

CONCIENCIA PLENA (*MINDFULNESS*) Y PSICOTERAPIA: CONCEPTO, EVALUACIÓN Y APLICACIONES CLÍNICAS

M^a Antonia Pérez y Luis Botella
FPCEE Blanquerna
Universidad Ramon Lull
Barcelona

The concept "mindfulness" has recently emerged in the English-speaking world and refers to a specific state of consciousness promoted by eastern meditative techniques. In this paper we review the main theoretical conceptualizations of mindfulness in the field of psychotherapy regarding its components, assessment instruments and functioning. We also summarize the main characteristics of five psychotherapeutic approaches that incorporate mindfulness: Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Dialectical Behaviour Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Brief Relational Therapy. Finally, the clinical applications of these approaches are briefly discussed.

Key Words: Mindfulness, psychotherapy, functioning, evaluation, MBSR, MBCT, DBT, ACT, BRT, clinical applications.

INTRODUCCIÓN

Si bien el término "*Mindfulness*" ha emergido recientemente con fuerza en el ámbito anglosajón, de hecho se trata de un concepto que remite a un estado particular de conciencia promovido por las técnicas meditativas orientales desde hace milenios. Lo que hoy se conoce como meditación de la conciencia plena es originariamente una técnica que se practica desde hace 2.500 años en el contexto religioso budista. Varias corrientes de esta tradición (zen, vipassana, etc.) han influido en los autores occidentales que proponen adoptar sus prácticas.

Los intentos de incorporar la meditación a la psicoterapia ya se iniciaron en los años sesenta (Assagioli, 1965, Fromm, 1960, Watts, 1961). El primer trabajo sobre *Mindfulness* apareció en 1975 pero ha sido a partir del año 2002 cuando los

investigadores y clínicos han mostrado un extraordinario interés por la conciencia plena constatable en un incremento sostenido del número anual de trabajos aparecidos en publicaciones científicas. Algunos expertos en las tradiciones espirituales de origen cuestionan la conveniencia de incorporar la meditación a la psicoterapia porque consideran que su utilización psicoterapéutica es ajena a su esencia religiosa (Dumoulin, 2002). En el ámbito de la psicología científica, también hay autores que se oponen a esa incorporación precisamente por los motivos opuestos a los anteriores; argumentando que la meditación es una técnica carente de fundamento científico (Wells, 2002).

A pesar de las objeciones anteriores, la conciencia plena se está abriendo paso en la psicoterapia. La revisión de la extensa literatura sobre este constructo (las bases de datos PsycInfo y Medline contienen 398 trabajos publicados entre el año 2002 y 2006 con el término “*Mindfulness*” en el título) permite constatar que los autores han intentado obtener una definición operativa de la conciencia plena, clarificar sus componentes y sus mecanismos de acción, desarrollar instrumentos para evaluarla y verificar la eficacia de los enfoques que la incorporan.

En este artículo se revisan las diferentes propuestas teóricas aparecidas, señalando algunas divergencias que, en opinión de los autores de este trabajo, propician una cierta confusión en quienes intentan comprender el significado del constructo y dificultan alcanzar una definición operativa consensuada. Asimismo, se resumen cinco enfoques clínicos que incorporan la conciencia plena y se detallan sus aplicaciones prácticas, obtenidas a partir de la revisión de las investigaciones empíricas publicadas.

DEFINICIONES DE CONCIENCIA PLENA

Aunque hemos traducido el término “*Mindfulness*” como “conciencia plena” también podría traducirse como “atención plena”. Los autores que se ocupan de este tema se refieren a este concepto con significados similares aunque ligeramente diferentes. Hanh (1976), por ejemplo, la definió como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente” y Kabat-Zinn (1990) como “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar”.

De forma más detallada, otros autores definen la conciencia plena como: “Una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es” (Bishop *et al.*, 2004). Similarmente, para Cardaciotto (2005), la conciencia plena “Es la tendencia a ser consciente de las propias experiencias internas en un contexto de aceptación de esas experiencias sin juzgarlas”.

La conciencia plena (*mindfulness*) se opone a la falta de conciencia (*mindlessness*). El funcionamiento mental normal implica siempre un grado de atención y de conciencia. La conciencia plena se refiere a una mejora de ambos

aspectos, a una “claridad y vividez de la experiencia y del funcionamiento actual que contrasta con los estados de menor conciencia, menos despiertos, del funcionamiento habitual o automático que puede ser crónico en la mayoría de las personas” (Brown y Ryan, 2003).

Aunque en el contexto de la psicología social ha aparecido una conceptualización de la conciencia plena que enfoca preferentemente los procesos cognitivos relacionados con los estímulos ambientales (Langer, 1992), en la exposición que sigue nos basamos en la conceptualización de la psicología clínica, que incluye también los estímulos internos (pensamientos, sentimientos, etc.).

La popularidad creciente de la Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR) entre los profesionales y consumidores sanitarios llevó a Bishop (2002) a interesarse por el fundamento científico de este programa y a señalar que no se disponía de una definición operativa consensuada de la conciencia plena. A partir de ese momento, los investigadores han hecho un esfuerzo notable para obtenerla, habiéndose formulado varias propuestas que sólo coinciden parcialmente.

La primera propuesta fue planteada por Brown y Ryan (2003), que señalan que la conciencia (*consciousness*) tiene dos aspectos: la atención (*attention*) y la percepción o “darse cuenta” (*awareness*). La percepción se refiere en el modelo a la experiencia subjetiva, tanto de los fenómenos internos, como de los externos. La atención es la que dirige el foco de la percepción hacia los aspectos seleccionados de la realidad.

Brown y Ryan (2003) consideran que la conciencia plena no es un producto exclusivo de la meditación, aunque creen que puede servir para incrementarla. Por el contrario, creen que es una capacidad natural del ser humano. Hay personas que poseen conciencia plena sin haber practicado la meditación. Los autores parten del supuesto de que los individuos difieren en su disposición o voluntad para darse cuenta y sostener la atención en lo que ocurre en el presente. Además, la capacidad de atención varía en una misma persona porque puede ser intensificada o amortiguada por una variedad de factores. Por tanto, la conciencia plena puede considerarse tanto un rasgo como un estado.

La segunda propuesta de definición operativa de la conciencia plena fue planteada por un grupo liderado por Bishop, en el que participó, entre otros, Zindel Segal, co-creador de la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena. El modelo que consensuaron tiene dos componentes: 1) la autorregulación de la atención de forma que se mantenga en la experiencia del momento presente; 2) la orientación deliberada de la atención hacia la propia experiencia con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación de las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones. En la conceptualización de estos autores, el método para elicitar la conciencia plena es la meditación (Bishop *et al.*, 2004).

De acuerdo con esta propuesta, la conciencia plena es un modo de conciencia que aparece cuando la atención se auto-regula. Utilizan el término “modo” que

alude a “la forma en la que se hace una cosa”. Esta definición expresa su creencia de que la conciencia plena es un proceso psicológico más cercano a un estado que a un rasgo, una habilidad que puede desarrollarse con la práctica. Su evocación y mantenimiento depende de la regulación de la atención mientras se cultiva una orientación abierta a la experiencia. Aunque no lo afirman, Bishop *et al.* se preguntan si la conciencia plena, en tanto que modo de conciencia, puede ser desarrollado como parte del proceso de psicoterapia.

Brown y Ryan (2004) no tardaron en señalar algunas limitaciones del modelo anterior. Para estos autores, la atención no debe limitarse a la auto-observación ya que “el beneficio principal de la práctica de la meditación es que cambia la conducta de los individuos en su vidas diaria, aportando una presencia consciente no sólo respecto a sus eventos internos, sino también con su mundo cotidiano social y físico” (p. 246). Este punto de vista es compartido también por Cardaciotto (2005).

El modelo de Bishop *et al.* (2004) es más restrictivo y más centrado en la práctica de la meditación que en la vida diaria. El de Brown y Ryan (2003) se centra en las actividades cotidianas pero presupone que el grado de conciencia con el que se realizan depende de la práctica previa de la meditación, además de la disposición individual. A nuestro juicio, la dificultad para alcanzar un consenso en este punto puede ser consecuencia de la tendencia a definir la conciencia plena como una cualidad homogénea en cualquier circunstancia, sin considerar que probablemente cambia en función de la actividad que se está realizando. En la práctica del Zen se diferencia claramente la atención a las tareas cotidianas (*samu*) de la meditación (*zazen*).

En opinión de otros autores (Hayes y Shenk, 2004; Cardaciotto, 2005), se tiende a asociar la conciencia plena con la meditación sólo por motivos históricos. Señalan que el hecho de que la conciencia plena esté siendo definida a la vez como un proceso psicológico y como una técnica está creando confusión y que conviene operacionalizarla, libre de “apegos innecesarios” como restringirla a la meditación. Consideran además que, si el modelo de conciencia plena propuesto por Bishop *et al.* (2004) es correcto, cualquier método que incremente la atención hacia el momento presente con una actitud de aceptación es un método de conciencia plena.

En contraste con los argumentos anteriores, Kabat-Zinn (2003) ha insistido en la importancia de que se reconozca la conciencia plena como una práctica meditativa que no debe ser conceptualizada exclusivamente como una técnica cognitivo-conductual descontextualizada. El debate sigue abierto y en él juegan un papel fundamental las connotaciones espirituales de la práctica de la meditación, como se verá en los siguientes apartados.

COMPONENTES DE LA CONCIENCIA PLENA

Una buena forma de entender el sentido de estos componentes es intentar responder a la pregunta “¿Qué hace una persona cuando piensa/actúa con conciencia plena?” (Baer *et al.*, 2004). Los aspectos que describimos a continuación son

interdependientes y, aunque no siempre los autores lo mencionan de forma explícita, provienen del zen. Son los siguientes: (i) atención al momento presente, (ii) apertura a la experiencia, (iii) aceptación, (iv) dejar pasar y (v) intención.

Atención al momento presente

Consiste en centrarse en el momento presente, en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, temores y deseos). Aparece en todos los modelos de conciencia plena (Bishop *et al.*, 2004; Safran y Muran, 2005; Shapiro *et al.*, 2006). Sin embargo, tal como se ha indicado, hasta ahora no se ha alcanzado un consenso acerca de si la atención ha de dirigirse hacia la experiencia interna o hacia la actividad que se está realizando.

Mientras Bishop *et al.* (2004) sostienen que lo esencial es auto-regular la atención, de forma que se mantenga en los propios procesos internos, Brown y Ryan (2004) señalan que se trata más bien de atender a las actividades de la vida diaria. Es por ello que actuar con conciencia está implícito en el factor de presencia hallado por estos autores durante el desarrollo del instrumento de evaluación que han desarrollado, el MAAS, como puede comprobarse al examinar alguno de sus ítems: “Rompo o derramo cosas por tener poco cuidado, no prestar atención o estar pensando en otra cosas” o “Realizo los trabajos o tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que estoy haciendo”.

En la conceptualización de Safran y Muran (2005), el objeto de la atención también han de ser los procesos internos. La dirección de la atención y el recuerdo sirven a un mismo fin, mantener la atención en ellos. El recuerdo se refiere a la capacidad de ser consciente de cuándo se ha perdido la postura de observador y se ha sido absorbido por algún pensamiento, sentimiento o fantasía.

Tal como ya hemos indicado, si se asume que el objeto de atención puede variar en función del momento, es posible compatibilizar estos planteamientos divergentes. Mientras se medita, se puede atender a los propios procesos internos y, en la vida cotidiana, centrarse en la tarea que se está realizando. La importancia de la acción con conciencia ha sido subrayada por diversos autores (Kabat-Zinn, 1994; Baer *et al.*, 2004). Se la ha relacionado con la habilidad “participar” que se entrena en la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan y que ha sido definida por esta autora como “entregarse enteramente a una actividad, llegar a ser uno con la actividad” (Linehan, 1993). Implica olvidarse completamente de uno mismo mientras se actúa.

Un aspecto a tener presente es que algunos autores han hallado que la capacidad de observación por sí misma sólo se vincula con la conciencia plena en las personas que poseen experiencia en la meditación. En caso contrario, la capacidad de observar correlaciona negativamente con la conciencia plena (Baer *et al.* 2004, 2006). Asimismo, los niveles altos de atención a uno mismo han sido asociados con alteraciones del humor, estrés y depresión, tal como señala Cardaciotto (2005).

Apertura a la experiencia

Este componente se refiere a la capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias. La conciencia plena implica una observación directa de los diversos objetos como si fuera la primera vez, una cualidad que en el Zen se denomina “mente de principiante”. También implica la apertura a la experiencia negativa (Buchheld *et al.*, 2001) y observar lo que ocurre con curiosidad, queriendo saber más (Bishop *et al.*, 2004).

Aceptación

La aceptación y el no juzgar pueden considerarse sinónimos. Todos los enfoques de conciencia plena que se revisan más adelante incluyen la aceptación sin juzgar de los pensamientos y sentimientos y de los eventos de la vida cotidiana. Adoptar una actitud de aceptación es imprescindible en la práctica de la conciencia plena. La Terapia Dialéctica Conductual de Linehan (1993) proporciona entrenamiento explícito en varias técnicas específicas para promover la aceptación.

