca a 5=casi siempre) con 26 ítems que evalúan la autocompasión sobre cómo las personas se relacionan consigo mismas en momentos de dificultad. Los ítems se dividen en seis subescalas: bondad propia, autocrítica severa, humanidad, aislamiento, *mindfulness* y sobreidentificación. El puntaje global se calcula utilizando la media total de las medias de las subescalas después de invertir los ítems de las subescalas negativas: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 y 25. Cuanto mayor es el puntaje, mayor es la autocompasión.

Escala de Estrés Percibido (EEP)[35]

Escala tipo Likert de cinco puntos (0 = nunca a 4 = muy a menudo) con 10 ítems que evalúan la frecuencia de sentimientos y pensamientos relacionados con eventos y situaciones que ocurrieron en el último mes. Los ítems 4, 5, 7 y 8 se puntúan al revés y se suman a todos los ítems para calcular la puntuación total, que va de 0 a 40. Una puntuación más alta indica mayor estrés.

PANAS-X (*Positive Affect Negative Affect Scale) Adaptado*[36]

Escala Likert de 5 puntos (0 = muy poco o nada a 5 = excesivamente) con 60 ítems que evalúan el Afecto Positivo: afecto positivo básico, que incluye jovialidad, autoconfianza y atención; Afecto Negativo: afecto negativo básico, que incluye miedo, hostilidad, culpa y tristeza; y otros estados afectivos, que incluye la timidez, el cansancio, la serenidad y la sorpresa.

Los puntajes de cada dimensión se calculan sumando las clasificaciones de todas las emociones incluidas en cada nivel y dividiendo el total por el número de emociones de cada dimensión, de modo que los puntajes van del 1 al 5. En la suma, el puntaje más alto del Afecto Positivo indica bienestar subjetivo, disposición y entusiasmo, y el del Afecto Negativo indica insatisfacción con la vida, descontento y malestar subjetivo.

Recolección de datos

Enfoque cuantitativo

El perfil sociodemográfico-emocional de los participantes se realizó mediante un cuestionario autoadministrado y escalas en formato *Google Forms®.* Se les brindó apoyó a las personas con dificultades para leer y usar computadoras. Dos estudiantes de enfermería previamente capacitadas realizaron la recolección de datos con la investigadora.

Se aplicaron las escalas Autocompasión, PANAS-X y EEP, todas validadas en portugués. La aplicación se realizó en la fase inicial (T1), inmediatamente después del entrenamiento (T2) y después de 3 meses (T3) como se puede ver en la Figura 1.

Enfoque cualitativo

Todos los individuos fueron invitados a participar en el GF inicial (T1) y los del grupo experimental solo en el T3. Grupo 1 (n=11), Grupo 2 (n=13) antes de la aleatorización, Grupo 1 (n=10) y Grupo 2 (n=6) 3 meses después de la intervención. Los GF tuvieron una duración de dos horas, fueron grabados en audio, transcriptos (sin revisión de los participantes) y conducidos por una entrevistadora, la autora de este trabajo, con una guía previamente elaborada. Participaron dos observadoras, una de ellas era la investigadora principal. Ambas eran enfermeras y tenían experiencia en esta técnica. Las entrevistas individuales, videograbadas y transcritas, fueron realizadas por una entrevistadora invitada e inmediatamente después de finalizada la intervención (T2) n = 11. Ambas transcripciones fueron validadas por

investigadores, uno de ellos no pertenecía al equipo. Se agregaron al análisis las notas de las observadoras y las observaciones de la investigadora descritas en el cuaderno de campo durante y después de la recolección de datos.

Guía de preguntas orientadoras

T1 GF - Reunión para discutir el objeto de la investigación[37]. ¿Cómo son los efectos del estrés en ti? ¿Qué es la autocompasión y el autocuidado?
Entrevista T2 - Conversación con objetivo[38]. ¿Cómo fue la experiencia de participar en el CBCT®? ¿Qué fue lo más llamativo? ¿Cambió algo en ti después del curso?
T3 GF - ¿Cómo te sientes después del entrenamiento en compasión? ¿Qué efectos tuvo este programa en ti y en la comunidad?

Procedimientos de análisis de datos

La base de datos final se analizó utilizando el *software* IBM SPSS®, versión 27.0. Los datos se analizaron calculando estadísticas descriptivas (porcentaje, media, desviación estándar, asimetría y curtosis) y estadísticas inferenciales (ANOVA factorial mixto). Para cada variable de interés, el ANOVA factorial mixto consideró un factor de los participantes (T1, T2 y T3) y dos factores entre los participantes (lugar y grupo).

El material cualitativo fue organizado en el *software WebQDA®* y sometido a análisis de datos categórico y temático, realizados en pares: 1) Organización del material: transcripciones, observaciones, imágenes, videos, notas, artículos y base de datos cuantitativa organizada por fase de estudio (Figura 1); 2) Categorización por núcleos de sentido; 3) Interpretación: búsqueda de sentido, análisis comparativo y síntesis de datos[39].

Intervención

El CBCT® es un programa secular de meditación de la compasión basado en la cognición y desarrolla el cultivo de la compasión a través de ejercicios meditativos[28,40]. Les propone a los participantes desarrollar la estabilidad de la atención y la conciencia de la naturaleza de la mente (módulos 1 y 2), avanzando con prácticas analíticas específicas de la compasión (módulos 3 a 6).

Los módulos son: (1) Atención al momento presente; (2) *Insight* sobre naturaleza de la experiencia mental; (3) Cultivar la autocompasión y el autocuidado; (4) Desarrollar la imparcialidad y la ecuanimidad; (5) Desarrollar afecto y gratitud; y (6) Comprender la empatía y la compasión comprometida.

Los encuentros se realizaron en el espacio de la OSC con una duración de 2 horas, frecuencia semanal y durante nueve encuentros. Se desarrollaron en formato de ronda de conversaciones con proyecciones, dinámicas, textos para lectura y videos para apropiación y diálogo sobre los contenidos y prácticas.

Los participantes recibieron un cuadernillo sobre el curso, audios para practicar las meditaciones y se los animó a escribir sobre las experiencias de las prácticas semanales. Se creó un grupo de redes sociales para comunicarse. Todos fueron invitados a practicar meditaciones fuera de las horas de la reunión por un promedio de 15 minutos al día. Las reuniones fueron grabadas en audio para la seguridad del contenido aplicado y la fidelidad al manual CBCT®.

