

EL *MINDFULNESS* EN SU CONTEXTO: LOGROS Y RETOS DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BASADAS EN *MINDFULNESS* DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOTERAPÉUTICA, CONSTRUCTIVISTA, RELACIONAL E INTEGRADORA

MINDFULNESS IN CONTEXT: ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES OF MINDFULNESS BASED PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FROM A PSYCHOTHERAPEUTIC, CONSTRUCTIVIST, RELATIONAL, AND INTEGRATIVE APPROACH

Luis Botella y Cristina Riera

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport (FPCEE) Blanquerna
Universitat Ramon Llull

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella L. y Riera, C. (2016). El Mindfulness en su Contexto: Logros y Retos de las Intervenciones Psicológicas Basadas en Mindfulness desde una Perspectiva Psicoterapéutica, Constructivista, Relacional e Integradora. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 187-202.

Resumen

Este artículo presenta una reflexión sobre los logros y retos de las intervenciones psicológicas basadas en mindfulness desde una perspectiva psicoterapéutica, es decir, considerándolas formas de intervención psicoterapéutica. Además se abordan desde la perspectiva del constructivismo relacional, es decir desde la visión de que la construcción de significado a partir de la experiencia es un logro lingüístico, relacional y narrativo. Por último, el tema se enfoca desde una actitud integradora de la práctica y conceptualización de la psicoterapia.

Palabras clave: *mindfulness, constructivismo relacional, integración en psicoterapia*

Abstract

This paper presents a reflection on the achievements and challenges of mindfulness based psychological interventions from a psychotherapeutic perspective, i.e. considering them as forms of psychotherapeutic intervention. Furthermore the topic is addressed from the perspective of relational constructivism, i.e., from the view that the construction of the meaning of experience is a linguistic, relational and narrative achievement. In addition, the paper is based on an integrative approach to the practice and conceptualization of psychotherapy.

Keywords: *mindfulness, relational constructivism, psychotherapy integration*



*Permite que tu mente vague por lo puro y simple.
Sé uno con el infinito.
Deja que todo siga su curso.
Chuang Tzu (siglo IV a. C.)*

Y mientras todo seguía su curso han pasado ya 10 años desde la publicación del primer monográfico sobre *Mindfulness* y Psicoterapia en la Revista de Psicoterapia en 2006 que Vicente Simón en su editorial de apertura de este de 2016 tiene la amabilidad de definir como *pistoletazo de salida para la difusión del mindfulness a gran escala en nuestro país*. Desde 2006 ha habido sin duda grandes avances en nuestro ámbito, y no sólo en la practica e investigación sobre *mindfulness* en particular sino en la práctica e investigación sobre psicoterapia en general.

Este trabajo final incluido en este monográfico tiene la pretensión de servir de reflexión, síntesis, epílogo a este número en cierto sentido y esperemos que prólogo a los próximos 10 años (¡como mínimo!) de avance y fructificación del *mindfulness* en la psicoterapia. Todo ello desde una posición claramente psicoterapéutica, constructivista, relacional e integradora que es la que guía nuestro trabajo desde hace décadas y, por ello, desde la que más capaces somos de abordar el cómo dar sentido a un conjunto tan relevante, significativo y avanzado de trabajos científicos básicos y aplicados como los que se incluyen en este volumen.

Dicho esto, quisiéramos empezar estas reflexiones centrándonos en uno de los aspectos que nos resulta más destacable de la emergencia de las Intervenciones Psicológicas Basadas en Mindfulness (IPBMs) desde su origen: su aportación diferencial como nuevo ingrediente activo de la psicoterapia.

El Mindfulness como Ingrediente Activo de las IPBMs

¿En qué consiste, en términos psicológicos, el fomento del *mindfulness* como ingrediente activo de las intervenciones psicoterapéuticas? Básicamente las definiciones más conocidas del término (por ejemplo, Bishop et al., 2004; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008; Nhât Hanh, 1999; Kabat-Zinn, 1990) coinciden todas ellas en dos elementos: (a) conciencia *centrada en el presente* que (b) se acepta *sin juzgar*. Respecto a este segundo elemento, algunos autores han comentado que en lugar de la expresión *careful attention* (atención detallada, minuciosa) en inglés sería más adecuada *caring attention* (atención amorosa, compasiva, cariñosa). De esta forma la actitud compasiva se entiende como consustancial a la atención carente de juicio o prejuicio. De hecho Thomas Merton, el monje trapense, poeta y místico norteamericano fuertemente influenciado por el Zen y autor entre otras obras de la hermosamente titulada *El Zen y los Pájaros del*

Deseo, conectaba conciencia y compasión en su afirmación de que *la compasión es la conciencia clara de la interdependencia de todas las cosas*.