Una forma de definir la aceptación es la propuesta por Hayes (1994): “experimentar los eventos plenamente y sin defensas, tal como son”. Este autor considera que la psicología clínica ha enfatizado demasiado el cambio y que conviene reconocer la importancia de la aceptación. Las personas incurren en conductas desadaptativas en un intento de evitar las experiencias displacenteras. En la medida en que pueden aceptar que esas experiencias son ocasionales y limitadas en el tiempo, no necesitan recurrir a tales conductas.

En el análisis realizado por Brown y Ryan (2004) la aceptación no se ha confirmado como un componente significativo de la conciencia plena, por lo que han considerado que está implícito en el componente de presencia. Sin embargo, Cardaciotto (2005) señala que el incremento de atención no siempre va acompañado de mayor aceptación y viceversa, por lo que considera que se trata de componentes diferentes.

En la propuesta de Safran y Muran (2005), figura el componente de conciencia sin juicios. Shapiro *et al.* (2006) incluyen el no juzgar en el componente de “Actitud” y lo relacionan con la compasión (hacia uno mismo y hacia los demás). Basándose en los caracteres que representan en japonés la conciencia plena (uno para la mente y otro para el corazón), sugieren que una traducción más correcta del término sería “conciencia plena del corazón” (*heart-mindfulness*). Esta sugerencia es importante porque atiende a un aspecto que a menudo se pasa por alto, la relación de la conciencia plena con la “mente-corazón” que en el Zen se refiere a la adopción de una actitud compasiva (Suzuki, D.T., 1976).

Dejar pasar

Consiste en no dejarse atrapar por ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo, en no apearse ni identificarse con ellos. Kabat-Zinn (1990), por

ejemplo, señala que la observación sin juzgar de la propia actividad mental puede conducir a la comprensión de que los pensamientos no son reflejos de la verdad o de la realidad.

Este componente también figura en todos los enfoques psicoterapéuticos que incorporan la conciencia plena, en los que aparece como “descentramiento” o “defusión” cognitiva. Según Brown y Ryan (2004), los enfoques de la conciencia plena enseñan al cliente a tomar conciencia de sus pensamientos y sentimientos y a relacionarse con ellos de una forma más amplia, desde una perspectiva descentrada como eventos mentales pasajeros, en lugar de como reflejos del *self* o como necesariamente ajustados a la realidad.

Intención

La intención se refiere a lo que cada persona persigue cuando practica la conciencia plena. En opinión de Shapiro *et al.* (2006), la intención no puede ser omitida pero, cuando la psicología occidental intenta separar la esencia de la conciencia plena de sus raíces religiosas y culturales originales, se pierde. La intención evoluciona a lo largo de la práctica: en la fase inicial se prima la autorregulación, después la auto-exploración y finalmente la auto-liberación, entendida ésta como la experiencia de trascendencia, de dejar de sentirse como un *self* separado (Shapiro, 1992, citada en Shapiro *et al.*, 2006).

Este componente parece entrañar una cierta contradicción con una de las actitudes consideradas fundamentales en la práctica de la conciencia plena, el no esforzarse por conseguir ningún propósito. En este sentido, puede ser útil discernir entre el propósito general de la práctica relacionado con la motivación para emprenderla y la actitud concreta que se adopta durante los ejercicios. Cuando se está meditando no se debe tratar de conseguir ningún propósito inmediato. Hay que permanecer sentado o de rodillas simplemente respirando. Actuar con conciencia en la vida cotidiana implica poner toda la atención en lo que se está haciendo olvidándose del resultado final. Pero, puesto que esta no es la forma en la que habitualmente nos conducimos, hace falta un motivo o intención para cambiarla.

A esa intención se refería Kabat-Zinn en el siguiente párrafo: “Yo solía pensar que la práctica de la meditación era muy poderosa... que en función de ella se podía apreciar el crecimiento y el cambio. Pero el tiempo me ha enseñado que también se necesita cierto tipo de visión personal” (p. 46, 1990).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CONCIENCIA PLENA

En la tabla 1 resumimos por orden cronológico las seis propuestas aparecidas en el periodo 2001-2006. La tabla contiene el nombre de los autores, el año de publicación, los factores independientes identificados durante los análisis factoriales realizados para la elaboración del instrumento, el nombre de la escala o inventario y el número de subescalas independientes.

Tabla 1 – Instrumentos de evaluación			
Autores	Factores	Instrumento	Sub-escalas indep.
Buchheld <i>et al.</i> (2001)	No identificación con los pensamientos y sentimientos Aceptación, apertura, postura no reactiva Comprensión Observación del momento presente	FMI – Inventario de Conciencia Plena de Friburgo	1
Lau <i>et al.</i> (2006)	Curiosidad Descentramiento	TMS – Escala de Conciencia Plena de Toronto	2
Brown y Ryan (2003)	Presencia, prestar atención al momento presente	MAAS – Escala de Conciencia Plena	1
Cardaciotto (2005)	Darse cuenta Aceptación	PHLMS – Escala de Conciencia Plena de Filadelfia	2
Baer <i>et al.</i> (2004)	Observar Describir Aceptar Actuar con conciencia	KIMS – Inventario de Habilidades de Conciencia Plena de Kentucky	4

Aunque la conciencia plena forma parte de varios enfoques terapéuticos que se están aplicando desde principios de los años 90, hasta ahora no se habían desarrollado instrumentos específicos para evaluarla. En nuestra búsqueda bibliográfica hemos encontrado muy pocas investigaciones que utilicen estos instrumentos. Al tratarse de propuestas recientes, los investigadores siguen utilizando otros instrumentos clásicos relacionados con sus objetivos. Aunque esta situación puede cambiar con el tiempo, hay que tener en cuenta que el desarrollo de la conciencia plena no suele constituir un objetivo en sí mismo, sino que se considera un medio para obtener otros fines: incrementar el bienestar, reducir el estrés, etc.

El primer instrumento de evaluación de la conciencia plena, el Inventario de Conciencia Plena de Friburgo (FMI), fue desarrollado por Buchheld *et al.* (2001) con la participación de personas que acudían a retiros de meditación de entre 3 a 14 días, por lo que no es adecuado para personas sin experiencia en meditación. En su desarrollo, se utilizaron medidas obtenidas antes y después de un retiro. El análisis factorial de las puntuaciones reveló una cierta inconsistencia entre los factores identificados en ambos momentos. En la tabla se indican los factores iniciales: no identificación con los pensamientos y sentimientos, aceptación, apertura, no reactividad, comprensión de los procesos mentales y observación del momento presente.

La Escala de Conciencia Plena (MAAS) elaborada por Brown y Ryan (2003)

puede ser utilizada con personas sin experiencia en meditación. Incluye un factor global de presencia pero no la aceptación, porque estos autores no han podido verificar que aporte nada al único factor de su escala, que es la presencia, el prestar atención al momento presente. Asimismo, han hallado que las correlaciones de la aceptación con diferentes medidas de bienestar son más bajas que las de la presencia y que además las correlaciones del factor presencia no mejoran al agregar el factor de aceptación.

Un resultado opuesto fue hallado por Cardaciotto (2005) en sus investigaciones destinadas a la elaboración de la Escala de Conciencia Plena de Filadelfia (PHLMS), que permite evaluar independientemente los dos factores que ha hallado: darse cuenta y aceptación. En opinión de esta autora, el MAAS confunde ambos factores, que según sus datos no aparecen correlacionados.

Para elaborar la Escala de Conciencia Plena de Toronto (TMS) Lau *et al.* (2006) han partido de la definición operativa de Bishop *et al.* (2004) pero sólo han podido confirmar uno de los componentes propuestos por estos autores, la cualidad de la atención caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación de la experiencia, incluyendo las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones. Los dos factores hallados en relación con este componente son la curiosidad y el descentramiento. El componente para el que no han hallado soporte es la autorregulación de la atención para centrarla en la experiencia interna del momento presente. Lau *et al.* (2006) recomiendan utilizar esta escala inmediatamente después de la sesión de meditación y realizar al menos tres evaluaciones (pre-, durante y post-) de los pacientes que reciban tratamientos basados en la meditación.

Para desarrollar el Inventario de Habilidades de Conciencia Plena de Kentucky (KIMS), Baer *et al.* (2004) partieron de las habilidades propuestas por Linehan (1993) en su Terapia Dialéctica Conductual: observar, describir, actuar con conciencia y aceptar sin juzgar. Los ítems generados en relación con cada una de estas habilidades han sido sometidos a un análisis que ha confirmado la estructura multifactorial no jerárquica de la conciencia plena, por lo que el KIMS consta de una subescala independiente para cada una de las habilidades mencionadas. La bondad de este instrumento ha sido comprobada realizando otro análisis factorial conjunto de sus ítems con los del resto de escalas desarrolladas para evaluar la conciencia plena (Baer *et al.*, 2006).

Los resultados del análisis conjunto han confirmado tres de los cuatro factores iniciales (describir, actuar con conciencia y aceptar sin juzgar) y han añadido uno más correspondiente a algunos ítems del FMI: la adopción de una postura no reactiva hacia la experiencia interna. En cuanto al factor de observación, que también está presente en el KIMS, ha dado resultados diferentes en función de la experiencia en meditación de las personas evaluadas. Aunque la habilidad de describir la experiencia se entrena en la Terapia Dialéctica Conductual y ha sido confirmada como un factor independiente durante el desarrollo del KIMS, sólo

aparece en este enfoque y se trata más bien de una estrategia terapéutica concreta.

Puesto que el desarrollo de la aceptación es uno de los objetivos principales de la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, este autor desarrolló el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) que evalúa la capacidad de aceptación de los eventos internos indeseables y la disposición a actuar para conseguir las propias metas (Hayes, 1996). No lo hemos incluido en la tabla porque no es un instrumento que evalúe específicamente la conciencia plena.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA CONCIENCIA PLENA

Los mecanismos de acción pueden ser entendidos como las variables que hacen posible que el entrenamiento en conciencia plena produzca resultados pero también como resultados en sí mismos. A continuación se describen los siguientes: exposición, cambios cognitivos, auto-control o auto-regulación, aceptación, integración de aspectos disociados del *self*, clarificación de valores, espiritualidad y relajación.

Exposición

Se ha señalado la utilidad de este mecanismo en relación con diversos trastornos. En pacientes con dolor crónico, el entrenamiento en conciencia plena, permite que los pacientes se expongan de forma prolongada a sus propias sensaciones en ausencia de consecuencias catastróficas, lo cual puede producir una cierta desensibilización y reducir las respuestas emocionales elicítadas por las sensaciones de dolor. Se ha descrito un mecanismo similar para los trastornos de ansiedad y el pánico. La observación sostenida, sin juzgar, de las sensaciones relacionadas con la ansiedad, sin intentar escapar o evitarlas, puede reducir la reactividad emocional (Kabat-Zinn, 1990).

Las personas con trastorno límite de personalidad realizan conductas desadaptativas porque intentan evitar sus estados afectivos negativos. Por ello, la observación sostenida de sus pensamientos y emociones, es una forma de exposición que puede conducir al incremento de la tolerancia de los estados emocionales negativos y a la extinción de las respuestas de miedo y de las conductas evitativas (Linehan, 1993).

En pacientes depresivos, la exposición deliberada a los contenidos de la propia conciencia permite a las personas que han padecido depresión experimentar las emociones de forma más objetiva y menos reactiva. Atendiendo de forma consciente a los estados emocionales negativos se aprende que no hay por qué temerlas o evitarlas porque acaban pasando (Segal *et al.*, 2002). En general, el malestar emocional se experimenta como menos displacentero y amenazador en un contexto de aceptación porque cambia su significado subjetivo, lo cual puede conducir a mejorar la tolerancia a los afectos (Bishop *et al.*, 2004).

Cambios cognitivos

Varios autores han analizado los cambios cognitivos que se producen con la práctica de la conciencia plena. Para Bishop *et al.* (2004), su desarrollo se asocia con mejoras en la atención sostenida y en la capacidad para cambiar deliberadamente el foco de atención. La auto-regulación de la atención conduce a la inhibición del procesamiento secundario, por lo que no se elaboran los pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando aparecen. Puesto que la atención tiene una capacidad limitada, el hecho de no entretenerse elaborando secundariamente los pensamientos y sentimientos deja disponibles más recursos para procesar información relacionada con la experiencia actual accediendo a información que habitualmente no se atiende, lo cual da lugar a una perspectiva más amplia de la experiencia inmediata.

Según el análisis de Bishop *et al.* (2004), adoptar una actitud de curiosidad y aceptación durante las prácticas de conciencia plena puede eventualmente conducir a la reducción de estrategias cognitivas y conductuales para evitar aspectos de la experiencia. Asimismo, monitorizar el flujo de la conciencia a lo largo del tiempo puede conducir a incrementar la complejidad cognitiva porque puede incrementar la capacidad para relacionar los pensamientos, los sentimientos y las propias conductas, así como promover la apertura a las nuevas experiencias.