El instructor está certificado por el Centro de Ciencias Contemplativas y Ética Basada en la Compasión de la Universidad de Emory y cuenta con una larga experiencia en prácticas meditativas y enseñanza de programas.

El grupo control continuo con las actividades que ofrecen regularmente las OSC, actividad física, talleres de arte, lectura, cocina, permacultura y ronda de conversaciones. Al final del estudio, se dictó el CBCT® para el grupo control.

Resultados

Los resultados apuntan a análisis QUAL→QUAN en complementariedad y revelaron experiencias complejas, permitiendo a otros investigadores aplicar el modelo en diferentes grupos poblacionales.

Para cumplir con los objetivos de este estudio, los resultados se dividieron en dos partes principales. En la primera, se caracteriza la muestra con respecto a las variables demográficas y la percepción de la salud física y mental. En la segunda, se presentan estadísticas inferenciales, para probar el efecto de la intervención sobre las variables de interés, y profundizar, bajo el enfoque cualitativo a través de tres categorías temáticas basadas en 36 códigos árbol, derivados de los datos: (1) Reducción del sufrimiento de los demás: un puente hacia la autocompasión y el autocuidado consciente; (2) La vulnerabilidad social como potenciadora de la baja alfabetización emocional; (3) Autocompasión y conciencia de los estados mentales para el activismo social.

La curiosidad por comprender las diferentes emociones, el propio sufrimiento y el deseo de ampliar el repertorio para poder ayudar/cuidar a otras personas fueron las principales motivaciones de los individuos para participar en la investigación. Además, varios participantes mencionaron que deseaban superar el miedo a lo desconocido al relacionar la meditación con la práctica religiosa.

Caracterización de muestras

En cuanto a los datos sociodemográficos y económicos, el presente estudio contó con la participación

de 65 personas ($n_{control}$ = 31, $n_{experimental}$ = 34). Tenían una edad media de 37 años (DE = 14,96), la mayoría eran del sexo femenino (88%), solteros (51%) y negros (morenos y negros) (77%) como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 - Datos sociodemográficos y económicos de personas acompañadas y voluntarias de Organizaciones de la Sociedad Civil (n=65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variable	Categoría	n	Porcentaje/ Frecuencia
Sexo	Masculino	8	12%
	Femenino	48	88%
Lugar	OSC	24	52%
	Comunidad	32	48%
Etnia	Blanco	10	20%
	Moreno	26	43%
	Negro	18	34%
	Amarillo	2	3%
	Indígena	0	0
Estado civil	Unión estable	10	17%
	Soltero	32	51%
	Casado	12	25%
	Divorciado	1	6%
	Viudo	1	1%
Hijos	0	17	29,2%
	1	17	23,1%
	2	6	15,4%
	3	8	12,3%
	4	2	6,2%
	5 o más	9	14%
Educación	Escuela Secundaria completa	20	38%
	Escuela Secundaria incompleta	4	8%
	Escuela Primaria completa	4	6%
	Escuela Primaria incompleta	9	14%
	Nunca asistió a la escuela	3	5%
	Educación Superior completa	6	11%
	Educación Superior incompleta	10	18%
Empleo	Contrato temporal	3	4%
	Emprendedor	7	11%
	No tengo	27	45%
	En blanco	10	20%
	En negro	9	20%
Ingreso familiar	Menos de 1 salario mínimo	6	12%
	1 salario mínimo	22	38.5%
	2 salarios mínimos	15	28%
	3 salarios mínimos	4	6%
	Más de 3 salarios mínimos	9	1,5%
	Sin ingreso	9	14%

*Salario mínimo vigente = R$ 1.045,00, Brasil, 2020

En cuanto a la percepción de la muestra en lo que respecta a los aspectos físicos y emocionales, el 71% de los participantes se consideraba leve o medianamente saludable, mientras que el 29% se percibía saludable o muy saludable. En cuanto a los aspectos emocionales, la mayoría (65%) indicó que no había tenido ningún trauma, el 26% indicó que tuvo un trauma, el 6% dos traumas y el 3% tres traumas.

Como se muestra en la Tabla 2, se realizaron cálculos de estadísticas descriptivas para las variables de interés (autocompasión, estrés percibido, afectos negativos y afectos positivos) para los tres momentos (T1, T2 y T3) y para los subgrupos (OSC *vs* comunidad y experimental *vs* control).