La nuclearidad de estos dos componentes (*conciencia centrada en el presente y atención compasiva*) se observa también en las diferentes propuestas de cuáles son los componentes del *mindfulness*. Según Brown y Ryan (2003) *uno* solo: atención y conciencia plena centrada en el presente. Según Bishop et al., (2004) *dos*: (1) autorregulación de la atención hacia el momento inmediato presente y (2) adopción de una orientación marcada por la curiosidad, apertura y aceptación. Según Shapiro, Carlson, Astin y Freedman (2006) *tres*: (1) intención clara de porqué uno está practicando, (2) atención caracterizada por la observación de la experiencia de momento a momento sin interpretación, elaboración o análisis y (3) actitud de aceptación, bondad, compasión, apertura, paciencia, no lucha, ecuanimidad, curiosidad y no evaluación. Baer (2006) adopta un enfoque más empírico y proponen *cinco* componentes basándose en el análisis factorial de cinco escalas de *mindfulness* –la *Mindful Attention Awareness Scale* de Brown y Ryan (2003); el *Freiburg Mindfulness Inventory* de Buchfeld, Grossman y Walach (2001); el *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* de Baer, Smith y Allen (2004); la *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* de Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau (2007) y Hayes y Feldman (2004) y, finalmente, el *Mindfulness Questionnaire* de Chadwick, Hember, Mead, Lilley y Dagnan (2005). Su lista de cinco factores incluye: (1) no reactividad, (2) observación, (3) acción con conciencia, (4) descripción y (5) no juicio.

De hecho los beneficios terapéuticos de la combinación de *conciencia centrada en el presente y atención compasiva* bien podrían ser en prácticamente todos los casos, independientemente del problema motivo de demanda, algunos de los que especifican Rodríguez, Bayón y Fernández (2016) en su trabajo sobre trauma:

- *Facilita la actitud de estar en el presente sin crítica ni juicio frente a la rememoración rumiativa del pasado y la anticipación amenazante del futuro*. Este punto sería muy explicable desde la Terapia de Constructos Personales (Kelly, 1955/2001; Botella y Feixas, 1998) y su énfasis en la relevancia de la experiencia del pasado como moldeadora del sistema de constructos personales y la anticipación del futuro como motor de los procesos psicológicos humanos.
- *Aumenta la conciencia y la aceptación de las experiencias problemáticas y dolorosas, así como la capacidad para re-evaluarlas o dejarlas pasar al poder experimentarlas sin evitación experiencial o reacciones adversas*. En este punto coincidiría con los planteamientos de la Terapia de la Coherencia (véase Ecker, Ticic, & Hulley, 2012) que se basa en un principio similar.
- *Facilita la emergencia de auto-compasión, emociones positivas, procesamiento emocional y empatía* –que además se activan y extienden a la vida cotidiana, o Estilos de Vida Terapéutico en términos de Alvear (2016)

- *Promueve la neuroplasticidad y por tanto, la posibilidad del cambio en la conectividad neuronal a través de la práctica.* Este punto forma parte de algunos de los planteamientos de la neurobiología relacional de la psicoterapia (véase por ejemplo, Botella y Corbella, 2005; Cozolino, 2002; Fonagy, 2004; Siegel, 1999) que argumentan que la relación de apego seguro que fomenta la psicoterapia facilita la activación simultánea de redes neuronales previamente desconectadas, potenciando así el establecimiento de conexiones potencialmente novedosas y terapéuticas en sí mismas. La psicoterapia podría concebirse como la activación simultánea de dos sistemas mentales que normalmente se inhiben mutuamente. Por una parte el vínculo emocional implícito en la relación terapéutica activa el sistema de apego. Por otro, las técnicas terapéuticas activan, por ejemplo, sistemas asociados con la evaluación emocional y el juicio social. Así, pensar sobre los sentimientos, los pensamientos y las creencias en el contexto de una relación de apego elimina la dominancia de las restricciones del pasado sobre el presente (la memoria a largo plazo) y crea la posibilidad de repensar y reconfigurar las redes de relaciones intersubjetivas (Fonagy, 2004). Cozolino (citado en Wylie & Simon, 2004) comparte esta visión de las bases neurobiológicas del proceso terapéutico y enfatiza la importancia de la activación simultánea de redes disociadas en el cerebro—los circuitos del miedo y del lenguaje en el caso de las fobias, por ejemplo— de forma que los clientes puedan reorganizar sus conexiones neuronales. En el caso del *mindfulness* estaríamos ante un fomento de la neuroplasticidad no sólo como producto del apego seguro en la relación terapéutica sino también de la propia intervención terapéutica.

Novedad del Mindfulness como Ingrediente Activo

Efectivamente en el panorama de los ingredientes activos de las grandes psicoterapias contemporáneas la combinación de *conciencia centrada en el presente* y *atención compasiva* resultó novedosa en su momento, lo cual sumado a su utilidad clínica empíricamente avalada constituye una aportación relevante, útil y digna de ser bienvenida. Cabría preguntarse por qué la *conciencia centrada en el presente* y la *atención compasiva* habían sido prácticamente ignoradas como objetivos terapéuticos en occidente, y muy posiblemente la respuesta esté en la discriminación entre *modo hacer* (ejecutivo, pragmático, centrado en el logro y el resultado) y el *modo ser* (contemplativo, reposado, sereno, centrado en el proceso) que varios de los autores de los trabajos de este monográfico mencionan. La preferencia sistemática por el modo hacer parece tan consustancial a la mentalidad occidental tradicional que no es de extrañar que también la mayor parte de las terapias occidentales se centren en promover la acción ejecutiva sobre el problema (o su supuesta causa) y que de entrada parezca un contrasentido absurdo promover la contemplación presente y compasiva de lo que nos hace sufrir... hasta que la

evidencia ha demostrado que en algunos casos esta puede ser precisamente la solución. En este sentido, la promoción de la *conciencia centrada en el presente* y la *atención compasiva* como ingredientes activos de la terapia se distingue del resto de propuestas terapéuticas clásicas y las complementa.