Para otros autores (Shapiro *et al.*, 2006) el meta-mecanismo que opera en la conciencia plena es la reperiencia (*reperiencing*), que consiste en el cambio de perspectiva que se produce cuando el “sujeto” se convierte en “objeto”. La conciencia plena puede ser entendida como el desarrollo de la objetividad respecto de la propia experiencia interna. La reperiencia facilita una mayor flexibilidad cognitiva, emocional y conductual que contrasta con los patrones rígidos de respuesta que se derivan de la identificación con la experiencia. La reperiencia no supone un distanciamiento o disociación de la propia experiencia. Por el contrario, permite una mayor claridad porque no parte de los apegos y al mismo tiempo facilita la profundización en la experiencia: “se experimenta lo que *es* en lugar de una historia o comentario acerca de lo que es” (Shapiro *et al.*, 2006).

La relación de la conciencia plena con la metacognición también ha sido motivo de controversia. Para Bishop *et al.* (2004), la conciencia plena puede ser considerada una habilidad metacognitiva, en tanto que implica desarrollar la atención para dejar de observar la experiencia a través del filtro de las propias creencias e intentar apreciarla como si cada vez fuera la primera (“mente de principiante”).

En cambio, Brown y Ryan (2004) consideran que la conciencia plena no puede reducirse a una habilidad metacognitiva. Para ellos, la conciencia y la cognición son modalidades de procesamiento diferentes. Como un proceso cognitivo, la metacognición opera dentro del ámbito del pensamiento para planificar, monitorizar y controlar las actividades cognitivas y para asegurar que se alcancen los objetivos cognitivos. Un ejemplo de estrategia metacognitiva es repetir un texto después de

haberlo leído para memorizarlo.

La conciencia plena difiere de los procesos metacognitivos en que su forma de operar es perceptual, operando sobre los pensamientos y también sobre la emoción y sobre los otros contenidos de la conciencia, más que dentro de ellos. Simplemente, “si la conciencia plena consiste en la observación del pensamiento, incluyendo los pensamientos acerca de los pensamientos, no puede ser pensamiento” (Brown y Ryan, 2004). Otro argumento para diferenciar la conciencia plena de las habilidades metacognitivas es que la primera implica, no sólo la observación de los pensamientos y sentimientos, sino también la aceptación de estos (Cardaciotto, 2005).

Autocontrol o auto-regulación

La relación de la conciencia plena con el autocontrol y la auto-regulación ha sido reiteradamente señalada. La conciencia de las sensaciones de dolor y de las respuestas de estrés, tal como aparecen, puede capacitar a los individuos para ejercer una variedad de respuestas de afrontamiento (Kabat-Zinn, 1990). La conciencia plena puede facilitar el autocuidado, puesto que mejora la atención a todos los acontecimientos cognitivos y emocionales tal como aparecen, incluyendo aquellos que pueden ser signos tempranos de potenciales recaídas depresivas (Segal *et al.*, 2002).

Las habilidades de auto-observación desarrolladas mediante el entrenamiento en conciencia plena pueden mejorar el reconocimiento de las señales de saciedad en los comedores compulsivos, así como las habilidades para observar el deseo de comer sin ceder a él (Kristeller y Hallett, 1999). La Teoría de la Autodeterminación (Ryan y Deci, 2000, citados en Brown y Ryan, 2003) sostiene que la conciencia facilita la elección de conductas consistentes con las propias necesidades, valores e intereses, al contrario que el procesamiento automático, que no los tiene en cuenta. Aunque el funcionamiento automático es útil en muchas actividades, no lo es cuando supone pasar por alto información relevante para los propios fines. Así, por ejemplo, atender las propias señales somáticas o los cambios del entorno puede ser muy importante para la regulación de la salud y de la conducta.

Los beneficios de la práctica de la conciencia plena en relación con la auto-regulación y el bienestar emocional han sido contrastados por Brown y Ryan (2003) en el contexto de sus investigaciones para la elaboración del MAAS. En una muestra de población no clínica, evaluaron la conciencia plena, los afectos placenteros y displacenteros y el nivel de autonomía entendida como la conducta aprobada por el *self*. Hallaron una relación positiva entre la conciencia plena y la actividad cotidiana autónoma y una relación negativa de la conciencia plena con los niveles de afecto displacentero. En cuanto al afecto placentero, hallaron una relación positiva con las medidas de la conciencia plena como estado, pero no con la disposición (rasgo) a la conciencia plena, lo cual en su opinión concuerda con las tradiciones espirituales, que enfatizan más la ecuanimidad y la paz mental que la felicidad. Brown y Ryan

(2003) realizaron también un estudio con pacientes de cáncer en el que hallaron que, a mayor nivel de conciencia plena, menor nivel de alteraciones del humor y de estrés.

La importancia de la retroalimentación que se consigue mediante la atención y la intención para el mantenimiento de la salud ha sido señalada también por Shapiro *et al.* (2006). Para estos autores, el mecanismo central de la conciencia plena, la *repercepción*, permite ir más allá de las emociones negativas y verlas simplemente como un estado que aparecen y después se pasan. El conocimiento de la impermanencia de los estados mentales permite un mayor grado de tolerancia hacia los estados internos displacenteros.

Aceptación

La aceptación se ha considerado indistintamente como un componente (Baer, 2003) y como un mecanismo de acción de la conciencia plena (Shapiro *et al.*, 2006). Esta ambivalencia del concepto se halla en la misma definición de la conciencia plena, que también puede ser vista como una práctica y como un mecanismo de cambio.

Al enumerar los componentes de la conciencia plena hemos intentado responder a la pregunta de qué hace una persona cuando actúa con conciencia plena. Una de las actitudes fundamentales que ha de adoptar es la aceptación. Esta actitud constituye también un mecanismo que favorece cambios a otros niveles. Para Hayes (2002b), con los procedimientos de aceptación, las personas aprenden que no han de temer sus reacciones privadas y que tienen a su disposición diversas alternativas de respuesta cuando aparezcan los contenidos psicológicos previamente evitados. De ésta forma, dejan de estar controlados por emociones o pensamientos automáticos y de actuar según los patrones reactivos habituales.

Integración de aspectos disociados del *self*

Según Safran y Muran (2005), la teoría psicoanalítica ha sustituido la teoría motivacional que enfatizaba el conflicto entre las necesidades biológicas y las restricciones sociales por una teoría de la emoción en la que juega un papel central el conflicto entre dos tipos de necesidades psico-biológicas: el de agencia y el de afiliación. Partiendo de esta teoría, los autores señalan que durante su desarrollo los seres humanos disocian aspectos de su experiencia que pueden amenazar su sentido de afiliación. Como consecuencia de esta disociación, dejan de ser conscientes de una parte de sus emociones, que siguen produciéndose a nivel orgánico e influyendo en sus conductas.

La integración en la conciencia de la experiencia orgánica es uno de los objetivos de la psicoterapia para Safran y Muran, que también la consideran un requisito para ejercer como terapeuta. Para estos autores, sólo puede conseguirse mediante el aprendizaje experiencial, la disciplina de mantener la atención en el momento presente y el ejercicio de la aceptación.

Clarificación de valores y espiritualidad

El procesamiento automático a menudo comporta actuar de forma no congruente con los propios valores (Brown y Ryan, 2003). La práctica de la conciencia plena ayuda a las personas a reconocer lo que realmente valoran en su vida y a actuar de forma congruente, en lugar de dejarse llevar sólo por los condicionantes externos (Shapiro *et al.* (2006).

La dimensión espiritual está presente en todos los enfoques psicoterapéuticos que incorporan el entrenamiento en conciencia plena. La Terapia Dialéctica Conductual, por ejemplo, incluye las siguientes estrategias para incrementar la tolerancia al malestar: practicar la oración, abrir el corazón a un ser supremo, a una sabiduría superior, a Dios, a nuestra propia mente sabia, pedir ayuda para superar el dolor del momento, etc. (Linehan, 1993).

La clarificación de valores tiene una importancia fundamental en la Terapia de Aceptación y Compromiso, en la que desempeñan una función en todos los procedimientos terapéuticos. Este enfoque incluye un conjunto de ejercicios específicos para ayudar a los pacientes a identificar sus valores en relación con la familia, el trabajo, la espiritualidad, etc. (Wilson y Murrell, 2004). No obstante, el creador de este enfoque, Hayes, ha advertido de lo siguiente:

Si las tecnologías extraídas de las tradiciones espirituales y religiosas han de ser incluidas en la psicología científica moderna, tienen que ser libremente interpretadas y transformadas teóricamente, sin limitaciones debidas a su pasado religioso y espiritual (Hayes, 2002a, p.58).

Algunos autores consideran que los investigadores y clínicos occidentales que han introducido la práctica de la meditación en los programas de salud mental las enseñan independientemente de sus orígenes culturales y religiosos (Baer, 2003; Teasdale *et al.*, 2003). Sin embargo, Kabat-Zinn ha criticado los intentos de reducir la conciencia plena a un “algoritmo clínico” y ha recordado que constituye el “corazón” de la meditación. El Budismo, que no postula la existencia de un Dios creador, utiliza el término “Dharma” para referirse al “conjunto de procesos que rigen la vida cósmica, las leyes del universo descubiertas o por descubrir” (Deshimaru, 1982). El siguiente párrafo refleja la postura de Kabat-Zinn al respecto:

Se puede pensar en el Dharma como un tipo de gramática universal generativa, como un conjunto innato de reglas empíricamente verificables que gobiernan y describen la generación de experiencias internas, en primera persona, de sufrimiento y felicidad de los seres humanos. En este sentido, el Dharma es en esencia universal, no exclusivamente Budista. (Kabat-Zinn, 2003, p. 145).

Para Kabat-Zinn, la contribución de las tradiciones Budistas ha sido desarrollar una forma de cultivar y refinar la capacidad de ser conscientes y aplicarla a todos los aspectos de la vida. El reto es encontrar una forma de integrar la conciencia plena en la práctica científica sin ignorar o menospreciar sus características más profundas.

La relación de la conciencia plena con la espiritualidad se ha constatado en una

investigación en la que se ha entrenado a personas que han sobrevivido a intentos de suicidio y a profesionales con experiencia en este tipo de casos por Birnbaum y Birnbaum (2004). La mayoría de ellas ha reportado que habían sentido una especie de presencia tangible o abstracta que identificaban con la propia sabiduría interior o como proveniente de una fuente externa.

Relajación

Este mecanismo ha sido propuesto por Baer (2003), quien reconoce que la relación entre la conciencia plena y la relajación es compleja, pero considera que está bien documentado que la meditación induce relajación. Algunos autores coinciden con esta opinión (Michalon, 2001; Robins, 2002). Sin embargo, otros sostienen que la meditación no produce relajación (Gillani y Smith, 2001). Estas opiniones contradictorias pueden deberse a que en el estudio de estos últimos autores se evaluó la respuesta de relajación después de sólo dos sesiones de meditación.

El resultado de la práctica a largo plazo suele ser un estado de mayor relajación física y mental, puesto que es útil para tratar el estrés. Sin embargo, la relajación no debe ser la meta del entrenamiento. De hecho, a veces los fenómenos mentales que aparecen durante la práctica pueden ser aversivos o conducir a emociones negativas. Por ello, no es apropiado recomendar el entrenamiento en conciencia plena a personas que, en lugar de la autoexploración, busquen relajarse para eliminar tensiones a corto plazo.

ENFOQUES TERAPÉUTICOS QUE INCORPORAN LA CONCIENCIA PLENA

En este apartado se describen brevemente los siguientes enfoques psicoterapéuticos que incorporan la conciencia plena: la Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena, la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena, la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Breve Relacional.

Por motivos de espacio, no se abordan otros enfoques que también incorporan la conciencia plena: el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (GAD) propuesto por Roemer y Orsillo (2002) o la prevención de recaídas en la drogadicción de Marlatt (1994), entre otros.

Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR)

Es el enfoque pionero en la integración de técnicas de meditación en la medicina y psicología occidentales. Fue desarrollado en 1982 por Jon Kabat-Zinn. Este autor es miembro del consejo de dirección del *Mind & Life Institute* de Washington, que tiene como objetivo investigar las aplicaciones clínicas de la meditación. Procedía de la biología molecular cuando, después de practicar durante varios años ejercicios de Yoga y meditación zen, fundó en 1979 la Clínica de

Reducción de Estrés dentro de la División de Medicina Preventiva y Conductual de la Universidad de Massachussets.

El actual Centro para la Conciencia Plena en Medicina, Cuidado de la Salud y de la Sociedad (CFM) es la continuación de aquella clínica. Los médicos que tratan patologías susceptibles de generar estrés (soriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto, etc.) remiten los pacientes al programa MBSR, que se considera un complemento del tratamiento médico. En el centro se realizan también actividades para la integración de las prácticas de meditación de la conciencia plena en la medicina, la psicología y otras áreas sociales que incluyen la educación, el liderazgo corporativo, etc.

Miles de personas han completado el programa MBSR en el CFM y el programa es tan popular que, desde hace unos 20 años, se imparte en más de 200 hospitales y clínicas de los EE.UU., habiéndose desarrollado adaptaciones para pacientes hospitalizados. El CFM ofrece también un extenso programa de formación de post-grado que habilita a los médicos y psicólogos a entrenar a sus pacientes en las técnicas del MBSR.