Tabla 2 - Estadísticas descriptivas de las variables autocompasión, estrés percibido, afectos negativos y afectos positivos de las personas acompañadas y las voluntarias de las Organizaciones de la Sociedad Civil (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Variable	Subgrupo	‖ M	¶ DE	Shapiro-Wilk sig.	Asimetría (EP)	Curtosis (EP)
*AC T1	OSC	3,08	0,70	0,65	-0,28 (0,44)	-0,11 (0,86)
	Comunidad	2,90	0,59	0,74	-0,24 (0,46)	-0,52 (0,89)
	Experimental	2,91	0,71	0,74	-0,10 (0,42)	-0,52 (0,82)
	Control	3,10	0,56	0,69	-0,06 (0,48)	0,06 (0,94)
*AC T2	OSC	3,51	0,55	0,57	-0,04 (0,44)	-0,57 (0,86)
	Comunidad	3,15	0,49	0,39	-0,41 (0,46)	0,37 (0,89)
	Experimental	3,52	0,51	0,89	0,12 (0,42)	-0,51 (0,82)
	Control	3,09	0,50	0,87	-0,37 (0,48)	-0,23 (0,94)
*AC T3	OSC	3,43	0,53	0,25	-0,01 (0,44)	-0,79 (0,86)
	Comunidad	3,10	0,60	0,94	-0.13 (0,46)	-0,20 (0,89)
	Experimental	3,46	0,54	0,21	0,04 (0,42)	-0,80 (0,82)
	Control	3,02	0,56	0,47	-0,34 (0,48)	-0,56 (0,94)
† EEP T1	OSC	21,93	7,21	0,65	0,21 (0,44)	-0,65 (0,86)
	Comunidad	23,50	6,63	0,66	0,33 (0,46)	-0,48 (0,89)
	Experimental	23,48	7,06	0,54	-0,04 (0,42)	-0,83 (0,82)
	Control	21,61	6,71	0,65	0,61 (0,48)	0,40 (0,94)
† EEP T2	OSC	18,93	1,08	0,37	0,44 (0,44)	-0,54 (0,86)
	Comunidad	19,62	4,55	0,53	-0,17 (0,46)	-0,07 (0,89)
	Experimental	18,97	5,34	0,18	0,52 (0,42)	-0,08 (0,82)
	Control	19,65	4,98	0,65	-0,31 (0,48)	-0,62 (0,94)
† EEP T3	OSC	20,39	6,26	0,39	0,47 (0,44)	-0,08 (0,86)
	Comunidad	21,46	1,09	0,90	-0,19 (0,46)	0,34 (0,89)
	Experimental	19,84	6,27	0,46	0,41 (0,42)	0,23 (0,82)
	Control	22,35	5,16	0,82	0,06 (0,48)	-0,44 (0,94)
‡AN T1	OSC	2,48	0,79	0,51	0,21 (0,44)	-0,74 (0,86)
	Comunidad	2,63	0,84	0,46	0,17 (0,46)	-0,67 (0,89)
	Experimental	2,74	0,84	0,33	-0,10 (-,42)	-0,77 (0,82)
	Control	2,31	0,71	0,34	0,54 (0,48)	0,05 (0,94)
‡AN T2	OSC	2,11	0,70	0,002	0,87 (0,44)	-0,53 (0,86)
	Comunidad	2,10	0,66	0,22	0,81 (0,46)	1,00 (0,89)
	Experimental	2,01	0,71	0,0004	1,26 (0,42)	0,67 (0,82)
	Control	2,22	0,61	0,84	0,25 (0,48)	0,02 (0,94)
‡AN T3	OSC	2,43	0,67	0,68	-0,003 (0,44)	-0,92 (0,86)
	Comunidad	2,32	0,90	0,30	0,63 (0,46)	0,23 (0,89)
	Experimental	2,45	0,85	0,47	0,35 (0,42)	-0,26 (0,82)
	Control	2,28	0,64	0,63	0,05 (0,48)	-0,77 (0,94)
§ AP T1	OSC	3,15	0,80	0,12	-0,59 (0,44)	0,26 (0,86)
	Comunidad	3,00	0,76	0,01	-0,83 (0,46)	-0,40 (0,89)
	Experimental	3,14	0,85	0,01	-0,65 (0,42)	-0,22 (0,82)
	Control	3,00	0,68	0,07	-0,90 (0,48)	0,36 (0,94)

(continúa en la página siguiente...)

Variable	Subgrupo	‖ M	¶ DE	Shapiro-Wilk sig.	Asimetría (EP)	Curtosis (EP)
§ AP T2	OSC	2,74	0,56	0,24	-0,02 (0,44)	-0,69 (0,86)
	Comunidad	2,64	0,64	0,68	-0,31 (0,46)	-0,01 (0,89)
	Experimental	2,85	0,61	0,45	-0,15 (0,42)	-0,78 (0,82)
	Control	2,49	0,53	0,07	-0,81 (0,48)	-0,02 (0,94)
§ AP T3	OSC	3,44	0,69	0,51	0,00 (0,44)	-0,03 (0,86)
	Comunidad	3,18	0,76	0,26	-0,61 (0,46)	0,41 (0,89)
	Experimental	3,46	0,79	0,32	-0,55 (0,42)	0,54 (0,82)
	Control	3,11	0,59	0,14	-0,76 (0,48)	0,09 (0,94)

*Autocompasión; †Escala de Estrese Percibido; ‡Afectos Negativos; §Afectos Positivos; ‖Media; ¶Desviación Estándar

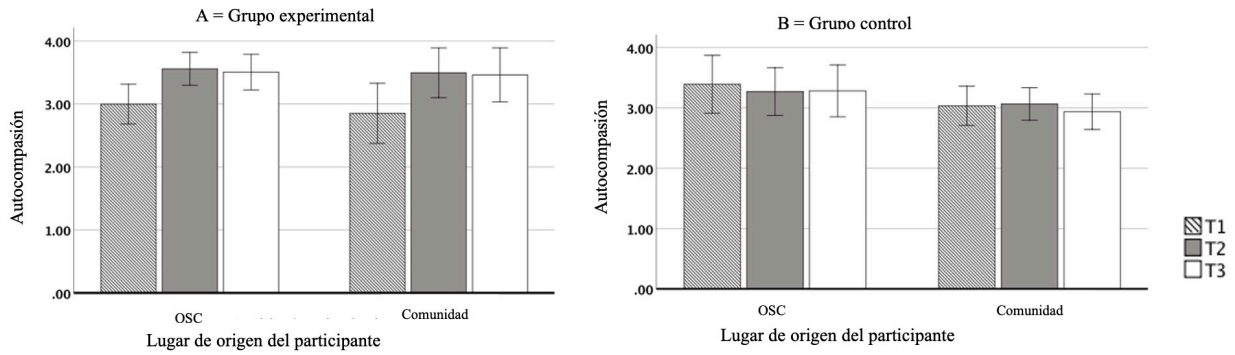
Efectos de la intervención según enfoques cuantitativo y cualitativo

Para comprobar el efecto de la intervención sobre las variables de interés, así como las diferencias entre los grupos, se realizó una serie de ANOVA mixtos. Los resultados de estos análisis se presentan a continuación, teniendo en cuenta los supuestos para este análisis paramétrico.

Autocompasión

La variable autocompasión presentó una distribución normal en los tres niveles (T1, T2 y T3). En el grupo comunitario se observó la presencia de solo un *outlier* en T2, optando por mantenerlo en el análisis considerando que ANOVA es un análisis sólido en relación a pequeñas violaciones. Se cumplió el supuesto de homogeneidad, sin embargo, se violó la homocedasticidad. Por lo tanto, para los efectos en los sujetos, se utilizó la estadística Greenhouse-Geisser.

Se observó una diferencia significativa para el factor intrasujetos: [F(1.674, 83.701) = 7.123, p = 0.003, ηp2 = 0.13], así como una interacción significativa con el factor grupo: [F(1,829, 83,701) = 10,61, p < 0,001, ηp2 = 0,18]. Para comprender mejor la interacción entre autocompasión y grupo, se realizaron pruebas de comparación simple. En el grupo experimental, hubo un efecto significativo sobre la autocompasión: [F(1,486, 44,582) = 17,35, p < 0,001, ηp2 = 0,37]. Se observó un aumento significativo en la autocompasión entre T1 y T2 (p < 0.001), entre T1 y T3 (p = .001) como se muestra en la Figura 2.