Se aleja claramente de la noción de *insight* psicoanalítico, mucho más centrado en el pasado y, justamente, mucho más analítico, conceptual, autobiográfico, autorreferencial, conflictivo, narrativo, traumático a veces... Por ejemplo, Rodríguez, Bayón y Fernández (2016) destacan como, en el caso del trauma, *la comprensión y el insight, mecanismos de cambio más relevantes en las psicoterapias tradicionales, no sólo puede ser insuficiente sino que en ocasiones pueden reactivar las memorias implícitas*.

También de la simple modificación de conductas específicas, puesto que va más allá de la alteración de hábitos comportamentales y se centra en la promoción de una nueva forma de relación con la experiencia. De hecho, pretender que los beneficios de la práctica del *mindfulness* se deben fundamentalmente a sus efectos conductuales sería reducirlo a una especie de relajación muy peculiar y mal entendida—cosa por cierto habitual últimamente en algunas propuestas comerciales de las IPBMs que las “venden” junto a programas de relajación, yoga o Tai Chi a modo de prácticas de autocuidado posmodernas.

También se distingue de la tradición de centrar el ingrediente activo de la intervención terapéutica en el fomento de la reestructuración cognitiva. Si bien comparte con ella la promoción de la toma de conciencia (y por eso probablemente las IPBMs se han hecho un espacio claro en el movimiento de las terapias cognitivas, como ilustra el caso paradigmático de la MBCT tan ejemplarmente descrita en este volumen por Fernández, 2016), el objetivo de dicha conciencia no es su escrutinio racional, sino su aceptación radical, cosa que no se contemplaba en absoluto en los modelos tradicionales de terapias cognitivas más racionalistas. Precisamente la diferencia (o al menos una de ellas) radica en que si bien en las terapias cognitivas tradicionales se enseña y anima al cliente a discutir y rebatir sus voces internas problematizadoras, en la tradición de la meditación la actitud es más bien de dejarlas pasar con desapego o incluso con compasión. La visión desde esta última perspectiva es la que destacan varios autores en este monográfico: *lo que se resiste persiste*; es decir, discutir con nuestras voces críticas internas, por ejemplo, sólo les da cada vez más fuerza. Como se puede ver fácilmente, eso es justo lo contrario de lo que defendían las terapias cognitivas originales.

Sin embargo en la práctica de la vivencia del cliente puede no resultar tan radical la diferencia. Por ejemplo, un paciente que comenta que la terapia le ha ayudado a pasar de considerar que es “un absoluto fracaso” a plantearse que “todos fracasamos a veces y no estoy obligado a ser perfecto” puede verse simultáneamente como más “racional” (según la visión de las terapias cognitivas clásicas) y/o como más (auto)compasivo según las propuestas contemporáneas como la de Alonso y Germer (2016) en este volumen. Es posible que, al menos para él, no sea esencial

saber a qué obedece exactamente su cambio, sino el hecho de que se ha producido y eso le ayuda a vivir una vida mejor... como constructivistas lo podríamos considerar, en todo caso, como una reconstrucción de su sentido del sí mismo.

En cuanto a las terapias humanistas, sí es cierto que algunas de ellas (especialmente la Gestalt) había enfatizado la atención en el *aquí y ahora* tradicionalmente y desde sus orígenes, pero con una finalidad muy diferente de la de la meditación basada en *mindfulness*. Observando trabajar a Fritz Perls en el famoso caso Gloria, por ejemplo, resulta evidente como fuerza a Gloria a focalizar su atención en sus acciones en el presente de la sesión (por ejemplo, en cómo balancea el pie nerviosamente) como forma de hacerla contactar con patrones problemáticos en su posición interpersonal (balancea el pie nerviosamente porque se siente intimidada por el terapeuta que no la deja ocupar la posición de *damisela en peligro* a la que está acostumbrada a recurrir). De nuevo parece un uso de la conciencia presente muy alejado de la atención compasiva y más bien focalizado en la toma de conciencia de aspectos problemáticos. Sin embargo los usos más contemporáneos de la técnica de la silla vacía como forma de integrar aspectos escindidos del *self*, por ejemplo en el trabajo de Leslie Greenberg, sí tienen claramente un componente de compasión hacia la parte escindida. Además, la similitud entre las IPBMs y las terapias humanistas en cuanto, precisamente, a la focalización en el presente, la actitud empática, congruente y de aceptación incondicional y en algunos casos el uso de técnicas procedentes de tradiciones orientales, ha fomentado una buena acogida de estas intervenciones en la comunidad de psicoterapeutas humanistas—que no olvidemos que fueron históricamente los primeros durante la efervescencia contracultural hippie de los años 60 en interesarse por tradiciones como el yoga, el Tai Chi o la meditación Zen.

Respecto a la tradición de las terapias narrativas de centrar la intervención en la promoción de cambios en la estructura, proceso y/o contenido de las narrativas de identidad del cliente, las IPBMs también constituyen una aportación diferencial. Es cierto que la práctica de formas de toma de *conciencia centrada en el presente* y *atención compasiva* puede comportar cambios en la narrativa de los practicantes —y precisamente los dos trabajos del grupo de Beatriz Rodríguez Vega en este volumen (Rodríguez, Bayón y Fernández, 2016 y Palao y Rodríguez, 2016) fundamentan estos cambios en los casos de dolor crónico y trauma desde la psiconeurobiología de los procesos *bottom-up* de lo somatosensorial a lo semántico/narrativo a los *top-down* en dirección exactamente inversa. Sin embargo la pretensión de la práctica de la *conciencia centrada en el presente* y la *atención compasiva* no es el cambio narrativo *per se*, sino, de nuevo, un cambio en la relación con nuestra vivencia —que, eso sí, acaba promoviendo un cambio en la narrativa personal como efecto de la dinámica no lineal de un sistema complejo (y de hecho enormemente) como lo es el psiquismo humano cuando se abarcan todas sus dimensiones desde lo bioquímico a lo semántico.