De acuerdo con las enseñanzas del Budismo, en el MBSR se considera que el sufrimiento humano es ubicuo y es consecuencia de los apegos (deseos y aversiones) que impiden aceptar la impermanencia y crean la ilusión de que se posee una identidad estática y separada del entorno. Mientras la mente persigue la consecución de sus metas se sitúa fuera del momento presente y la persona actúa con una especie de piloto automático identificándose con sus pensamientos y sentimientos.

Para poder afrontar el sufrimiento y el estrés, el MBSR propone adoptar unas actitudes concretas durante la práctica de los ejercicios integrados en el programa. Todas ellas provienen del Zen y son las siguientes: no juzgar, tener paciencia, adoptar una “mente de principiante”, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básicas, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar pasar (no apearse). La duración del programa es de ocho semanas. Los participantes cumplimentan autorregistros y practican los ejercicios individualmente en sus casas con la ayuda de cintas y vídeos. Se realiza además una reunión semanal de 2 horas y media para la práctica grupal.

Los componentes del programa son cinco: la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando, la revisión atenta del cuerpo (*Body Scan*) y un conjunto de estiramientos suaves procedentes del Hatha Yoga. Kabat-Zinn adoptó la meditación estática del zen, que se practica normalmente sentado en una silla o en el suelo, con la cabeza, el cuello y la espalda alineados verticalmente. La postura tiene que ser relajada pero se ha de mantener una actitud de alerta. La instrucción básica al principio del programa es observar la respiración y cuando involuntariamente se dirige la atención hacia otro objeto, simplemente volver a la respiración. A medida que se avanza, se pasa a observar el cuerpo, los sonidos, los pensamientos y sentimientos, etc. Se trata de invertir la tendencia natural a “hacer”

y permitirse simplemente “ser”.

La atención en la vida cotidiana proviene también del Zen y consiste en poner toda la atención en el momento presente, en cualquier lugar y haciendo cualquier cosa: poner la mesa, comer, lavar los platos, hacer la colada, limpiar la casa, etc. Se entiende que, al poner toda la atención en la experiencia inmediata, ésta se convierte en más vívida, más brillante y más real. El objetivo es convertir la calma, el equilibrio y la visión clara en parte de la vida cotidiana. Esta práctica incrementa la habilidad para encontrarse con la totalidad de la vida prestando atención al *aquí* y *ahora*. Si se pierde el presente porque la mente está en otro lugar cualquiera, de alguna manera se acorta la propia vida.

El último ejercicio proveniente del Zen es la meditación caminando. Consiste en prestar atención a la experiencia de caminar. Se puede avanzar en círculos o en línea recta girando sobre los propios pasos. Se camina lentamente sin ningún propósito aprovechando cualquier ocasión en la que se deba caminar, siempre que sea posible adoptar una actitud consciente. Se observan las sensaciones de los pies, de las piernas o de todo el cuerpo. Se puede integrar también la atención en la respiración. Lo importante es “estar” en cada paso.

La revisión atenta del cuerpo (Body Scan) se plantea como otra forma de meditación que tiene como objetivo restablecer el contacto con el propio cuerpo. Su práctica desarrolla la capacidad de concentrar la atención, pero también la flexibilidad para enfocarla. La persona ha de concentrarse secuencialmente en diversas partes del cuerpo mientras permanece echada con los ojos cerrados. Empieza por los dedos de los pies y acaba en la parte superior de la cabeza. Se trata de observar cuidadosamente las sensaciones, de “sintonizar” con cada zona. No hay sensaciones buenas ni malas. Simplemente hay que observar la propia experiencia en cada momento, incluyendo, no sólo las sensaciones, sino también los pensamientos y sentimientos que emergen, aceptándolos y siguiendo adelante.

En el MBSR “Yoga *es* Meditación” (Kabat-Zinn, 1990). El Hatha Yoga consciente se considera la tercera técnica formal de meditación del MBSR, junto con la meditación estática y la revisión atenta del cuerpo. Kabat-Zinn incorporó este ejercicio al MBSR porque adoptó la máxima de los fisioterapeutas “si no lo usas, lo pierdes”, que alude al estado cambiante del cuerpo en función de las demandas a las que tiene que atender. El desuso de determinados grupos musculares conduce a su atrofia. La técnica incluye diversas posturas sencillas, al alcance de todo el mundo, con objeto de obtener mayor conciencia de las sensaciones corporales. En ningún caso se trata de forzar los límites del propio cuerpo. Se instruye a los pacientes para que avancen lentamente en los estiramientos respirando justo en el límite de sus posibilidades, pero sin enfatizar la idea de “progreso”. Cuando se consigue realizar los estiramientos “siendo” más que “haciendo”, es cuando el ejercicio se transforma en meditación. Es entonces cuando la persona puede disfrutar de la actividad física.

Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT)

Las técnicas y las actitudes del MBSR han sido incorporadas también al MBCT, que ha sido desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) para prevenir las recaídas en la depresión crónica. En el modelo teórico propuesto por estos autores, las recaídas se deben a la reactivación de los patrones de pensamiento negativos cuando surgen estados de ánimo disfóricos. Además de las técnicas provenientes del MBSR, el MBCT incluye técnicas cognitivo-conductuales (colocarse “detrás de la cascada” de los pensamientos, escribirlos, ponerles una etiqueta, no huir de los pensamientos negativos, etc.). A diferencia de las terapias cognitivas clásicas que se centraban en cambiar el *contenido* de los pensamientos de los clientes, los creadores del MBCT enfatizan la importancia de la *relación* de los pacientes con sus pensamientos. La recomendación fundamental es que dejen de considerarlos como necesariamente verdaderos. Han denominado a esta actitud “descentramiento”.

Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

Fue desarrollada por Linehan (1993) y, en opinión de esta autora, lo que distingue a la DBT de las terapias cognitivo-conductuales clásicas es que busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio. Por ello, el objetivo central de la DBT es que los clientes se acepten a sí mismos tal como son, mientras se trabaja en cambiar sus conductas y entornos de acuerdo con sus objetivos.

Partiendo de la descripción del Trastorno Límite de Personalidad que aparece en el DSM-IV, Linehan formula una teoría biopsicosocial que alude a una cadena de factores que se inicia en un ambiente invalidante que incapacita al sujeto para regular sus emociones, desarrollar su identidad y relacionarse con los demás. Basándose en esta teoría, en la DBT se entrenan los cuatro tipos de habilidades siguientes: interpersonales, de regulación de emociones, de tolerancia al malestar y de conciencia plena. Ésta última, junto con la validación, el análisis de objetivos y la dialéctica entre aceptación y cambio, constituye uno de los mecanismos de acción del tratamiento (Lynch *et al.*, 2006).

Es de destacar que, en la DBT, la meditación se enseña a los pacientes dentro del módulo de entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar. Los ejercicios de conciencia de este módulo son adaptaciones de propuestas de Hanh (1976): conciencia de las posiciones del cuerpo mientras se camina con o sin un propósito, conciencia mientras se prepara un té o un café, haciendo cada movimiento despacio, conciencia mientras se realiza cualquier actividad como lavar los platos, lavar la ropa, limpiar la casa, ducharse o bañarse y conciencia durante la meditación.

A diferencia del MBSR, la DBT no prescribe ni la frecuencia ni la duración de la práctica meditativa porque se acepta que algunas personas no pueden o no quieren meditar de forma intensiva. Otro ejercicio propuesto por la DBT es la conciencia de la conexión con el universo, que consiste en concentrar la atención en aquella parte

del cuerpo que está en contacto con un objeto (el suelo, el aire, una silla, las sábanas, la ropa, etc.), pensando con amabilidad en ese objeto hasta que aparezca una sensación de estar en conexión, ser amado o querido.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Ha sido desarrollada por Steven C. Hayes y colaboradores (Hayes *et al.*, 1999). La ACT es un enfoque conductual que se apoya en el funcionalismo contextual y que comparte raíces filosóficas con el constructivismo y el constructivismo social (Hayes *et al.*, 2006). Postula un criterio de verdad basado en la utilidad y considera la psicopatología como una consecuencia de los procesos relacionados con el lenguaje. Según la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT), en la que se basa la ACT, la conducta verbal de los seres humanos está determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de forma arbitraria y de transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros. De acuerdo con la RFT, es imprescindible tener en cuenta los procesos cognitivos para entender la conducta.

El acrónimo “FEAR” se utiliza para expresar los cuatro conceptos clave de la ACT: fusión, evaluación, evitación y razonamiento. La fusión cognitiva se refiere a la tendencia a que el conocimiento verbal domine otras fuentes de regulación conductual. Muy frecuentemente los símbolos verbales asumen las funciones de los eventos con los que se relacionan y las personas parecen vivir exclusivamente en sus mentes, siendo insensibles a los sucesos que experimentan. A partir de la fusión cognitiva, la conducta humana es más guiada por redes verbales inflexibles que por el contacto con las contingencias ambientales. Esta rigidez afecta, no sólo a la conceptualización del pasado o del futuro, sino también a las ideas que las personas tienen acerca de sí mismas, su *self*.

La evaluación implica comparar los eventos verbales y sus presuntas consecuencias para determinar si son deseables o producen temor. La combinación de la fusión cognitiva y la evaluación da lugar a la evitación experiencial que se manifiesta con estrategias de afrontamiento como la negación, la represión o la supresión. El razonamiento tiene aquí una connotación negativa asociada a la rumiación, al intento de crear explicaciones literales para las conductas problemáticas, de forma que se les otorga un sentido pero no se resuelven. Estas estrategias afectan a la salud porque, en lugar de aliviar el malestar, lo acrecientan. Además, la búsqueda del placer y la evitación del sufrimiento dificultan el reconocimiento de los propios valores y la realización de conductas acordes con estos.

La ACT se plantea los siguientes objetivos terapéuticos: reducir la tendencia a la evitación experiencial y a fusionar los símbolos verbales con los eventos, enseñar que la aceptación es la respuesta a los eventos privados que no es posible cambiar, ayudar al cliente a mantenerse en contacto con sus eventos internos y ambientales, con el sentido trascendental del *self* y a clarificar sus valores vitales, así como a actuar de acuerdo con ellos. Estos objetivos se consiguen mediante varias

técnicas. En general, se trata de cambiar la función de los eventos privados más que su contenido.

La ACT descansa en formas de interacción verbal no analíticas que incluyen la metáfora, la paradoja y ejercicios experienciales. La evitación experiencial se aborda mediante el examen detallado de la inutilidad para el cliente de esta estrategia en el pasado. Para trabajar la fusión cognitiva, se utilizan ejercicios que el creador del enfoque considera “de meditación” y de conciencia plena: “el uso de un lenguaje paradójico y orientado al proceso en terapia, la creación de contextos en los que el significado literal de los eventos disminuye y la utilización de convenciones del lenguaje que reducen el grado en que la conducta privada verbal se asume literalmente” (Hayes *et al.*, 2002, p. 111).

La aceptación se promueve mediante procedimientos y ejercicios que permiten al cliente exponerse a sus eventos internos mientras permanece en contacto con su sentido trascendental del *self*. En la ACT se consideran tres tipos de *self*: 1) el *self* conceptualizado compuesto por las ideas habitualmente rígidas que cada persona tiene de sí misma; 2) el *self* cambiante en función del contexto, que implica el contacto con los pensamientos y sentimientos y con los efectos de las propias acciones; 3) el *self* trascendental, que se refiere a la continuidad esencial de la experiencia de ser el sujeto consciente.

En el contexto de la terapia, se recurre a menudo a la estrategia de recordar al cliente que, independientemente de lo que le haya sucedido o pueda suceder, siempre ha preservado y preservará su sentido de identidad, aunque cambien las cualidades que dependen de la situación. Más que una creencia, se intenta conseguir que el cliente constate esa continuidad proponiéndole que se esfuerce en revivir algo que ocurrió hace tiempo, que experimente cómo se sintió en ese momento y que sea consciente de que su identidad no ha cambiado. Se considera que la estabilidad y constancia que proporciona este abordaje ayuda al cliente a afrontar el dolor psicológico.

El compromiso conductual con los valores del cliente se aborda definiendo los objetivos y los pasos intermedios para conseguirlos, avanzando paso a paso y siempre sin intentar cambiar sus eventos privados internos. El acrónimo “ACT” se refiere a las tres acciones a realizar por el cliente: aceptar, escoger y actuar (*take action*).

La ACT recomienda a los terapeutas que actúen en las sesiones de la misma forma en que piden a los clientes que lo hagan: notando que sus pensamientos y sentimientos son sólo pensamientos y sentimientos y haciendo lo que convenga clínicamente, lo cual puede incluir compartir sus sentimientos con el cliente. Los terapeutas pueden utilizar las técnicas de la ACT para resolver sus propios problemas.