Barras de error CI95%

Figura 2 - A) Diferencias en los niveles de autocompasión en el grupo experimental; B) Diferencias en los niveles de autocompasión en el grupo control de las personas acompañadas y las voluntarias de Organizaciones de la Sociedad Civil, grupo experimental y grupo control (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Reducción del sufrimiento de los demás: un puente hacia la autocompasión y el autocuidado consciente

Esta categoría se basó en la percepción de autocompasión y autocuidado. Para los participantes esto sucedió de manera consonante, al ayudar, cuidar y estar con las personas. El reconocimiento de la conciencia ancestral y del propio caso de éxito resuena en la mayoría de las personas en medio de realidades hostiles, la conciencia política y la coyuntura social como determinantes para la búsqueda del autocuidado. Se identificaron prácticas de autocuidado como: amistades, lectura literaria, reflexión sobre lo cotidiano, espiritualidad, contacto con la naturaleza, creación, prácticas de respiración y relajación, pertenencia a un colectivo, psicoterapias, expresión verbal y, finalmente, sentir/permitirse ser cuidado y el dialogo.

Creo que estamos en un proceso de construcción del ser humano. El ser humano no nació preparado, no nació perfecto. Entonces, cuando nos negamos a escuchar al otro, no le estamos negando el derecho a hablar al otro, también nos estamos negando a nosotros mismos el proceso de escuchar y construir como ser humano. (Tokio)

Yo soy yo, soy yo quien va a cargar conmigo misma por siempre, por más que tenga esposo, madre, hijos e independientemente de estas relaciones. Tienes que estar bien, incluso para estar bien con otras personas (Pega-pega)

Estrés percibido

La variable estrés percibido mostró una distribución normal en los tres niveles (T1, T2 y T3). Observamos la presencia de solo un *outlier* en T2 en el grupo experimental y tres *outliers* en T3 en los grupos OSC y experimental, se decidió utilizarlos en el análisis considerando que ANOVA es un análisis sólido que soporta pequeñas violaciones. Se observó el cumplimiento del supuesto de homogeneidad, sin embargo, se violó la homocedasticidad. Por lo tanto, para los efectos intrasujetos, se utilizó la estadística Greenhouse-Geisser. El ANOVA mixto 2 (Lugar: OSC vs. comunidad) X 2 (Grupo: experimental vs. control) X 3 (Estrés percibido: T1 vs. T2 vs. T3) indicó solo una diferencia significativa en el factor intrasujetos: [$F(1{,}586, 91{,}959) = 5{,}14$, $p = 0{,}013$, $\eta p2 = 0{,}08$]. Con una reducción en T1 y T2 ($p = 0{,}003$), T1 y T3 ($p = 0{,}03$).

La vulnerabilidad social como potenciadora de la baja alfabetización emocional

Esta categoría se basó en la pregunta sobre cómo los participantes perciben los sentimientos, emociones y sensaciones con respecto al estrés. Fue mencionada la percepción de emociones conflictivas, expresadas principalmente por la condición social que experimentaban al no romper el círculo vicioso de la historia familiar, en las relaciones no resueltas, en la rutina doméstica, de vivir en un ambiente estresante, en la perpetuación de la violencia en sus diferentes formas, del exceso de actividades con expectativa de cambio de condición, en la precariedad del transporte público y el tiempo que se pierde por eso, en la falta de respeto y de justicia social (racismo, relaciones de género, pobreza, desigualdades, vivir en la periferia, ser visto como estresado o sin valor).

En segundo lugar, se expresó por la pregunta de no saber expresar sentimientos, emociones y sensaciones. Condición reconocida por exceso de pensamientos, sufrimiento psíquico, ansiedad, estrés, reactividad, silenciamiento, aislamiento, nerviosismo, agresividad, autoexigencia, irritabilidad porque le llevan la contra y no sentirse escuchado, dolores corporales, falta de sueño y excesiva dedicación al cuidado del otro.

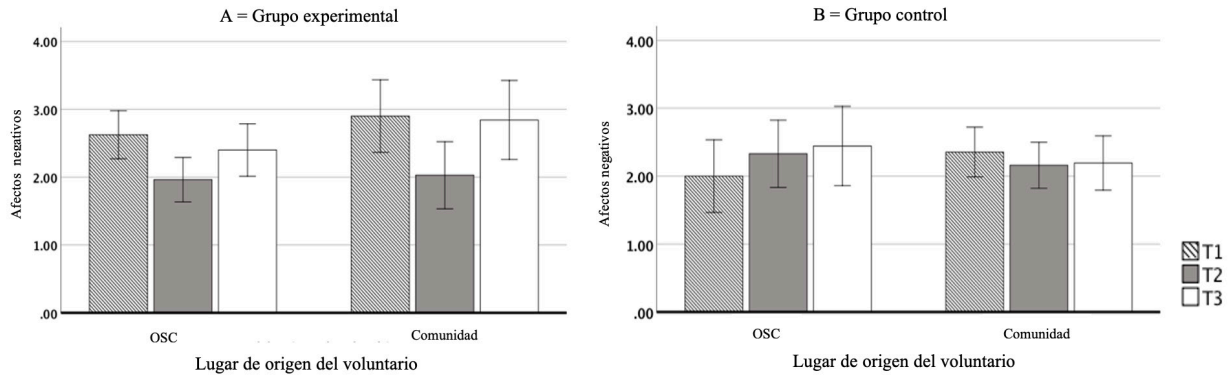
Soy una persona que me considero estresada las 24 horas del día. Por el tema familiar, por el ambiente familiar, por mi rutina diaria. No por la gente, sino por la rutina que tengo de levantarme temprano, llegar tarde, viajar a São Paulo para estudiar. (Araçuai)

No saber expresar las cosas que sentimos, incluido el estrés, por no tener esa percepción del campo sensible, que es muy abstracto, que es muy subjetivo. Y es algo que siempre está en el otro. Hay que saber identificarlo en el otro. La persona está de mal humor hoy, está estresada. ¿Sabes? Ella hizo tal cosa, ella es esto. Pero cuando depende de nosotros, no lo expresamos (Paraty)

Afectos negativos

La variable tuvo una distribución normal en los tres niveles (T1, T2 y T3), hubo una violación de la normalidad en T2 en los grupos OSC y experimental. Sin embargo, estas no fueron violaciones significativas, y se optó por no modificar la variable. Se observó la presencia de sólo cinco *outliers* en T2 que se conservaron en el análisis, dado que la eliminación no modificó los resultados. Se observó el cumplimiento de los supuestos de homogeneidad y homocedasticidad. Se realizó un ANOVA mixto 2 (Lugar: OSC *vs*. comunidad) X 2 (Grupo: experimental *vs*. control) X 3 (Afectos negativos: T1 *vs*. T2 *vs*. T3).