Vemos así que las IPBMs aportan en su momento, y mantienen a lo largo de

todos estos años, la propuesta diferencial de un ingrediente activo novedoso en el panorama de las psicoterapias; ahora bien, hay que reconocer también que por supuesto no es el único, ni el primero, ni (esperemos) el último. Simón (2016) en su apertura a este monográfico destaca como los metaanálisis de las IPBMs demuestran que se trata de intervenciones eficaces, pero que su eficacia no está por encima de la de otras formas de intervención psicoterapéutica. Por ejemplo, el de Khoury et al. (2013) incluía 209 estudios rigurosos con 12.145 participantes y una cantidad muy considerable de problemas psicológicos y médicos y concluía precisamente lo que destaca Simón: que las IPBMs son eficaces pero no más que por ejemplo las basadas en las terapias cognitivas.

Se trata de un resultado esperable para cualquier investigador de la psicoterapia: la equivalencia de resultados es más la norma que la excepción (véase Botella, Maestra, Feixas, Corbella y Vall, 2015). No se trata tanto de haber dado finalmente con la panacea terapéutica (sería sorprendente que un solo proceso psicológico resolviese todos los problemas humanos) sino de haber contribuido significativamente a ampliar el repertorio de opciones para fomentar los procesos de cambio humano: además de los ya disponibles hasta ahora en las diferentes terapias (*insight*, modificación de conductas, reestructuración cognitiva, desarrollo del potencial humano, cambios en la estructura y funcionamiento del sistema familiar, cambios en las narrativas del *self*, reconstrucción del significado) desde el advenimiento de las IPBMs disponemos de formas de fomentar la *conciencia centrada en el presente* y la *atención compasiva*.

Desde nuestra perspectiva, y tal como hemos expuesto en otras ocasiones (por ejemplo, Botella, Maestra, Feixas, Corbella y Vall, 2015) esa es precisamente la base de una forma de integración en psicoterapia que resulte a la vez teóricamente coherente (es decir, orientada por una visión conceptual organizada, articulada y que permite dar foco y estructura a la terapia) y técnicamente ecléctica (es decir, que utilice las técnicas más adecuadas en cada caso de forma flexible y adaptable y siempre al servicio de una conceptualización del caso guiada por la coherencia teórica antes mencionada). Así, añadir al repertorio de posibles beneficios de la terapia la promoción de *conciencia centrada en el presente* y *atención compasiva* amplía y diversifica los beneficios potenciales de la terapia –aunque no necesariamente sea la meta terapéutica de elección en absolutamente todos los casos.

Particularidades y Retos del Desarrollo de las IPBMs

Por otra parte, las IPBMs se han desarrollado de una forma peculiar, poco habitual en otras propuestas psicoterapéuticas y de hecho muy de agradecer. Resumiendo mucho para no extender este trabajo que tiene pretensiones de síntesis y no de revisión sistemática: las IPBMs han demostrado un empeño encomiable desde su origen en (a) demostrar empíricamente su eficacia, (b) fundamentar su proceso en una descripción no sólo psicológica sino también neurobiológica y (c) manualizar y empaquetar sus propuestas de intervención en programas estructurados

y replicables.

Los puntos fuertes de cada uno de los tres empeños mencionados en el párrafo anterior se hacen evidentes en la práctica totalidad de los trabajos de este volumen: todos los que mencionan propuestas de IPBMs las presentan manualizadas y empaquetadas de forma que resultan replicables y las asocian a estudios de eficacia que las fundamentan y legitiman –Alonso y Germer (2016) con la *Compassion Focused Therapy*; Arredondo, Hurtado, Sabaté, Uriarte y Botella (2016) y Arredondo, Sabaté, Botella, Acosta y Hurtado (2016) con el M-PBI; Elices, Carmona, Martín-Blanco, Pascual y Soler (2016) con su protocolo de intervención con pacientes con TLP; Fernández (2016) con la MBCT; García Campayo, Navarro, Modrego, Morillo y Correa (2016) con la Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego; Miró, Arceo e Ibáñez (2016) con su protocolo de intervención en psicosis; Palao y Rodríguez (2016) con la *Mindfulness Based Pain and Illness Management*, *Mindfulness-Based Chronic Pain Management* y el programa de trabajo con dolor crónico del Hospital Universitario la Paz y Rodríguez, Bayón y Fernández (2016) con su protocolo de intervención con pacientes con personas supervivientes de trauma.

Además, algunos de ellos detallan los mecanismos neurobiológicos estructurales y funcionales que explican los efectos y procesos de la intervención (Palao y Rodríguez, 2016; Rodríguez, Bayón y Fernández, 2016) o vinculan la intervención a procesos psicológicos más amplios y con una sólida tradición de investigación – la teoría del apego en el caso de García Campayo, Navarro, Modrego, Morillo y Correa (2016); la teoría cognitiva en el de Fernández (2016) o las aportaciones de las perspectivas relacionales, culturales y fenomenológicas a la comprensión de la psicosis en el de Miró, Arceo e Ibáñez (2016).