El paralelismo entre los principios psicológicos del Budismo y la ACT han sido señalados por el propio Hayes (2002a), quien considera que la RFT puede proveer una base científica para algunos principios budistas como la ubicuidad del

sufrimiento y su relación con los apegos, así como la importancia de la aceptación y la conciencia. Sin embargo, tal como se ha indicado, este autor subraya que no es recomendable importar las prácticas budistas en las terapias cognitivo-conductuales sino que deben ser reinterpretadas en términos científicos (Hayes, 2002b).

Es por ello que en lugar de la meditación, la ACT incluye otros ejercicios, un ejemplo de los cuales es el que anima al cliente a imaginarse una marcha de pequeños soldados que llevan pancartas con las palabras o las imágenes de los pensamientos y en permanecer el máximo tiempo posible como observador, sin unirse al “desfile”.

Terapia Breve Relacional (BRT)

Es un enfoque psicodinámico que incorpora el entrenamiento en conciencia plena para los pacientes y los terapeutas. Ha sido desarrollado por Safran y Muran (2005). A diferencia de los anteriores, no es un enfoque multicomponente, sino una forma particular de abordar las sesiones de psicoterapia.

Se basa en el constructivismo dialéctico, que es una postura intermedia entre el constructivismo radical y el realismo ingenuo, y en la perspectiva hermenéutica de Gadamer (1960, citado en Safran y Muran, 2005) según la cual la realidad es, tanto construida, como descubierta. La percepción de la realidad está siempre limitada por las propias preconcepciones y prejuicios. La teoría relacional de la que parten estos autores sostiene que el terapeuta y el paciente participan continuamente en una configuración relacional que no pueden ver y cuestiona el punto de vista tradicional de que el terapeuta tiene una comprensión privilegiada de la realidad. El proceso que facilita la comprensión y desenredo de esta configuración es el mecanismo central del cambio en psicoterapia.

Siguiendo a Bowlby, Safran (1998, citado en Safran y Muran, 2005) ha desarrollado el modelo de los esquemas relacionales o interpersonales. Un esquema relacional es una representación de las relaciones *self*-otros. Se adquiere a partir de la relación con las figuras de vínculo y permite al individuo predecir las interacciones de un modo que aumente la probabilidad de mantener la afiliación. Los esquemas se mantienen a lo largo del tiempo por varios motivos. Uno de ellos es que las personas actúan de acuerdo con una auto-definición rígida con objeto de mantener la afiliación con los otros. Otro motivo es que las personas también actúan de un modo característico para prevenir los fracasos que anticipan o elicitan en los otros.

La salud psicológica es, para Safran y Muran, sinónimo de la capacidad de *prescindir* de una auto-imagen rígida y simplemente *ser*, sin luchar por ser algo en particular. Sin embargo, para que las personas cambien su modo habitual de comportarse, no basta con que comprendan conceptualmente este principio. El concepto tradicional de *insight*, entendido como la reflexión retrospectiva, no es suficiente, sino que se requieren nuevas experiencias que cuestionen los esquemas relacionales. La relación terapéutica puede cumplir esa función.

La importancia de la alianza terapéutica en el proceso de la psicoterapia ha sido confirmada por diversos hallazgos empíricos y, según Safran y Muran, es el mejor predictor del éxito del tratamiento. El proceso terapéutico requiere una negociación continua entre el paciente y el terapeuta sobre las tareas y objetivos de la terapia. Safran y Muran señalan el rol adaptativo de las emociones. La causa por la que las personas disocian algunas de ellas es que las experimentan como amenazantes para la afiliación. La consecuencia de la disociación emocional es que pierden información importante acerca de sí mismas. Además, puesto que la emoción también se expresa hacia el exterior, la disociación implica que tanto la emisión como la recepción de la información emocional se producen parcialmente fuera de la conciencia.

El objetivo de la psicoterapia es enseñar a los pacientes a integrar en la conciencia el nivel de experiencia orgánicamente percibida. Este objetivo sólo puede conseguirse a través del aprendizaje experiencial y requiere para su generalización mantener la atención en el presente. La conciencia plena puede ayudar también a desautomatizar el funcionamiento cognitivo para dejar de adherirse a los propios pensamientos y sentimientos. La conciencia plena puede practicarse mediante la meditación y ejercitando la atención en la vida cotidiana.

La BRT considera que el desarrollo de la conciencia plena de los pacientes es básico para la consecución del objetivo de la psicoterapia: “El énfasis en la BRT reside en desarrollar una capacidad generalizable de conciencia plena en vez del logro de *insight* y del dominio de un tema nuclear particular” (Safran y Muran, 2005, p. 242).

Respecto a los terapeutas, Safran y Muran señalan que las habilidades terapéuticas están vinculadas a su crecimiento personal y al desarrollo de la conciencia sobre ellos mismos. Por ello, consideran que el entrenamiento en conciencia plena es una de las precondiciones para el aprendizaje de la psicoterapia. La capacidad del terapeuta para armonizar con la experiencia emocional inarticulada del paciente desempeña un papel crucial en el desarrollo inicial de la alianza terapéutica. La tolerancia del terapeuta a sus propias emociones durante las rupturas de la alianza también es básica para su resolución y proporciona un modelo diferente para los pacientes. La atención a los propios procesos internos permite al terapeuta utilizarlos como fuente de información adicional acerca de la interacción con el paciente. Se trata de aprender a ser conscientes y a prescindir de las preconcepciones según vayan surgiendo para cultivar una “mente de principiante”.

La BRT no tiene un formato fijo ni una duración predeterminada sino que se define por una forma particular de abordar las sesiones individuales de psicoterapia y por el uso de estrategias de resolución de las rupturas de la alianza terapéutica. La recomendación fundamental de la BRT es atender de forma intensiva el aquí y ahora de la relación terapéutica, examinando continuamente las contribuciones del paciente y del terapeuta a la interacción. La metacomunicación es la herramienta que permite al terapeuta enfocar la atención hacia la interacción que se está

produciendo en cada momento y expresarle al paciente los aspectos implícitos de ésta. Se puede considerar una forma de conciencia en acción y sirve para explorar la experiencia profunda del paciente durante las sesiones.

Inevitablemente, en el transcurso del tratamiento, se producen rupturas de la alianza terapéutica que deben ser bienvenidas porque proporcionan la oportunidad de comprender los principios relacionales del paciente. La BRT proporciona estrategias específicas que pueden ser adoptadas en cada tipo de de ruptura y modelos de estadio-proceso para su resolución. Entre las estrategias recomendadas por la BRT para la resolución de las rupturas de la alianza se encuentran la justificación terapéutica, el reencuadre o la modificación de las tareas y objetivos, el micro-procesamiento o atención consciente propuesto por Linehan (1993), el examen de temas relacionales nucleares del paciente, la clarificación de los malentendidos, prestar atención a las transiciones de los estados del *self* en el sistema paciente-terapeuta y la forma en que se articulan, etc.

APLICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE LA COCIENCIA PLENA: EVIDENCIA EMPÍRICA

Con objeto de verificar su eficacia, se han llevado a cabo algunos meta-análisis de los estudios que han aplicado los enfoques descritos en el apartado anterior. El primero de ellos se ha centrado en los estudios publicados hasta el año 2001 sobre el MBSR y el MBCT y ha hallado un tamaño del efecto medio de 0,59, que puede ser considerado medio-alto (Baer, 2003). Otro meta-análisis sobre el MBSR ha obtenido un tamaño del efecto similar, 0,54, en las medidas de salud mental (Grossman *et al.*, 2004). En cuanto a la ACT, una revisión realizada por Hayes *et al.* (2006) atribuye un tamaño del efecto medio de 0,48 a los estudios que la comparan con otras intervenciones estructuradas (terapia cognitiva, desensibilización sistemática, etc.) y 0,66 a los estudios que la comparan con la lista de espera, el placebo o el tratamiento habitual.

El inconveniente de las revisiones anteriores es que mezclan diferentes poblaciones y variables dependientes, por lo que estos resultados no pueden extrapolarse a todos los problemas tratados. El análisis más detallado por patologías de los estudios publicados en el periodo 2000-2006 muestra que, en la mayoría de patologías, si bien los resultados son positivos y esperanzadores, se requieren más investigaciones que confirmen los hallazgos obtenidos respecto al MBSR, MBCT y DBT (Pérez Vega, 2006).

En general, los hallazgos empíricos sobre la conciencia plena reportados por los autores deben ser interpretados con cautela ya que en muchos casos corresponden a estudios preliminares con algunas deficiencias metodológicas como el tamaño reducido de la muestra, las evaluaciones pre-post o la asignación no aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento y de control. El entrenamiento en conciencia plena depende de la disposición de los pacientes a practicar los

ejercicios, lo cual dificulta la asignación aleatoria e implica que es imposible realizar estudios “doble ciego”. Además, la mayoría de estudios no realizan evaluaciones objetivas, sino que utilizan tests autoinformados. Son escasas las investigaciones en las que la evaluación ha sido realizada por profesionales que desconocían el grupo al que estaba asignado el paciente.

A pesar de los inconvenientes mencionados y de que, tal como señala Kabat-Zinn (2003), la investigación sobre la conciencia plena está todavía en su infancia, vale la pena revisar las aplicaciones clínicas realizadas hasta ahora, por lo que a continuación se describen brevemente, aunque limitadas a los enfoques presentados. Algunos estudios han evaluado también variables fisiológicas pero la exposición que sigue se centra en las variables psicológicas y en los estudios cuantitativos que incluyen una intervención terapéutica.

Depresión y ansiedad

Diversas investigaciones se han centrado en la eficacia de los enfoques revisados en este artículo para tratar pacientes ansiosos y/o deprimidos. En la primera de ellas, en la que se aplicó el programa MBSR, pacientes con ansiedad y ataques de pánico presentaron una reducción de sus puntuaciones de ansiedad, depresión y gravedad de los ataques (Kabat-Zinn *et al.*, 1992). Un seguimiento de los pacientes del estudio anterior comprobó que las mejoras se mantenían al cabo de tres años (Miller *et al.*, 1995). Este programa también ha resultado eficaz para reducir las rumiaciones en pacientes con depresión y ansiedad (Ramel *et al.*, 2004), así como para disminuir el malestar psicológico, incrementar el grado subjetivo en que los pacientes consideran haber alcanzado los objetivos terapéuticos y para acelerar la finalización del tratamiento (Weiss *et al.*, 2005).

El MBCT ha demostrado su eficacia diferencial respecto al tratamiento habitual en un estudio en el que han participado pacientes con depresión crónica, aunque sólo en el subgrupo que había padecido más de dos recaídas previas. En el periodo del estudio (60 semanas) la tasa de recaídas de estos pacientes fue significativamente menor que la del grupo de control (Teasdale *et al.*, 2000). Este hallazgo ha sido replicado por otro estudio en el que se ha hallado una tasa de recaídas aún más favorable para el MBCT (Ma y Teasdale, 2004). La depresión se ha relacionado con sobregeneralización de los recuerdos, por lo que se ha verificado que el entrenamiento en MBCT es eficaz para reducir esta tendencia en pacientes deprimidos (Williams, Teasdale *et al.*, 2000).

Un grupo de ancianos con depresión que ha sido tratado con la DBT además del tratamiento farmacológico ha obtenido, en comparación con el grupo de control, mayores reducciones en sus puntuaciones autoinformadas de depresión en el post-tratamiento, así como un porcentaje mayor de remisiones en el post-tratamiento y en el seguimiento a los seis meses (Lynch *et al.*, 2003). Un estudio similar con otro grupo de ancianos con trastorno de personalidad y depresión crónica tratados con

medicación más DBT ha hallado una tasa mayor de remisión que el grupo de control tratado sólo con medicación, tanto en el post-tratamiento, como en el seguimiento al cabo de seis meses. En el mismo estudio se ha observado que el grupo tratado con DBT ha obtenido mejores puntuaciones de sensibilidad y no agresión interpersonal (Lynch *et al.*, 2007).

Pacientes con fobia social han sido tratados según un protocolo de diez sesiones basado en la ACT y han experimentado mejoras en sus síntomas (Ossman *et al.*, 2006). La ansiedad por las matemáticas ha sido abordada también con la ACT, habiéndose hallado que es igual de efectiva que la desensibilización sistemática, aunque esta última ha producido una reducción mayor de la ansiedad rasgo (Zettle, 2003).

La ansiedad y la depresión se han relacionado con trastornos como la dermatotilomanía y la tricotilomanía. Una versión limitada de la ACT ha resultado eficaz para eliminar temporalmente la dermatotilomanía en un grupo reducido de pacientes. Aunque los resultados no se han mantenido a largo plazo, después del tratamiento se han observado reducciones en las medidas de ansiedad, depresión y evitación experiencial (Towhig *et al.*, 2005). En pacientes con tricotilomanía, la ACT combinada con entrenamiento en cambio de hábitos ha reducido significativamente la severidad del trastorno, la evitación experiencial y los síntomas de ansiedad y depresión (Towhig y Woods, 2004; Woods, 2005).