Hubo una diferencia significativa en el factor intrasujetos: [$F(2, 1000) = 5{,}16$, $p = 0{,}007$, $\eta p2 = 0{,}09$]. La interacción entre afectos negativos y grupo fue significativa: [$F(2, 1000) = 5{,}61$, $p = 0{,}005$, $\eta p2 = 0{,}10$]. Para comprender mejor la interacción entre afectos negativos y grupo, se realizaron pruebas de comparaciones simples. Para el grupo experimental, hubo un efecto significativo sobre afectos negativos: [$F(2, 60) = 10{,}43$, $p < 0{,}001$, $\eta p2 = 0{,}26$]. Hubo una reducción significativa en afectos negativos entre T1 y T2 ($p < 0.001$) y un aumento significativo entre T2 y T3 ($p = 0.019$) como se muestra en la Figura 3.



Barras de error CI95%

Figura 3 - A) Diferencias en los niveles de afectos negativos en el grupo experimental; B) Diferencias en los niveles de afectos negativos en el grupo control de las personas acompañadas y voluntarias de Organizaciones de la Sociedad Civil en el grupo experimental y el grupo control (n= 65). São Paulo, SP, Brasil, 2020

Afectos positivos

Esta variable mostró una violación de la distribución normal en el nivel T1 para los subgrupos comunidad, experimental y control; y en el nivel T2 para el grupo control. Se observó la presencia de ocho *outliers* en T2 y T3 que fueron eliminados. Después de la eliminación, la variable presentó distribución normalmente en los tres niveles. Se observó el cumplimiento de los supuestos de homogeneidad y homocedasticidad. Se realizó un ANOVA mixto 2 (Lugar: OSC *vs*. comunidad) X 2 (Grupo: experimental *vs*. control) X 3 (Afectos positivos: T1 *vs*. T2 *vs*. T3).

Hubo un efecto significativo del factor grupo: [$F(1, 51) = 7,66$, $p = 0,008$, $\eta p2 = 0,16$], el grupo experimental tuvo la media más alta. También hubo una diferencia significativa en el factor intrasujetos: [$F(2, 82) = 33,07$, $p < 0,001$, $\eta p2 = 0,45$]. Hubo una reducción significativa entre T1 y T2 ($p = 0,001$) y un aumento significativo entre T2 y T3 ($p < 001$).

Autocompasión y conciencia de los estados mentales para el activismo social

Esta categoría se basa en los efectos del CBCT® en los participantes y sus comunidades. El programa fue evaluado unánimemente de forma positiva por el reconocimiento de los módulos en la vida cotidiana (citados en los informes a continuación) y por la deconstrucción de ideas preconcebidas. Se señaló que era necesario que el curso formara parte de la formación permanente debido a los beneficios que conlleva y a que cuenta con una metodología dinámica, material claro, práctica accesible y un instructor amoroso.

El CBCT® brindó un espacio de diálogo para plantear temas comunes, establecer reflexiones sobre lo individual y lo colectivo y profundizar en el sentir/ser. Además, contribuyó a la reducción del estrés y la ansiedad y se convirtió en un espacio de producción de conocimiento crítico-reflexivo. La regulación emocional se manifestó mediante la importancia de vivir el momento presente, percibir el funcionamiento de la mente y la reducción de los juicios y la autoaceptación. Valorar a quién está cerca y el deseo de expandir el aprendizaje en beneficio propio y dentro de la comunidad se presentaron como impactos en la transformación social. En esta categoría se revelaron sentidos de autocompasión y autocuidado para el desarrollo de la empatía y la compasión comprometida:

Vivir cada vez más el presente, aunque sepa que hoy soy así, mañana seré diferente, ayer fui otra persona. Esto me marcó mucho en la meditación. (Pega-pega)

Cuando empezamos a ver nuestros pensamientos un poco desordenados, entonces cambia la forma en que los enfocamos y aprendemos a saber dialogar con lo que nos viene a la mente. Entonces también nos ayudó en esa parte, en eso, en lograr enfocarnos más, vernos en medio de la realidad que vivimos. (Lego)

Un ejemplo que también tomé y anoté fue que siempre dependemos unos de otros, no podemos solo querer tener compasión por nosotros, hay que tener compasión por los demás, entenderlos. (Bahía)

Discusión

La hipótesis de este estudio fue que el CBCT® aplicado en la población de los barrios periféricos mejora la autocompasión, el estrés percibido, la percepción de sentimientos y emociones y el bienestar individual y social de las personas acompañadas y las voluntarias de las OSC.

Al ser el primer estudio en investigar los efectos del programa en este público, nuestros resultados mostraron que el CBCT® fue efectivo independientemente del lugar de origen del participante, comunidad (persona

acompañada) o voluntariado, y que se observaron correlaciones significativas que serán discutidas según el modelo teórico sobre estudios de la compasión y la educación transformadora de Freire.

La muestra estudiada, a partir de un enfoque interseccional, muestra el predominio del sexo femenino, etnia autorreferida negra (morena o negra), desempleados, con hijos; e ingreso de un salario mínimo, que son datos sociodemográficos característicos de la población periférica de São Paulo, SP, Brasil[41-42]. La mayoría manifestó una percepción de salud física y mental poco o moderadamente saludable y que no había tenido traumas. De acuerdo con el modelo de resiliencia al trauma, la percepción de las personas sobre el trauma acumulativo (colonialismo, racismo, homofobia, etc.) es baja, posiblemente porque es algo que sucede a diario y es de larga data[42-43].

La autocompasión aumentó con el tiempo para los participantes de la intervención. Este aumento significativo desde el principio hasta la medición final del CBCT® permaneció igual después de tres meses de curso. No ocurrió lo mismo con el grupo control, que mantuvo el mismo nivel en todo momento. Desde la perspectiva de la autocompasión, el curso impactó positivamente en los participantes. Sacó a la luz la percepción del propio sufrimiento y las formas de aliviarlo, una de ellas fue la reducción del sufrimiento de los demás como puente hacia la autocompasión y el autocuidado consciente.