Estos logros, sin embargo (y especialmente el de la manualización de las IPBMs) tienen también un aspecto de reto. Sería de gran importancia para la agenda de los próximos 10 años de investigación sobre este tipo de intervenciones, particularmente desde el contexto de considerarlas intervenciones psicoterapéuticas, poder distinguir qué parte de su eficacia responde al ingrediente activo en sí mismo (*conciencia centrada en el presente y atención compasiva*) y cuál a tres fuentes de variancia que, al menos en todas las demás formas de intervención psicoterapéutica, han demostrado contribuir al cambio de los pacientes más incluso que las propias técnicas: las variables del paciente, las de la relación terapéutica (incluidos factores comunes) y las del terapeuta.

Por ejemplo, y de nuevo de forma sintética, en cuanto a las variables del paciente algunos trabajos en este monográfico (especialmente el de Rodríguez, Bayón y Fernández, 2016) destacan cómo es de importante en el caso del trauma dosificar y ajustar la intervención al ritmo de los propios pacientes, lo cual sugiere la relevancia de las variables de este (motivación, reactancia, mentalidad psicológica, *locus* de control...) en cuanto a la mediación en la posible eficacia del tratamiento.

Por lo que respecta a la relación terapéutica, el papel de los tres componentes de la Alianza Terapéutica (vínculo emocional, acuerdo sobre tareas y acuerdo sobre objetivos) parece igual de relevante en las IPBMs que en todas las demás. De hecho los trabajos de Arredondo, Hurtado, Sabaté, Uriarte y Botella (2016) y Arredondo, Sabaté, Botella, Acosta y Hurtado (2016) en este monográfico justifican la reducción de la duración de las prácticas como forma de fomentar el acuerdo sobre las tareas y, consecuentemente, el seguimiento de la intervención. Igualmente, Miró, Arceo e Ibáñez (2016) aconsejan no extender la práctica más allá de 10 minutos, evitar los silencios prolongados ofreciendo guías cada 30 ó 60 segundos y normalizar la experiencia de los pacientes psicóticos al utilizar con ellos IPBMs, todo lo cual también apunta a la relevancia del acuerdo terapeuta-paciente sobre las tareas a llevar a cabo como condición para la eficacia de la intervención.

En cuanto a los factores comunes a todas las intervenciones terapéuticas, una lectura incluso somera de algunos de ellos (véase Tabla 1) permite predecir que muy posiblemente operen también en las IPBMs, y especialmente tratándose en general de intervenciones en grupo (de hecho los factores comunes no son explicables como variantes del supuesto ingrediente activo de las MPBIs, dado que no tienen una relación evidente ni con *conciencia centrada en el presente* ni con *atención compasiva*).

Tabla 1

Algunos factores comunes a las diferentes psicoterapias

Ambiente de apoyo
 Aprendizaje cognitivo
 Aprendizaje terapéutico
 Autocontrol
 Conductas de participación activa del cliente
 Confianza del cliente en el terapeuta y expresión de sentimientos
 Creación de un contexto interpersonal
 Desarrollo de conductas adaptativas
 Desarrollo de un sentido aceptable de la vida
 Descondicionamiento de la ansiedad generada por otras figuras
 Dominio cognitivo
 Ensayo y práctica de competencias
 Estrategias de incremento de la sensación de control
 Estructura del tratamiento
 Expectativas de éxito por parte del cliente
 Experiencia emocional correctiva
Feedback
 Fundamento racional, esquema conceptual o mito
 Internalización del *locus* de control
 Marco de curación
 Modelado
 Procesos grupales (cohesión, apoyo, red social...)
 Puesta en práctica de nuevas conductas

Regulación conductual
Relación de confianza emocionalmente significativa
Relación terapéutica segura
Ritual

Finalmente, por lo que respecta a las variables del terapeuta, Simón (2016) destaca muy acertadamente en su editorial de apertura de este monográfico como parte del entusiasmo de muchos terapeutas hacia las IPBMs puede tener que ver con el efecto que el *mindfulness* ejerce en ellos mismos (tanto personal como profesionalmente). De hecho, la estabilidad, capacidad de autorregulación y madurez emocional del terapeuta han sido tradicionalmente destacadas como variables que contribuían al cambio del cliente.

La manualización de los programas de IPBMs permite la investigación sistemática sobre los factores enumerados hasta aquí y que no son exclusivamente sus supuestos ingredientes activos, por lo que sería muy interesante estudiarlos más a fondo. De hecho, saber qué parte del cambio del cliente se debe a factores comunes y cuál a ingredientes específicos sería una forma de poder “desempaquetar” las IPBMs y que se pudiesen incorporar las prácticas de meditación o demás técnicas habituales en tales programas a intervenciones psicoterapéuticas en general, incrementando así su relevancia y alcance para nuestro colectivo profesional en general. Así ya *no sólo* se trataría de programas manualizados (ocho sesiones, retiros...) para pacientes con problemas estandarizados, sino, *además*, de intervenciones al alcance de cualquier cliente y terapeuta que las encuentre útiles y relevantes durante su proceso terapéutico.