Trastornos de personalidad

Los trastornos que han sido tratados mediante los enfoques que hemos revisado son el trastorno límite de personalidad y el trastorno obsesivo compulsivo. El primero ha sido abordado casi exclusivamente por la DBT, habiéndose realizado diversas investigaciones sobre su eficacia. Los estudios realizados por Linehan y colaboradores han mostrado que la DBT es superior que el tratamiento habitual para este tipo de pacientes en variables como la frecuencia y el riesgo médico de la conducta parasuicida, el número de días de hospitalización, la utilización de servicios de emergencia, la ira, el funcionamiento psicológico y el ajuste social (Linehan *et al.*, 1991, 1993, 1994, 2006)

Otra comparación de la DBT con el tratamiento habitual ha hallado que ésta era más eficaz para reducir la frecuencia y la gravedad de los actos violentos de un grupo de pacientes adultos internos con trastorno límite de personalidad y para rebajar sus puntuaciones de ira y hostilidad física y verbal (Evershed *et al.*, 2003). Así mismo, se han obtenido mayores reducciones en las medidas de ideación suicida, desesperanza, depresión e ira expresada (Koons *et al.*, 2001), en las conductas impulsivas y parasuicidas (Van den Bosch *et al.*, 2005), en la adherencia al tratamiento y en la frecuencia de las conductas automutiladoras (Verheul *et al.*, 2003).

La DBT ha resultado más eficaz que la Terapia Centrada en el Cliente para reducir las conductas parasuicidas e impulsivas, así como las medidas de ideación suicida, ira, inestabilidad emocional, depresión y ansiedad en pacientes con

trastorno límite de personalidad (Turner, 2000).

Las pacientes (mujeres) ingresadas con trastorno límite de personalidad, después de ser tratadas con la DBT, han obtenido una reducción en sus puntuaciones de experiencias disociativas, depresión, ansiedad, estrés global y actos parasuicidas (Bohus *et al.*, 2000). Los pacientes ingresados que, además de este trastorno, padecen una enfermedad mental severa y han sido tratados con una versión intensiva de la DBT se han beneficiado de una disminución de la ideación suicida, de las conductas que interfieren con la calidad de vida y de sus síntomas generales y psiquiátricos (Ben-Porath *et al.*, 2004). Otra versión intensiva de la DBT ha conseguido una reducción en las puntuaciones de depresión y desesperanza, así como una mejora en la adaptación de pacientes ambulatorios diagnosticados de trastorno límite de personalidad y en crisis (McQuillan *et al.*, 2005).

La DBT se ha mostrado útil para reducir las conductas problemáticas y las respuestas punitivas del personal de vigilancia en un grupo de delincuentes (mujeres) encarceladas (Trupin *et al.*, 2002). Un grupo de adolescentes con trastorno límite de personalidad tratado con DBT ha mostrado un número menor de hospitalizaciones psiquiátricas y mayor adherencia al tratamiento que el grupo de control tratado de la forma habitual (Rathus y Miller, 2002). Una versión de la DBT adaptada a adolescentes desafiantes ha resultado eficaz para reducir sus conductas negativas e incrementar las positivas, todas ellas reportadas por los cuidadores. Estos jóvenes han reportado también una reducción significativa de sus síntomas generales internos y externos y de la depresión (Nelson-Gray *et al.*, 2006).

El número de incidentes provocados por adolescentes suicidas internados ha sido menor para los tratados con DBT que para el grupo de control con el tratamiento habitual, al tiempo que mostraban mayor adherencia a las recomendaciones psicosociales, aunque al cabo de un año ambos grupos han mostrado reducciones significativas en la conducta parasuicida, los síntomas depresivos y la ideación suicida (Katz *et al.*, 2004).

En cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, se ha aplicado una intervención de ocho sesiones de ACT y se ha hallado una reducción de las compulsiones al final del tratamiento y en el seguimiento al cabo de tres meses. Se han hallado también cambios positivos en la ansiedad y en la depresión, así como en la evitación experiencial, en la credibilidad de las obsesiones y en la necesidad de responder a ellas (Twohig *et al.*, 2006).

Trastornos alimentarios

Estos trastornos han sido tratados con el MBSR y con DBT. El MBSR se ha aplicado en pacientes comedores compulsivos que han obtenido una reducción de la frecuencia de los atracones y de su severidad, así como puntuaciones más bajas en ansiedad y depresión que correlacionaban negativamente con el tiempo dedicado a meditar (Kristeller y Hallet, 1999).

En cuanto a la DBT, un grupo de pacientes (mujeres) con bulimia ha experimentado una mayor reducción de sus atracones y de sus conductas purgativas que las del grupo en lista de espera (Safer *et al.*, 2001). Resultados similares se han hallado en otro grupo que ha obtenido mayores reducciones que el de lista en espera en los días con atracón, los episodios con atracón, la preocupación por el peso, la figura y la comida, la ira, la ansiedad, la depresión y los afectos negativos (Telch *et al.*, 2001).

Psicosis

Algunos autores han advertido que la meditación no es aconsejable para pacientes con psicosis (Michalon, 2001; Murgatroyd, 2001). En nuestra búsqueda bibliográfica no hemos hallado estudios empíricos que apliquen ninguno de los enfoques que incluyen la meditación a este tipo de pacientes. En cambio, la ACT, añadida al tratamiento habitual, sí ha resultado útil para animarlos a reportar sus síntomas y para reducir la credibilidad que conceden a los mismos, así como para disminuir la ratio de rehospitalización (Bach y Hayes, 2002). También se ha hallado que la ACT da lugar a una mejora de los síntomas, del aislamiento social y de la angustia asociada a las alucinaciones (Gaudiano y Herbert, 2006).

Abuso de sustancias

Tres de los enfoques revisados se han aplicado en las adicciones: el MBSR, la DBT y la ACT. Las pacientes de una comunidad terapéutica para el abuso de sustancias, tras participar en el programa MBSR, han mostrado una reducción en sus medidas de estrés percibido (Marcus *et al.*, 2003). Un estudio piloto ha evaluado la eficacia del programa para conseguir la abstinencia de fumadores y ha hallado que seis semanas después del tratamiento el 56% de los participantes llevaba al menos siete días sin fumar. En el mismo estudio, el tiempo de práctica de la meditación se ha asociado positivamente con la abstinencia de fumar, con el estrés y con el malestar afectivo (Davis *et al.*, 2007).

Los hallazgos acerca de la utilidad de la DBT para pacientes (mujeres) con trastorno límite de personalidad y abuso de sustancias son contradictorios. Un estudio con pacientes adictas a diversas sustancias ha mostrado que es más efectiva que el tratamiento habitual para aumentar la proporción de días de abstinencia evaluada por un entrevistador ciego y confirmada mediante análisis de orina (Linehan *et al.*, 1999). Sin embargo, otros estudios con el mismo tipo de pacientes no han detectado diferencias significativas con el tratamiento habitual en cuanto al abuso de drogas diferentes del alcohol (Van den Bosch *et al.*, 2002, 2005). Sí que se han hallado diferencias en cuanto al abuso del alcohol (Van den Bosch *et al.*, 2005).

Un estudio ha comparado la eficacia de la DBT y de una terapia de validación más un programa en doce pasos (estilo Alcohólicos Anónimos) para pacientes con trastorno límite de personalidad y adicción a la heroína y ha hallado que ambas reducen el consumo pero sólo se mantiene en los pacientes tratados con la DBT que

completan el tratamiento (Linehan *et al.*, 2002).

La eficacia de la ACT se ha analizado, tanto para tratar pacientes adictos a sustancias, como para mejorar las actitudes de los terapeutas. En pacientes, añadir la ACT al tratamiento con metadona ha sido útil para reducir el consumo subjetivo y objetivo de drogas en pacientes adictos, así como para reducir el malestar psicológico (Hayes, Wilson *et al.*, 2004). Se ha comparado la efectividad de la ACT con el tratamiento farmacológico para dejar de fumar y, aunque no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos en el post-tratamiento, la ACT se ha mostrado más eficaz en el seguimiento al cabo de un año (Gifford *et al.*, 2004).

En cuanto a los terapeutas, se ha observado que la ACT es más útil que otras intervenciones (un programa de educación orientado biológicamente y otro de entrenamiento multicultural) para reducir el *burnout* y las actitudes estigmatizadoras en terapeutas que tratan pacientes adictos a drogas (Hayes, Bisset *et al.*, 2004).

Psicoterapia en general

El MBSR se ha aplicado como adjunto en la psicoterapia de pacientes con varios años de tratamiento previo y ha producido reducciones significativas en sus niveles de ansiedad y depresión autoinformadas y evaluadas por los terapeutas, quienes también han reportado mejoras en el desarrollo del *insight* (Kutz, 1985).

Se ha comparado la efectividad de la ACT con la Terapia Cognitivo-Conductual clásica (CCT) y se ha hallado que los clientes tratados con la CCT mejoran su auto-confianza más rápidamente que los tratados con la ACT. En cambio, los clientes tratados con la ACT mejoran sus puntuaciones de aceptación. Ambos procesos se han mostrado relacionados con los resultados del tratamiento pero, controlando la auto-confianza, la aceptación mantiene su predictividad, lo que no ocurre en sentido contrario. Además los terapeutas con poca experiencia en ambos modelos han obtenido mejores resultados con la ACT (Lappalainen *et al.*, 2007).

Los creadores de la BRT han realizado diversas investigaciones empíricas preliminares para explorar las rupturas de la alianza terapéutica (Safran y Muran, 1996; Muran, 2002), los esquemas interpersonales (Muran *et al.*, 1994; Hill y Safran, 1994; Soygüt y Safran, 2001a), la relación entre la alianza terapéutica y los esquemas interpersonales (Soygüt y Safran, 2001b) y la relación entre el cambio dentro de las sesiones de psicoterapia y el resultado global del tratamiento (Muran y Safran, 1995).

Al tratarse de un enfoque de formulación tan reciente, por el momento sólo se ha publicado un estudio que analiza la eficacia de la BRT. El estudio de Safran *et al.* (2005) ha evaluado los beneficios específicos de la BRT en el tratamiento de las rupturas de la alianza terapéutica. Se ha realizado en dos fases. En la primera fase, durante ocho sesiones, los pacientes fueron tratados de la forma habitual con la Terapia Breve Dinámica (STDP, 30 pacientes) y la Terapia Cognitivo Conductual (CBT, 30 pacientes).

Después de estas sesiones, en la segunda fase, los pacientes fueron evaluados según criterios empíricos para predecir los abandonos y, a los que presentaron un riesgo elevado (18), se les ofreció cambiar el tipo de tratamiento. 10 pacientes aceptaron el cambio y fueron asignados aleatoriamente a la BRT o al grupo de control. Todos los pacientes del grupo de control (5) abandonaron el tratamiento. Respecto al grupo de tratamiento, un paciente abandonó el tratamiento de forma unilateral y otro lo hizo llegando a un acuerdo con su terapeuta debido a un cambio de residencia forzosa. La principal limitación de este estudio es el reducido tamaño de la muestra.

Cáncer

En nuestra búsqueda bibliográfica, los únicos estudios sobre aplicaciones a pacientes con cáncer que hemos encontrado corresponden al MBSR. Hay evidencia de su efecto positivo sobre las alteraciones del humor y los síntomas de estrés ocasionados por la enfermedad (Specia *et al.*, 2000). Además de estas variables, tras el programa, se han obtenido resultados positivos en la calidad de vida y en las disfunciones del sueño en pacientes con cáncer de pecho o de próstata (Carlson *et al.*, 2001, 2003, 2004 y 2005).

Un grupo de pacientes (mujeres) con cáncer de pecho que ha participado en un programa MBSR ha obtenido mejores resultados en la calidad del sueño que el grupo de control que ha realizado actividades varias de gestión del estrés (Shapiro *et al.*, 2003). Asimismo, mujeres con cáncer de pecho han conseguido reducciones en las medidas de estrés y ansiedad y mejoras en el ajuste mental al cáncer (Tacón *et al.*, 2004).

Recientemente un estudio piloto ha intentado aplicar el programa MBSR a un grupo multiétnico de mujeres con bajo nivel de ingresos y con citologías anormales. Aunque se han reclutado 51 mujeres, sólo han llegado a la evaluación final 8, lo que puede interpretarse como que es especialmente difícil retener en el tratamiento a este tipo de pacientes. No obstante, las mujeres que han completado el programa lo han evaluado muy positivamente y han obtenido reducciones en sus puntuaciones de ansiedad (Abercrombie *et al.*, 2007).

Dolor crónico

Los beneficios del programa MBSR en pacientes con dolor crónico fueron constatados en la década de los noventa por varios estudios. Algunos de ellos informaron de mejoras en los índices de dolor, en la interferencia del dolor con la vida diaria, en las alteraciones del humor y en el conjunto de síntomas médicos (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn *et al.*, 1985, 1987; Randolph *et al.*, 1999). Otros estudios han reportado mejoras en las medidas de afrontamiento, en la respuesta a la pérdida que supone el dolor, en la depresión y en la ansiedad estado/rasgo (Sagula *et al.*, 2004).

Un estudio piloto reciente ha comparado la eficacia del MBSR con la del masaje para mejorar el dolor y el estado de ánimo de pacientes con dolor crónico músculo-esquelético y ha hallado que, mientras el MBSR es más efectivo para mejorar el estado de ánimo, el masaje es más útil para aliviar el dolor (Plews-Ogan *et al.*, 2005).