Los estudios muestran que la autocompasión se relaciona positivamente con los lazos sociales. La compasión que sentimos por nosotros mismos es la que sentimos por otras personas[18,44]. La conexión con el sufrimiento del otro impulsa al grupo a un diálogo amoroso con el otro o consigo mismo y permite reflexiones prácticas para estados más resilientes[18]. Cuanto mayor es la autocompasión, mayor es la compasión por los demás y mayor el bienestar y la transformación social[45-46].

En cuanto al efecto sobre la percepción de las situaciones como estresantes, hubo una reducción significativa a lo largo del tiempo en ambos grupos, la mayor reducción se registró entre el tiempo inicial y final del curso en el grupo experimental. Que todos tengan una percepción similar, sugiere que el sufrimiento mental es común a todos los seres[45-46]. La conexión entre personas que forman parte de una misma comunidad y tienen espacios de convivencia comunes puede contribuir para la reducción del estrés social[47]. Otra lectura es que la vulnerabilidad social mantiene los efectos del estrés por más tiempo, así como también los síntomas físicos y psicológicos[48].

Los estudios demuestran que la percepción del estrés no es necesariamente algo negativo, pero sí lo es la percepción para la autorregulación. Vale recordar que la escala EEP le solicita al lector que haga una evaluación del último mes, lo que ayuda a comprender que la vulnerabilidad social puede potenciar la baja alfabetización emocional. Es necesario entender tanto la naturaleza de la situación social como los medios para transformar las realidades, y eso lleva tiempo[49].

El afecto negativo tuvo una reducción significativa en el tiempo para el grupo CBCT® de la fase inicial y final del curso, sin embargo, registró un aumento entre el final del curso y la medida después de tres meses. El reconocimiento de los módulos en la vida cotidiana aparece en los relatos de los participantes, y sugiere que el camino hacia la autocompasión y la transformación individual es desafiante. Las inequidades estructuradas, como el racismo, la misoginia y la homofobia, son como enfermedades del corazón que tardan más en ser descubiertas y/o tratadas[49-51]. Esto requiere identificar el propio sufrimiento, la percepción del mismo y el abordaje de las experiencias desagradables[52]. Con una aceptación compasiva para reconocer el sufrimiento en su estado puro, relacionándose con él de manera más consciente y permitiendo una atención sostenida, consciente y sin prejuicios[27,50].

Se observó un aumento significativo del afecto positivo para el grupo experimental, independientemente de si pertenecían a la categoría comunidad o voluntarias. En cuanto al tiempo, hubo una reducción desde el inicio hasta el final del curso y un aumento en el período entre el final y después de tres meses de intervención. El aumento del bienestar subjetivo a largo plazo ha sido relatado y asociado al autocuidado, la autocompasión y la empatía, como sugieren algunos estudios[10,44]. El propósito de la práctica no es aumentar los afectos positivos ni reducir los negativos, sino vivir el presente, enfrentando la sensación que surge sin crear apego o aversión y percibiendo la experiencia tal como es. Estudios en poblaciones socialmente vulnerables muestran mejoría en la regulación emocional y las relaciones sociales[23,45].

Las narraciones revelaron una autoobservación más consciente y más autocompasiva, y percepciones sobre el cambio de actitudes y comportamientos. Se constató el empoderamiento de ser activista social, la conexión consigo mismo y con los demás como motivación para que más personas experimenten lo mismo con mayor resiliencia y sin perder el enfoque en el autocuidado como sugiere un estudio realizado[23]. Además, el entrenamiento mental expande los dominios del comportamiento, afectando el comportamiento social fuera del contexto del entrenamiento. Según Freire, este es un proceso de toma de conciencia, el desarrollo de la conciencia para la reflexión crítica, que incluye el condicionamiento histórico-cultural y transforma la realidad[32-33,53].

En definitiva, se observa que hay relaciones significativas entre la práctica de la meditación en la compasión y las situaciones de vulnerabilidad social, ser mujer negra, pertenecer a la periferia y ser voluntaria. Y, en esta investigación como cultivar una conciencia reflexiva amorosa, comportamiento altruista a través de la conexión, percepción de autorregulación emocional, claridad de sus valores internos y propósito de vida. Eso está explícito en lo que dice la literatura sobre la interseccionalidad, sobre los pilares para la promoción del bienestar y sobre la valentía de amar[11,49].

Estas correlaciones deben interpretarse con cuidado debido al escenario específico. Es importante resaltar algunas limitaciones del estudio, como ser, el tamaño reducido de la muestra y que es el primer estudio sobre CBCT® y que se realizó en un contexto cultural sudamericano.

Cabe destaca que algunos participantes informaron que no realizaron las prácticas diariamente durante la semana. Es necesario que se realicen más investigaciones para profundizar el análisis de los efectos de este entrenamiento en estudios longitudinales para validar el cambio a largo plazo en los patrones mentales y de comportamiento, además del impacto social.

Se considera que esta investigación contribuye al avance del conocimiento y la praxis de la Enfermería y la Salud, dado que es un estudio innovador que aplica un protocolo de entrenamiento mental como práctica de (auto) cuidado, que se relaciona con las singularidades de los procesos de vida, salud y enfermedad de esta población.

Conclusión

El análisis de los efectos de la aplicación del CBCT® en personas en situación de vulnerabilidad social señaló que hubo una mejora en las percepciones y el manejo de emociones, sentimientos, (auto)compasión y estrés, que impactó en el bienestar individual de las participantes, mujeres negras de la zona periférica, y en el bienestar social de sus comunidades, basado en el activismo social y el compromiso para reducir el sufrimiento de los demás.

También se constató que la vulnerabilidad social favorece la baja alfabetización emocional, sin embargo, no impide la conexión con uno mismo, desde una perspectiva transformadora, a partir de la experiencia de prácticas meditativas en la compasión, sugiriendo que el CBCT® puede constituir una estrategia importante para el desarrollo social, emocional y ética en la población de los barrios periféricos.

Agradecimientos

Agradecemos a las comunidades de Parelheiros y a las Organizaciones de la Sociedad Civil, al Centro Popular de Cultura y Desarrollo y al Instituto Brasileño de Estudios y Apoyo Comunitario por el recibimiento y el apoyo brindado para la investigación. Al Lama Rinchen, del Monasterio Sakya Brasil, colaborador fundamental en la conexión de diferentes realidades.