Sin duda otro de los retos de la investigación sobre IPBMs en los próximos años será elucidar más y construir un modelo coherente de los procesos que explican su eficacia. De momento parece probado (como destacan varios autores en este monográfico) que las IPBMs provocan cambios estructurales y funcionales en áreas cerebrales relacionadas con la atención y la memoria, la interocepción, la autorregulación (incluyendo el control del estrés y las emociones) y que modifican la concentración de dopamina y melatonina, disminuyendo la concentración de cortisol y norepinefrina (Esch, 2014). Por lo que respecta a los procesos psicológicos, y en consonancia con los neurobiológicos, mejoran las estrategias de regulación emocional positivas, aumentan los niveles de auto-compasión y disminuyen la rumiación y evitación experiencial, con la consiguiente reducción de los niveles de estrés y depresión y aumento de las emociones positivas (Chiesa, Anselmi, & Serretti, 2014).

Sin embargo, no hay aún un acuerdo general ni un modelo teórico que explique el proceso de forma unificada (de hecho podría ser que los mecanismos y procesos antedichos no fuesen comunes a todas las IPBMs sino específicos de algunas). En los trabajos incluidos en este monográfico se puede observar la preferencia por explicaciones centradas en nociones próximas a la dinámica de sistemas complejos

de redes neuronales interconectadas. Por ejemplo, García Campayo, Navarro, Modrego, Morillo y Correa (2016) utilizan una explicación propia de la neurobiología relacional del apego (véase por ejemplo Siegel, 1999) que bien podría combinarse con la clásica de Liotti (por ejemplo, 2001) basada en sistemas motivacionales: la ausencia de una experiencia de apego seguro en la infancia mantiene el sistema motivacional de búsqueda de seguridad y supervivencia permanentemente hiperactivado, lo cual inhibe otros como por ejemplo el responsable de las acciones compasivas. Palao y Rodríguez (2016) por su parte, argumentan como

mientras la experiencia de dolor nociceptiva o física puede permanecer sin cambios, los componentes emocionales y cognitivos de la experiencia dolorosa parecen disminuir significativamente durante la práctica de la meditación, teniendo como resultado menos sufrimiento y distrés. El cambio en el significado construido a partir de la experiencia del dolor físico, la disminución de los intentos de resistencia y de la ansiedad anticipatoria contribuyen así a reducir la intensidad de la vivencia de sufrimiento.

Mientras que Fernández (2016) centra las innovaciones de la MBCT respecto a las terapias cognitivas clásicas en una visión de activación conjunta de redes asociativas de cognición, emoción y conducta que la meditación permite desconectar o desasociar. Igualmente, Miró, Arceo e Ibáñez (2016) destacan como el aspecto clave para producir cambios consiste en aprender a alterar el contexto en el que se producen los circuitos disfuncionales, especialmente pasar de un contexto de rechazo a un contexto de aceptación.

Si bien en los planteamientos anteriores se intuye una explicación con bases conceptuales compartidas, también resulta evidente que cada una de ellas es focalmente útil para explicar problemas y procesos de cambio diferentes: ansiedad en un caso, dolor crónico en otro, depresión y psicosis en los otros dos...

Una Visión Constructivista Relacional del las IPBMs

Por nuestra parte, quisiéramos aprovechar este artículo de síntesis y reflexión para proponer una lectura constructivista relacional de las IPBMs que, en el mejor de los casos, puede complementar las explicaciones anteriores haciendo avanzar el posible desarrollo de un modelo teóricamente coherente y técnicamente ecléctico.

La interpretación tradicional del *mindfulness* ha llevado a una visión fundamentalmente individual e intrapsíquica, como si fuera una actitud, habilidad o capacidad exclusivamente personal que se cultiva en la soledad de las prácticas de meditación. Probablemente la emergencia de la compasión como elemento intrínseco del *mindfulness* –como destacan Alonso y Germer (2016) y Campayo, Navarro, Modrego, Morillo y Correa (2016) en este monográfico– tenga que ver con un proceso autocorrectivo ante el exceso de visión intrapsíquica individual.

El concepto de *mindfulness* relacional se centra en los aspectos interpersonales parcialmente negligidos en las prácticas habituales de atención plena. Tiene

perfecto sentido centrarse precisamente en lo relacional si se asume que cada experiencia es intrínsecamente interpersonal, que vivimos en mundos de significados que se construyen relacionalmente y se experimentan dialógicamente y que incluso lo que vivenciamos como nuestros procesos personales y privados están permeados por patrones de construcción de significados socialmente construidos –argumentos parcialmente coincidentes con algunos de los que destacan Miró, Arceo e Ibáñez (2016) en este monográfico. El *mindfulness* relacional podría definirse como una conciencia profundizada de la experiencia relacional presente acompañada de aceptación y en la cual la conexión se considera el núcleo de bienestar psicológico y la cualidad esencial de las relaciones que promueven el crecimiento y los cambios saludables (Surrey, 2005).

Si *mindfulness* significa esencialmente ser *consciente* en lugar de *inconsciente*, esta conciencia se relaciona directamente con nuestro *compromiso* con el mundo o nuestra *implicación* en él. Consecuentemente el *mindfulness* relacional está directamente conectado con nuestro compromiso con nuestro mundo relacional: un mundo de significados, interpretaciones, acciones, relaciones, conversaciones, posiciones subjetivas, voces y narrativas –véase Botella et al. (2004).