Los datos disponibles acerca de la eficacia del MBSR en pacientes con fibromialgia son contradictorios. Un estudio han reportado mejoras en cuanto al dolor, el sueño, el impacto de la enfermedad y otros síntomas (Goldenberg *et al.*, 1994). Sin embargo, otro estudio no ha observado diferencias significativas respecto del grupo de control en cuanto al impacto de la enfermedad y el dolor (Astin *et al.*, 2003).

El sentido de coherencia, conceptualizado como la disposición a experimentar la vida como llena de sentido y manejable, se ha asociado a la salud mental en circunstancias estresantes. Un estudio aleatorio en el que han participado pacientes con fibromialgia ha comprobado que, en comparación con el grupo de control, los participantes en un programa MBSR reportaban un incremento significativo en su sentido de coherencia (Weissbecker *et al.*, 2002). Los síntomas depresivos son comunes entre los pacientes con fibromialgia, por lo que un estudio experimental reciente ha aplicado el programa MBSR para intentar aliviarlos, habiendo obtenido mejoras significativas en las puntuaciones de depresión somática y cognitiva (Sephton *et al.*, 2007).

También la ACT se ha aplicado a pacientes con dolor crónico. Adolescentes con dolor crónico musculoesquelético idiopático tratados con este enfoque han obtenido mejoras en su habilidad funcional, la asistencia a la escuela y la intensidad e interferencia del dolor (Wicksell *et al.*, 2007). Un grupo del mismo tipo de pacientes que recibió cuatro sesiones de ACT añadidas a su tratamiento habitual ha obtenido una reducción en el número de días que se sentían enfermos y el uso de medicamentos en comparación con el grupo que sólo recibió el tratamiento habitual (Dahl *et al.*, 2004)

Lesiones cerebrales traumáticas

La eficacia del MBSR en pacientes con lesiones cerebrales traumáticas depende de los objetivos que se quieran alcanzar. No ha resultado útil para disminuir los fallos cognitivos, ni los síntomas post-conmoción y tampoco para mejorar la memoria o la atención (McMillan *et al.*, 2002). Sin embargo, se han conseguido mejoras en la calidad de vida de los pacientes evaluada con variables cognitivo-afectivas, de salud mental, ansiedad, depresión, de funcionamiento somático y de lugar de control (Bedard *et al.*, 2003, 2005).

Fatiga crónica

Tras recibir entrenamiento en MBSR se han obtenido mejoras significativas en los niveles subjetivos de fatiga, ansiedad, depresión, calidad de vida y funcionamiento físico de un grupo de pacientes con fatiga crónica (Surawy *et al.*, 2005).

Otras patologías médicas

El MBSR ha resultado eficaz como coadyuvante en el tratamiento de otras patologías médicas. En pacientes con soriasis, se halló que una intervención breve consistente en que escucharan cintas de audio mientras recibían sesiones terapéuticas de rayos ultravioleta reducía el tiempo de resolución de las lesiones (Kabat-Zinn *et al.*, 1998). Los pacientes con enfermedades cardiovasculares han experimentado reducciones en la ansiedad, la supresión de emociones negativas y el estilo de afrontamiento reactivo (Tacón *et al.*, 2003). Sin embargo, aunque se ha intentado aplicar el programa MBSR a pacientes infectados de SIDA, no se han hallado efectos positivos sobre el estrés percibido o las alteraciones del humor (Robinson *et al.*, 2003).

En pacientes médicos en general, el MBSR ha producido mejoras en la calidad de vida (Roth y Robbins, 2004; Reibel *et al.*, 2001) y disminución de las puntuaciones subjetivas de ansiedad, depresión y somatización (Reibel *et al.* (2001). Los pacientes con órganos transplantados han obtenido mejoras en las medidas subjetivas de ansiedad y de calidad y duración del sueño (Gross *et al.*, 2004).

La ACT se ha aplicado en pacientes con epilepsia refractaria y en diabéticos. Un programa de psicoterapia breve con ACT ha resultado más efectivo que la terapia de apoyo para mejorar la calidad de vida y disminuir la frecuencia y duración de los ataques en pacientes con epilepsia refractaria (Lundgren *et al.*, 2006). Un taller educativo de un día sobre la diabetes de tipo 2 basado en la ACT, ha resultado efectivo para los pacientes que han sido instruidos, no sólo para gestionar la enfermedad, sino también para aplicar las habilidades de aceptación y conciencia plena a los pensamientos y sentimientos relacionados con la enfermedad (Gregg *et al.*, 2007). A los tres meses, los pacientes del grupo instruido en la ACT seguían utilizando mejores estrategias de afrontamiento, reportaban un mayor autocuidado y mantenían el nivel de hemoglobina glucosada en los niveles deseables.

Poblaciones no clínicas

Diversos estudios aleatorios han comprobado el efecto beneficioso de la práctica del MBSR en poblaciones no clínicas. Uno de los primeros verificó su eficacia para reducir las puntuaciones de ansiedad rasgo y estado, de malestar psicológico y de depresión en estudiantes de medicina durante el periodo de exámenes (Shapiro *et al.*, 1998). Más recientemente otra muestra de estudiantes de medicina que ha participado en el programa MBSR ha reportado una mejora en su perfil de estado de ánimo (Rosenzweig *et al.*, 2003).

En el entorno educativo, alumnos de escuelas primarias entrenados en MBSR han obtenido puntuaciones más altas otorgadas por sus profesores en atención selectiva, atención sostenida y habilidades, así como puntuaciones más bajas en ansiedad (Napoli *et al.*, 2005). En personas adultas, se han hallado mejoras en cuanto al impacto percibido de los acontecimientos perturbadores cotidianos, estrés psicológico y síntomas médicos (Williams, Kolar *et al.*, 2001), así como reducción de la ansiedad (Davidson *et al.*, 2003). Los integrantes de parejas heterosexuales que han participado en una adaptación del programa MBSR han experimentado un incremento en sus índices de satisfacción relacional, autonomía, nivel de relación, proximidad, capacidad para aceptar a su pareja, optimismo, espiritualidad y relajación individual, mientras presentaron una disminución en los índices de estrés relacional y malestar psicológico (Carson *et al.*, 2004).

Otra muestra de personas adultas ha conseguido, tras participar en un programa MBSR, una disminución en la escala de estrés percibido e incrementos en las medidas de autoeficacia y de estados mentales positivos (Chang *et al.*, 2004). Un estudio piloto ha evaluado la eficacia de este programa para mejorar la calidad de vida de mujeres menopáusicas y reducir la severidad de los sofocos y ha obtenido mejoras significativas en ambas variables (Carmody *et al.*, 2006).

El programa MBSR también ha sido eficaz para reducir las puntuaciones de *burnout* de un grupo de enfermeras (Cohen-Katz *et al.*, 2005) y para disminuir el estrés y mejorar la calidad de vida y la auto-compasión de profesionales sanitarios (Shapiro *et al.*, 2005). Una versión abreviada del MBSR se ha mostrado útil para reducir el nivel de estrés y mejorar el estado de ánimo de personas que están al cuidado de niños con enfermedades crónicas (Minor *et al.*, 2006).

Dos estudios han comparado la efectividad de la ACT con otros tratamientos. En el primero, ha resultado tan efectiva como un programa de innovación y promoción en el contexto laboral, habiéndose reportado mejoras en la salud mental y en variables relacionadas con el trabajo (Bond y Bunce, 2000). En el segundo estudio, la ACT se ha mostrado igual de efectiva que la hipnosis para mejorar el rendimiento deportivo de los atletas (Fernández *et al.*, 2004).

La ACT ha servido para reducir los prejuicios raciales en una muestra de estudiantes universitarios (Lillis y Hayes, 2007). Asimismo, los padres con dificultades para cuidar a sus hijos autistas han mejorado su situación asistiendo a un taller de ACT de dos días de duración tras el que experimentaron una mejora en sus síntomas de depresión y en su salud general, así como cambios en las medidas de evitación experiencial y de fusión cognitiva (Blackledge y Hayes., 2006).

CONCLUSIONES

El estudio de las aplicaciones terapéuticas de la conciencia plena, concepto con una historia milenaria en culturas no occidentales, ha suscitado un interés creciente que puede constatarse en el incremento sostenido del número de artículos

aparecidos en publicaciones científicas desde el año 2002. Los investigadores que se han ocupado del tema han intentado avanzar en la obtención de una definición operativa de la conciencia plena, clarificar sus componentes, desarrollar instrumentos para su evaluación, determinar sus mecanismos de acción y verificar su eficacia.

La conciencia plena ha sido descrita como (a) una técnica concreta (meditación), (b) un conjunto más general de métodos, (c) un proceso psicológico que produce unos resultados y (d) un resultado en sí mismo. Respecto a la relación de la conciencia plena con la meditación, en la literatura aparecen tres propuestas mutuamente excluyentes: (1) la conciencia plena es un modo de procesamiento mental que se da durante la práctica de la meditación y que consiste en prestar atención a los eventos internos del momento presente con una actitud de aceptación, apertura y curiosidad (Bishop *et al.*, 2004); (2) la conciencia plena es, además de una disposición individual, un estado que puede ser facilitado por la meditación pero que se aprecia sobre todo en la atención a las tareas de la vida cotidiana (Brown y Ryan, 2004); (3) si la conciencia plena se define como un proceso psicológico, cualquier técnica que dé lugar a este proceso debe ser considerada como de conciencia plena (Hayes y Shenk, 2004).

Una forma de armonizar las dos primeras propuestas es considerar que la conciencia plena, aunque se mantiene fija en sus características fundamentales (centrarse en el momento presente, sin juzgar), cambia en función de la actividad que se está realizando. Así se transmite en la tradición del zen, en la que se diferencia claramente la atención a las tareas cotidianas (*samu*) de la meditación (*zazen*). En este sentido, puede ser conveniente que el debate sobre la definición operativa única de la conciencia plena dé paso a su consideración como un constructo complejo que se refiere a un conjunto de actividades, procesos o resultados, cada uno de los cuales puede dar lugar a una definición operativa distinta.

En respuesta a la pregunta de qué hace una persona cuando piensa/actúa con conciencia plena, en los trabajos publicados al respecto se han propuesto los siguientes componentes: la atención al momento presente, la apertura a la experiencia, la aceptación, el dejar pasar y la intención. Respecto a los mecanismos de acción, a la forma en que opera la conciencia plena, se han señalado los siguientes: la exposición, los cambios cognitivos, el auto-control o auto-regulación, la aceptación (que también puede considerarse un componente), la integración de aspectos disociados del *self*, la clarificación de valores, la espiritualidad y la relajación.

En este trabajo se han presentado cinco enfoques psicoterapéuticos que incorporan la conciencia plena: la Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Breve Relacional (BRT).

La principal conclusión que puede extraerse respecto a estos enfoques es que muestran que el concepto de conciencia plena está siendo adoptado por autores de

diferentes tradiciones teóricas: cognitiva, conductual o dinámica. Aunque el MBSR surgió en el contexto de la medicina conductual, sus planteamientos y estrategias terapéuticas han sido adoptadas completamente por el MBCT, que incluye además técnicas cognitivas útiles para prevenir las recaídas en la depresión. También pueden agruparse dentro de una misma familia la DBT y la ACT, que comparten la misma base teórica conductual.

Todos los enfoques presentados proponen un equilibrio entre la aceptación y el cambio en psicoterapia. Así mismo, todos reconocen la influencia del Zen en sus planteamientos excepto la ACT. Sin embargo, el paralelismo entre los procesos conductuales básicos de la ACT y algunos principios psicológicos budistas ha llevado a Hayes a afirmar que la ACT puede proporcionar apoyo científico a los conceptos y prácticas budistas (Hayes, 2002a). Finalmente, en todos los enfoques se considera fundamental la práctica personal del terapeuta en técnicas de conciencia plena.

Es incuestionable que las diferentes orientaciones teóricas están evolucionando al incorporar elementos que, en cierto sentido, las hacen converger —véase, por ejemplo, Feixas y Botella (2004). Se percibe un solapamiento en cuanto a los elementos terapéuticos relacionados con la conciencia plena. Algunas estrategias y actitudes que se postulan son idénticas. La aceptación, por ejemplo, está presente en las cinco propuestas. La “de-fusión” cognitiva (Hayes *et al.*, 2002, 2006) es prácticamente idéntica al “descentramiento” (Segal *et al.*, 2002) y consiste en dejar de identificarse con los eventos internos.

Tampoco hay diferencia entre no juzgar (MBSR y MBCT) y no evaluar (ACT). El efecto pernicioso de las rumiaciones cognitivas es también subrayado por el MBCT y por la ACT. A pesar del abismo que separa una teoría que se centra en las relaciones entre estímulos (la Teoría de los Marcos Relacionales) de otra que gravita en torno a la necesidad de afiliación (la teoría relacional de la que parten Safran y Muran), la evitación y supresión de los eventos internos de la ACT, es perfectamente homologable con la disociación de los pensamientos y sentimientos de la BRT.