Referencias

1. Ruiz-Sánchez HC, Macia L, Boyzo R, Documet PI. Community health workers promote perceived social support among Latino men: Respaldo. J Migr Health. 2021 Nov 24;4:100075. doi: http://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100075

2. Ferreira JBB, Santos LL, Ribeiro LC, Rodrigues Fracon BR, Wong S. Vulnerability and Primary Health Care: An Integrative Literature Review. J Prim Care Community Health. 2021. doi: https://doi.org/10.1177/21501327211049705

3. Sevalho G. The concept of vulnerability and health education based on Paulo Freire. Interface Commun Health Educ. 2018;22(64):177-88. doi: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822

4. Dumith SC, Leite JS, Fernandes SS, Sanchez EF, Demenech LM. Social determinants of quality of life in a developing country: evidence from a Brazilian sample. J Public Health (Berl.). 2021. doi: https://doi.org/10.1007/s10389-020-01452-3

5. Boff L. O Cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde Ciênc Saúde Coletiva. 2020;25(2):392. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.31002019

6. Utzet M, Botías F, Silva-Peñaherrera M, Tobías A, Benavides FG. Informal employment and poor self-perceived health in Latin America and the Caribbean: a gender-based comparison between countries and welfare states in a pooled analysis of 176,786 workers. Global Health. 2021 Dec 5;17(1):140. doi: http://doi.org/10.1186/s12992-021-00792-3

7. Olano HA, Kachan D, Tannenbaum SL, Mehta A, Annane D, Lee DJ. Engagement in mindfulness practices by U.S. Adults: Sociodemographic barriers. J Altern Complement Med. 2015;21(2):100-2. doi: http://doi.org/10.1089/acm.2014.0269

8. Hernández-Torrano D, Ibrayeva L, Sparks J, Lim N, Clementi A, Almukhambetova A, et al. Mental Health and Well-Being of University Students: A Bibliometric Mapping of the Literature. Front Psychol. 2020 Jun 9;11:1226. doi: http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01226

9. Trudel-Fitzgerald C, Millstein RA, von Hippel C, Howe CJ, Tomasso LP, Wagner GR, et al. Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. BMC Public Health.

2019 Dec 19;19(1):1712. doi: http://doi.org/10.1186/s12889-019-8029-x

10. Das KV, Jones-Harrell C, Fan Y, Ramaswami A, Orlove B, Botchwey N. Understanding subjective well-being: perspectives from psychology and public health. Public Health Rev. 2020 Nov 19;41(1):25. doi: http://doi.org/10.1186/s40985-020-00142-5

11. Martela F, Sheldon KM. Clarifying the Concept of Well-Being: Psychological Need Satisfaction as the Common Core Connecting Eudaimonic and Subjective Well-Being. Rev Gen Psychol. 2019;23(4):458-74. doi: http://doi.org/10.1177/1089268019880886

12. Jebb AT, Morrison M, Tay L, Diener E. Subjective Well-Being Around the World: Trends and Predictors Across the Life Span. Psychol Sci. 2020;31(3):293-305. doi: http://doi.org/10.1177/0956797619898826

13. Kim ES, Tkatch R, Martin D, MacLeod S, Sandy L, Yeh C. Resilient Aging: Psychological Well-Being and Social Well-Being as Targets for the Promotion of Healthy Aging. Gerontol Geriatr Med. 2021. doi: http://doi.org/10.1177/23337214211002951

14. Mascaro JS, Kelley S, Darcher A, Negi LT, Worthman C, Miller A, et al. Meditation buffers medical student compassion from the deleterious effects of depression. J Posit Psychol. 2016;133-42. doi: http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1233348

15. Jinpa T. A Fearless Heart: How the Courage to Be Compassionate Can Transform Our Lives. [Internet]. New York: Hudson Street Press; 2016 [cited 2021 Oct 21]. p. 1689-99 p. Available from: http://promienie.net/images/dharma/books/jinpa_a-fearless-heart--penguin.pdf

16. Dalai Lama HH. The Power of Compassion: A Collection of Lectures. 10th ed. São Francisco: Thorsons; 2001.

17. Engel Y, Noordijk S, Spoelder A, van Gelderen M. Self-Compassion When Coping With Venture Obstacles: Loving-Kindness Meditation and Entrepreneurial Fear of Failure. Entrep Theory Pract. 2021;45(2):263-90. doi: http://doi.org/10.1177/1042258719890991

18. Neff KD, Tóth-Király I, Yarnell LM, Arimitsu K, Castilho P, Ghorbani N, et al. Examining the factor structure of the Self-Compassion Scale in 20 diverse samples: Support for use of a total score and six subscale scores. Psychol Assess. 2019 Jan;31(1):27-45. doi: http://doi.org/10.1037/pas0000629

19. Ashar YK, Andrews-Hanna JR, Halifax J, Dimidjian S, Wager TD. Effects of compassion training on brain responses to suffering others. Soc Cogn Affect Neurosci. 2021 Sep 30;16(10):1036-47. doi: http://doi.org/10.1093/scan/nsab052

20. Slavich GM, Roos LG, Zaki J. Social belonging, compassion, and kindness: Key ingredients for fostering resilience, recovery, and growth from the COVID-19 pandemic. Anxiety Stress Coping. 2021 Aug 9:1-8. doi: http://doi.org/10.1080/10615806.2021.1950695

21. Weng HY, Ikeda MP, Lewis-Peacock JA, Chao MT, Fullwiley D, Goldman V, et al. Toward a Compassionate Intersectional Neuroscience: Increasing Diversity and Equity in Contemplative Neuroscience. Front Psychol. 2020 Nov 19;11:573134. doi: http://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.573134

22. Galla BM. Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. J Adolesc. 2016;49:204-17. doi: https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.016

23. Spears CA. Mindfulness-based interventions for addictions among diverse and underserved populations. Curr Opin Psychol. 2019 Dec;30:11-6. doi: http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.012

24. Pascoe MC, de Manincor M, Tseberja J, Hallgren M, Baldwin PA, Parker AG. Psychobiological mechanisms underlying the mood benefits of meditation: A narrative review. Compr Psychoneuroendocrinology. 2021;6:100037. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100037