Enfocar el *mindfulness* como el compromiso o implicación con nuestro mundo relacional cotidiano asienta las prácticas relacionales de atención plena en los significados, interpretaciones, acciones, relaciones, conversaciones, posiciones subjetivas, voces y narrativas que se ponen en acción en relaciones específicas, evitando el riesgo de una visión demasiado intelectual, abstracta o solipsista. La cuestión no es si estoy prestando atención conscientemente, en el momento presente y sin juzgar en abstracto, sino más concretamente si estoy comprometido e implicado en la relación que estoy construyendo aquí y ahora. ¿Estoy plenamente presente? ¿Tengo sensación de pertenencia? ¿O estoy desconectado, ausente, aburrido, rumiando sobre el pasado o fantaseando sobre el futuro? ¿Hago sentir al otro que estoy presente? ¿Me siento reconocido y hago que el otro se sienta reconocido también? El creciente cuerpo de investigación sobre la neurobiología de la resonancia interpersonal y su impacto en el desarrollo infantil y la autorregulación emocional durante toda la vida refuerza el potencial interés del *mindfulness* relacional –véase Botella, 2005; Botella y Corbella, 2005; Siegel, 1999, así como las aportaciones en este monográfico de Campayo, Navarro, Modrego, Morillo y Correa (2016) sobre apego y *mindfulness* y la de Miró, Arceo e Ibáñez (2016) sobre los riesgos potenciales del exceso de solipsismo de lo que ellos denominan una “mirada fija escudriñadora”.

En cierto sentido, esta forma de *mindfulness* relacional no fomenta una mirada cada vez más interior, sino el cultivo de nuestras capacidades innatas para formar parte de relaciones y conversaciones mediante la trascendencia de nuestros límites individuales rígidos y para construir un sistema de orden superior: la relación y la conversación en sí. Por lo tanto, cuando nos encontramos desconectados y no implicados, la respuesta se encuentra a menudo en una actitud de curiosidad

compasiva respecto a cuál es el patrón de significados, interpretaciones, acciones, conversaciones, posiciones subjetivas, voces y narrativas que nos está alienando. Y, por supuesto, en qué necesitaríamos que pasase para que esta alienación dejase espacio a un sentido de pertenencia afectuoso, compasivo y entregado. De nuevo, el trabajo de Miró, Arceo e Ibáñez (2016) en este volumen llama la atención sobre la conexión entre la alienación social contemporánea, la erosión del tejido relacional y la emergencia de patologías y problemas severos.

Las ocasiones para la práctica de esta forma más relacional de atención plena en la vida cotidiana son casi infinitas: cada conversación, cada relación y cada interacción es una nueva oportunidad. ¿Cuál es la calidad de mi implicación con mi familia cuando comienza el día? ¿Cómo me relaciono con las personas con las que coincido de camino al trabajo? ¿Y con mis compañeros? ¿Con mis amigos? ¿Siento que pertenezco a las relaciones en las que participo durante el día?... Es fácil imaginar la diferencia (no sólo para los demás sino también para uno) de implicarse plenamente y estar totalmente presente durante la cena con nuestra pareja o cuando leemos un cuento a nuestra hija antes de dormir en lugar de precipitarnos a pasar por la superficie de todas estas actividades sin pensar y con el único objetivo de terminar cuanto antes.

Las implicaciones de esta formas de *mindfulness* relacional se extienden no sólo a pacientes, sino a terapeutas y, especialmente, a la relación terapéutica. Viendo el curso de creciente superficialidad e inmediatez de las relaciones interpersonales (punto sobre el que también llaman la atención Miró, Arceo e Ibáñez (2016) en este volumen) puede que en un futuro no muy lejano la psicoterapia sea de las pocas ocasiones que uno tiene para mantener una conversación en que se siente plenamente escuchado, con total conciencia relacional –en el mejor de los casos. Bien, esperemos que esto no sea así y que la capacidad innata del *mindfulness* relacional se imponga, tanto dentro como fuera de la terapia, al estar *juntos pero solos* que mencionan Miró, Arceo e Ibáñez (2016). En este sentido sí constituiría una aportación sustantiva a la génesis de Estilos de Vida Terapéuticos sobre los que versa la aportación de Alvear (2016) y, aunque quizá no sea la base para el tratamiento de algunos de los problemas clínicos que mencionan los demás autores, sí es sin duda un coadyuvante fundamental en todos ellos –por algo la investigación en psicoterapia ha demostrado repetidamente que la calidad de las relaciones interpersonales constituye un criterio de buen pronóstico en general.

Sobre el Mindfulness como Moda

Finalmente habría que añadir un reto de futuro para las IPBMs, a modo de advertencia. Si sus efectos resultan terapéuticos y potentes cuando son bien aplicados, lógicamente también pueden resultar adversos y dañinos si son mal aplicados o utilizados sin la debida preparación o conocimientos –Cebolla y Campos (2016) informan de algunos de estos efectos indeseables en su artículo en este monográfico. En este sentido, asistimos en los últimos años a una proliferación

tal de usos y propuestas variopintas que emplean el término *mindfulness* que es evidente que hará falta la especificación de estándares de formación y de calidad de las intervenciones (igual que en su momento sucedió con la psicoterapia en general).

Basta un vistazo rápido a Internet para comprobar que se están ofertando actualmente “programas de *mindfulness*” (e incluso formación para supuestos instructores) sin ningún control y por parte de personas ajenas a cualquier titulación adecuada para el ejercicio de prácticas de salud mental. Para aumentar la confusión, muchas de estas ofertas mezclan sin criterio alguno los tres contextos a los que se refieren Cebolla y Campos (2016) en este volumen: espiritual, clínico y psicoeducativo. De esta forma encontramos en una misma oferta de “formación” contextos de práctica espiritual quasi-religiosa, supuestos grupos terapéuticos llevados por personas ajenas a cualquier formación como psicoterapeutas y programas de “formación de formadores” impartida por ellos mismos... una combinación potencialmente muy arriesgada teniendo en cuenta los peligros que puede comportar la posible necesidad de ayuda psicológica profesional de algunas de las personas que buscan tales recursos.

En este sentido es muy de agradecer la iniciativa que comenta Simón (2016) en su editorial a este monográfico de establecer “*criterios mínimos nacionales de calidad, evaluación y estándares para formadores y programas de aplicaciones basadas en mindfulness y compasión*”. Sería igualmente muy de agradecer que esos estándares incluyesen la especificación de la titulación de acceso necesaria para el ejercicio de tales aplicaciones, como hizo en su momento la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas al determinar que la práctica de la psicoterapia exigía una titulación como psicólogo o psiquiatra.

Referencias bibliográficas

- Alonso, M. y Germer, C.K. (2016). Autocompasión en psicoterapia y el programa *Mindful Self Compassion*: ¿hacia las terapias de cuarta generación? *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 169-185. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-12.html>
- Alvear, D. (2016). Cambios terapéuticos de estilo de vida (CTEV) y *mindfulness* en el ámbito psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 119-132. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-09.html>
- Arredondo, M., Hurtado, P., Sabaté, M., Uriarte, C. y Botella, L. (2016). Programa de entrenamiento en *Mindfulness* Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 133-150. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-10.html>
- Arredondo, M., Sabaté, M., Botella, L., Acosta, L.M. y Hurtado, P. (2016). Estudio piloto del programa de entrenamiento en *Mindfulness* Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 151-168. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-11.html>
- Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Burlington, MA: Elsevier.
- Baer, R. A., Smith G. T., Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. C., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.

- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 28-34.
- Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de Psicoterapia*, 61(16), 77-104. <http://revistadepsicoterapia.com/neurobiologia-de-la-autorregulacion-afectiva-patrones-de-apego-y-compatibilidad-en-la-relacion-terapeuta-paciente.html>
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, L., Herrero, O., Pachecho, M. y Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: a relational constructivist approach. En L. E. Angus y J. McLeod (Eds.). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. California: Sage.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. y Vall, B. (2015) Integración en psicoterapia 2015: pasado, presente y futuro. Online Working Paper: https://www.researchgate.net/publication/284869588_Integracion_en_psicoterapia_2015_pasado_presente_y_futuro. doi:10.13140/RG.2.1.1351.3040
- Brown, K.W. y Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Buchheld, N., Grossman, P. y Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: the development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. y Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-223. doi:10.1177/1073191107311467
- Cebolla, A. y Campos, D. (2016). Enseñar *mindfulness*: contextos de instrucción y pedagogía. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 103-118. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-08.html>
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B. y Dagnan, D. (2005). *Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Southampton Royal South Hants Hospital, UK.
- Chiesa A., Anselmi R. Y Serretti A. (2014). *Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions: what do we know?* *Holistic Nursing Practice*, 28(2), 124-148.
- Cozolino, L. J. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. Nueva York: Norton.
- Ecker, B., Ticic, R. y Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. Nueva York: Taylor y Francis.
- Elices, M., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Pascual, J.C. y Soler, J. (2016). Efectos y particularidades del uso del *mindfulness* en el trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 89-101. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-07.html>
- Esch, T. (2014). The neurobiology of meditation and mindfulness. En S. Schmidt y H. Walach (Eds.), *Meditation – Neuroscientific Approaches and Philosophical Implications* (Vol. 2, pp. 153-173). Springer International Publishing. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-01634-4_9
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. y Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190.
- Fernández, E. (2016). MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): origen, alcance y eficacia. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 71-88. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-06.html>
- Fonagy, P. (2004, June). *Psychotherapy, attachment and the brain*. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Rome.
- García Campayo, J., Navarro, M., Modrego, M., Morillo, H. y Correa, M. (2016). Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 57-69. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-05.html>
- Hayes, S. C. y Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Mind to Face Stress, Pain and Illness*. Nueva York: Dell Publishing.
- Kelly, G.A. (1991). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1 y 2). Londres, Reino Unido: Routledge (Trabajo original publicado en 1955).

- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V. y Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005.
- Liotti, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, 63-85. <http://revistadepsicoterapia.com/de-la-teoria-del-apego-a-la-psicoterapia.html>
- Miró, M.T., Arceo, J. e Ibáñez, I. (2016). *Mindfulness* en la psicosis: un estudio piloto. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 37-56. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-04.html>
- Nhât Hanh, T. (1999) *The Miracle of Mindfulness*. An Introduction to the Practice of Meditation. Boston, MA.: Beacon Press.
- Palao Tarrero, A. y Rodríguez Vega, B. (2016). Intervenciones basadas en *mindfulness* para el dolor crónico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 21-35. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-03.html>
- Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C. y Fernández Liria, A. (2016). Intervenciones basadas en *mindfulness*: tratamiento de las personas supervivientes de trauma. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 7-20. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-02.html>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386. doi:10.1002/jclp.20237
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind*. Nueva York: Guilford.
- Simón, V. (2016). Editorial: Introducción al monográfico *Mindfulness* y Psicoterapia 10 Años Después (2006-2016). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 1-5. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-01.html>
- Surrey, J. (2005). Relational psychotherapy, relational mindfulness. En C. Germer., R. Siegel y P. Fulton (Eds.) *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guildford.
- Wylie, M.S. y Simon, R. (July 8, 2004). Discoveries from the black box: How the neuroscience revolution can change your practice. *Psychotherapy Networker*.