25. Feliu-Soler A, Pascual JC, Elices M, Martín-Blanco A, Carmona C, Cebolla A, et al. Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. Clin Psychol Psychother. 2017;24(1):278-86. doi: http://doi.org/10.1002/cpp.2000

26. Egan SJ, Rees CS, Delalande J, Greene D, Fitzallen G, Brown S, et al. A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. Adm Policy Ment Health. 2021 Sep 24. doi: http://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2

27. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, et al. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. Integr Cancer Ther. 2018;17(3):684-96. doi: https://doi.org/10.1177/1534735418772095

28. Ash M, Harrison T, Pinto M, DiClemente R, Negi LT. A model for cognitively-based compassion training: theoretical underpinnings and proposed mechanisms. Soc Theory Health. 2019;19:43-67. doi: https://doi.org/10.1057/s41285-019-00124-x

29. D'Andrea T. Contribuições para a definição dos conceitos periferia e sujeitas e sujeitos periféricos. Novos Estud CEBRAP. 2020;39(1):19-36. doi: https://doi.org/10.25091/S01013300202000010005

30. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

31. Oliveira JLC, Magalhães AMM, Matsuda LM. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. Texto Contexto

Enferm. 2018;27(2):e0560017. doi: https://doi.org/10.1590/0104-070720180000560017

32. Prigol EL, Behrens MA. Educação Transformadora: As interconexões das teorias de Freire e Morin. RPE [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 24];33(2):5-25. Disponível em: https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/18566

33. Freire P. Pedagogy of Hope. 29. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1992.

34. Souza LK, Hutz CS. Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. Temas Psicol. 2016;24(1):159-72. doi: http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-11

35. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian Version of the Perceived Stress Scale: Translation and Validation for the Elderly. Rev Saude Publica. 2007;41(4):606-15. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015

36. Zanon C, Bastianello MR, Pacico JC, Hutz CS. Development and validation of a scale of positive and negative affects. Psico USF. 2013;18(2):193-202. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200003

37. Gomes SR. Review of "Focus group on research in social sciences and humanities" by Bernadette Angelina Gatti. EccoS Rev Cient [Internet]. 2005 [cited 2018 Feb 12];7(2):486-9. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71570215

38. Minayo MCS, Costa AP. Techniques that make use of the Word, Gaze and Empathy: Qualitative Research in Action. 1. ed. Aveiro: Editora Hucitec; 2019.

39. Bardin L. Content analysis. 1. ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

40. Negi GL. Cognitively-Based Compassion Training Manual [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 12]. 58 p. Available from: https://tibet.emory.edu/documents/CBCT Manual_2014 update.kp.pdf

41. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo diversa: uma análise a partir de regiões da cidade. [Internet]. Jan. 2020 [cited 2021 Oct 21]. Available from: https://trajetoriasocupacionais.seade.gov.br/wp-content/uploads/sites/6/2021/05/sp-diversa-analise-regioes-cidade.pdf

42. Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. Tempo Social. 2014;26(1):61-73. doi: https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005

43. Miller-Karas E. Building resilience to trauma: The trauma and community resiliency models. 1. ed. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2015.

44. Hablado K, Clark M. A State of De-Stress: Examining the Relationship Between Subjective Well-Being, Self-Compassion, and Empathy. Adv Soc Sci Res J. 2020:7(5):412-26. doi: http://dx.doi.org/10.14738/assrj.75.8298

45. Bluth K, Roberson PNE, Gaylord SA, Faurot KR, Grewen KM, Arzon S, et al. Does Self-Compassion Protect Adolescents from Stress? J Child Fam Stud. 2016;25(4):1098-109. doi: https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10826-015-0307-3

46. Crum AJ, Akinola M, Martin A, Fath S. The role of stress mindset in shaping cognitive, emotional, and physiological responses to challenging and threatening stress. Anxiety Stress Coping. 2017;30(4):379-95. doi: https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1275585

47. Crum AJ, Jamieson JP, Akinola M. Optimizing stress: An integrated intervention for regulating stress responses. Emotion. 2020:20(1). doi: http://doi.org/10.1037/emo0000670

48. Almeida-Filho N. Models of social determination of non-communicable chronic diseases. Ciênc Saude Coletiva. 2004;9(4). doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009

49. Hooks B. Ensinando a transgredir: a Educação como prática de liberdade. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2013.

50. Evans K. Mindful Awareness and Race. Ruth King, Mindful of Race: Transforming Racism from the Inside Out. J Child Fam Stud. 2018;27:3764-66. doi: https://doi.org/10.1007/s10826-018-1190-5

51. Reddy SD, Negi LT, Dodson-Lavelle B, Ozawa-de Silva B, Pace TWW, Cole SP, et al. Cognitive-Based Compassion Training: A Promising Prevention Strategy for At-Risk Adolescents. J Child Fam Stud. 2013;22(2):219-30. doi: https://doi.org/10.1007/s10826-012-9571-7

52. Araujo AC, Santana CLA, Kozasa EH, Lacerda SS, Tanaka LH. Effects of a mindfulness meditation course on health students in Brazil. Acta Paul Enferm. 2020;33. doi: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0170

53. Zembylas M. Affective and biopolitical dimensions of hope: From critical hope to anti-colonial hope in pedagogy. J Curric Pedagogy. 2020. doi: http://doi.org/10.1080/15505170.2020.1832004

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza Hiromi Tanaka, Káren Mendes Jorge de Souza. **Obtención de datos:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Káren Mendes Jorge de Souza. **Análisis e interpretación de los datos:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza Hiromi Tanaka, Ana Cristina Atanes. **Análisis estadístico:** Ana Cristina Atanes. **Obtención de financiación:** Lobsang Tenzin Negi (buen nombre Satya Dev Negi). **Redacción del manuscrito:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza

Hiromi Tanaka, Lobsang Tenzin Negi (buen nombre Satya Dev Negi), Ana Cristina Atanes, Káren Mendes Jorge de Souza. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Flávia Cristiane Kolchraiber, Luiza Hiromi Tanaka, Lobsang Tenzin Negi (buen nombre Satya Dev Negi), Ana Cristina Atanes, Káren Mendes Jorge de Souza. **Otros (Creador del CBCT y análisis crítico del programa):** Lobsang Tenzin Negi (buen nombre Satya Dev Negi).

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 21.10.2021
Aceptado: 30.01.2022

Editora Asociada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Flávia Cristiane Kolchraiber
E-mail: flacrik@gmail.com
https://orcid.org/0000-0003-0686-9092