Los enfoques que se han aplicado a poblaciones más diversas son el MBSR y la ACT. La DBT ha sido creada y aplicada para tratar a los pacientes con trastorno límite de personalidad. El MBCT ha sido desarrollado para prevenir las recaídas de la depresión crónica. La BRT propone una forma de conducir las sesiones de psicoterapia.

Además del impacto transteórico del concepto de conciencia plena, la revisión de la investigación empírica sobre los enfoques presentados permite constatar también su aplicación “transdiagnóstica”. Los estudios sobre la eficacia de estos enfoques se han centrado en los siguientes trastornos psicológicos: la depresión, la ansiedad, los trastornos de la personalidad, los trastornos alimentarios, el abuso de sustancias y la psicosis. También se ha analizado la utilidad de los enfoques como coadyuvantes en psicoterapia y en el tratamiento de las siguientes patologías médicas:

el cáncer, el dolor crónico, las lesiones cerebrales traumáticas, la fatiga crónica, la psoriasis, las enfermedades cardiovasculares, la epilepsia y la diabetes de tipo 2.

La variedad de trastornos en los que se ha utilizado el entrenamiento en conciencia plena sugiere que se le atribuye un conjunto de efectos comunes pero también que la mayoría de los investigadores están aplicándolo antes de elaborar una formulación teórica comprensible por el cliente acerca de como puede contribuir a mejorar su situación (Teasdale *et al.*, 2003).

Si bien los meta-análisis publicados reportan tamaños del efecto medios-altos para el MBSR, el MBCT, la DBT y la ACT, los hallazgos empíricos sobre la eficacia de estos enfoques en patologías concretas no son concluyentes y requieren investigaciones adicionales que los confirmen. El enfoque que, por el momento, tiene menos apoyo empírico es la BRT.

Recientemente Hayes (2004) ha afirmado que en la década de los 90 se empezó a producir una “tercera ola” de las terapias conductuales. Para este autor, en la “primera ola” de principios de los 50, la terapia conductual, aplicó clínicamente los principios del análisis experimental de la conducta y en particular el condicionamiento clásico y operante. En la “segunda ola” de finales de los 60, se expandió el análisis hacia la cognición y se desarrollaron las terapias cognitivas de Ellis y Beck. La característica más importante de las intervenciones de la “tercera ola” es el énfasis en las estrategias que incluyen la aceptación, la conciencia plena, la “de-fusión” cognitiva, la dialéctica, los valores, la espiritualidad y las relaciones. En esta “tercera ola”, se incluye el MBCT, además de la ACT y la DBT y otras variantes conductuales (Hayes *et al.*, 2004; Segal *et al.*, 2004).

En opinión de Hayes (2005), esta nueva tendencia supone una oportunidad para superar las antiguas barreras entre las orientaciones conductual y cognitiva y permitir la elaboración de una nueva síntesis dialéctica que no suponga un rechazo de las aportaciones de las de las terapias conductuales y cognitivas anteriores. Compartimos este punto de vista pero creemos que no hay razón para excluir el enfoque psicodinámico, la BRT, aunque hasta el momento no haya sido mencionado en ninguna de las recopilaciones publicadas sobre la nueva ola, ni sus creadores hayan manifestado explícitamente su interés en formar parte de ésta. El problema es que, si se considera que la terapia psicoanalítica también participa en la nueva tendencia, no debería hablarse de “tercera” ola y el ordinal más adecuado (¿cuarta?, ¿quinta?) ya no resultaría tan fácilmente asimilable (“La tercera ola” es el título de un best-seller de Alvin Toffler de principios de los años ochenta).

En espera de esa nueva síntesis dialéctica que permita armonizar las diferentes orientaciones, conviene no pasar por alto que la principal divergencia práctica entre ellas es el papel otorgado a la meditación. Mientras el MBSR y el MBCT prescriben una frecuencia y duración de esta práctica, la DBT y la BRT la recomiendan pero son más flexibles. En cuanto a ACT, propone un conjunto de ejercicios para promover el contacto con el momento presente, facilitar la exposición a los eventos

internos y la “de-fusión” cognitiva, a los que, a nuestro juicio, califica impropia­mente como “de meditación” (Hayes *et al.*, 2002, p. 111).

Se está llevando a cabo un notable esfuerzo de investigación con objeto de verificar el modelo en el que se apoya la ACT y su eficacia. Sin embargo, llama la atención que no se haya estudiado hasta qué punto son equiparables las técnicas de conciencia plena o “de meditación” de este enfoque con las técnicas de meditación propiamente dichas. Si, tal como es previsible, no lo son, cabe preguntarse por qué utilizar los mismos términos para referirse indistintamente a unas y otras y si no sería más conveniente diferenciarlas. Tal como el propio Hayes reconoce, si la meditación resulta ser la técnica más efectiva, cualquier enfoque basado en la conciencia plena debería incluirla (Hayes y Shenk, 2004).

La investigación sobre la conciencia plena se ha centrado en enfoques compuestos por diversos componentes, lo cual implica que es imposible determinar cuáles son realmente los ingredientes activos de cada uno de ellos. Por ello sigue siendo necesario verificar empíricamente los mecanismos que operan en las técnicas de meditación y su eficacia. Puesto que la incorporación de la conciencia plena está suponiendo una oportunidad y un desafío para la psicoterapia, conviene clarificar si se puede prescindir de las técnicas de meditación sin que ello represente vaciar de contenido el constructo y sin restar eficacia a los enfoques que lo han adoptado. De lo contrario, se corre el riesgo de neutralizar el impulso que se inició a principios de los años 90, asimilándolo de forma parcial.

En ese sentido, es muy ilustrativa la evolución de los creadores del MBCT, que inicialmente se centraron en el descentramiento respecto de los propios pensamientos y no obtuvieron resultados, por lo que tuvieron que admitir que este concepto debía incluir también los sentimientos y las sensaciones corporales. Su conclusión es que el cambio del cliente se produce como consecuencia del efecto acumulado de aprendizajes repetidos adquiridos, no de forma verbal, sino experiencial y en los cuales tiene una gran importancia la propia comprensión del terapeuta (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

No obstante, las aportaciones de la ACT pueden ser de mucha utilidad si se tiene en cuenta que no todo el mundo puede o quiere meditar. Algunos autores ya han alertado de que las técnicas de meditación pueden tener efectos negativos en personas con psicosis (Michalon, 2001; Murgatroyd, 2001) o ser ineficaces en personas con menos de dos episodios de depresión crónica (Teasdale *et al.*, 2000). Diversos estudios han reportado también una elevada tasa de abandonos que pone de manifiesto las dificultades para retener a los pacientes en intervenciones que les reclaman un alto nivel de dedicación y de tolerancia a las sensaciones negativas que pueden aflorar durante la práctica (Astin *et al.*, 2003; Abercrombie *et al.*, 2007).

Un área de investigación crítica es la que se refiere a las características que deben reunir las personas para poder beneficiarse de las técnicas de meditación. Es posible que las técnicas que incluye la ACT sean equivalentes, cuando no más

recomendables en algunos casos. A nuestro juicio, bajo la denominación genérica de técnicas de conciencia plena, pueden contemplarse unas y otras, siempre y cuando no sean contradictorias. El criterio para elegir las debiera ser su idoneidad para el cliente teniendo en cuenta su disposición, sus necesidades y sus capacidades.

Se requiere investigar también la relación entre la experiencia en meditación y sus efectos, diferenciando los tipos de meditación y el tiempo mínimo de práctica diaria para producirlos. La relación entre los componentes de la conciencia plena y la psicopatología, así como los mecanismos específicos que operan en cada trastorno son también áreas de investigación imprescindibles.

El concepto de conciencia plena (Mindfulness) que ha emergido recientemente en el ámbito anglosajón remite a un estado particular de conciencia promovido por las técnicas meditativas orientales. En este artículo se revisan las conceptualizaciones teóricas de la conciencia plena en el ámbito de la psicoterapia atendiendo a sus componentes, instrumentos de evaluación y mecanismos de acción. Se resumen también las características generales de cinco enfoques psicoterapéuticos que incorporan la conciencia plena: la Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Breve Relacional (BRT). Finalmente, se detallan las aplicaciones clínicas de estos enfoques.

Palabras clave: conciencia plena, psicoterapia, mecanismos de acción, evaluación, MBSR, MBCT, DBT, ACT, BRT, aplicaciones clínicas.

Referencias bibliográficas

- ABERCROMBIE, P.D., ZAMORA, A., & KORN, A. P. (2007). Lessons learned: providing a mindfulness-based stress reduction program for low-income multiethnic women with abnormal pap smears. *Holistic Nursing Practice, 21*(1), 26-34.
- ASSAGIOLI, R. (1965). *Psychosynthesis: a manual of principles and techniques*. New York: Hobbs & Dorman.
- ASTIN, J.A., BERMAN, B.M., BAUSELL, B., LEE, W.L., HOCHBERG, M., & FORYS, K.L. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology, 30*(10), 2257-2262.
- BACH, P., & HAYES S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-1139.
- BAER, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143.
- BAER, R.A., SMITH, G.T., & ALLEN, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. *The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. Assessment, 11*(3), 191-206.
- BAER, R.A., SMITH, G.T., HOPKINS, J., KRIETEMEYER, J., & TONEY, L. (2006). Using self-report

- assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- BEDARD, M., FELTEAU, M., MAZMANIAN, D., FEDYK, K., KLEIN, R., RICHARDSON, J., PARKINSON, W., & MINTHORN-BIGGS, W. (2003). Pilot evaluation of a mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries. *Disability and Rehabilitation*, 25(13), 722-731.
- BEDARD, M., FELTEAU, M., GIBBONS, C., KLEIN, R., MAZMANIAN, D., FEDYK, K., & MACK, G. (2005). A mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries: one-year follow-up. *The Journal of Cognitive Rehabilitation*, 23(1), 8-13.
- BEN PORATH, D.D., PETERSON, G.A., & SMEE, J. (2004). Treatment of individuals with borderline personality disorder using Dialectical Behavior Therapy in a community mental health setting: clinical application and a preliminary investigation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 424-434.
- BIRNBAUM, L., & BIRNBAUM, A. (2004). In search of inner wisdom: guided mindfulness meditation in the context of suicide. *The Scientific World Journal*, 4, 216-227.
- BISHOP, S.R. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction?. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 35-43.
- BISHOP, S.R., LAU, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N. D., CARMODY, J., SEGAL, Z. V., ABBEY, S., SPECA, M., VELTING, D., & DEVINS, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.
- BLACKLEDGE, J.T., & HAYES, S.C. (2006). Using Acceptance and Commitment Training in the Support of Parents of Children Diagnosed with Autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
- BOHUS, M., HAAF, B., STIGLMAYR, C., POHL, U., BÖHME, R., & LINEHAN, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- BOND, F.W., & BUNCE, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology* 5(1), 156-63.
- BROWN, K.W., & RYAN, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- BROWN, K.W., & RYAN, R.M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 242-248.
- BUCHHELD, N., GROSSMAN, P., & WALACH, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal of Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- CARDACIOTTO, L.A. (2005). *Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Tesis Doctoral no publicada presentada en la Universidad de Drexel.
- CARLSON, L., & GARLAND, S.N. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 278-285.
- CARLSON, L., SPECA, M., PATEL, K.D., & GOODEY, E. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- CARLSON, L., SPECA, M., PATEL, K.D., & GOODEY, E. (2004). Mindfulness-Based Stress reduction to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 448-474.
- CARLSON, L., URSULIAK, Z., GOODEY, E. ANGEN, M., & SPECA, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer*, 9, 112-123.
- CARSON, J. W., CARSON, K. M., GIL, K. M. Y BAUCOM, D.H. (2004). Mindfulness-Based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35, 471-494.
- CARMODY, J., CRAWFORD, S., & CHURCHILL, L. (2006). A pilot study of mindfulness-based stress reduction for hot flashes. *Menopause*, 13(5), 760-769.
- COHEN-KATZ, J., WILEY, S.D., CAPUANO, T., BAKER, D.M., KIMMEL, S., & SHAPIRO S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 26-35.
- CHANG, V.Y., PALESH, O., CALDWELL, R., GLASGOW, N., ABRAMSON, M., LUSKIN, F., GILL, M., BURKE, A., & KOOPMAN, C. (2004). The effects of a Mindfulness-Based Stress Reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health: Journal of the International*

Society for the *Investigation of Stress*, 20(3), 141-147.

- DAHL, J., WILSON, K.G., & NILSSON, A. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35(4), 785-801.
- DAVIDSON, R.J., KABAT-ZINN, J., SCHUMACHER, J., ROSENKRANZ, M., MULLER, D., SANTORELLI, S. F., URBANOWSKI, F., HARRINGTON, A., BONUS, K., & SHERIDAN, J.F. (2003). Alterations in brain immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- DAVIS, J.M., FLEMING, M.F., BONUS, K.A., & BAKER, T.B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7, 2.
- DESHIMARU, T. (1982). *Preguntas a un maestro zen*. Barcelona: Kairós.
- DUMOULIN, H. (2002). *Zen: el camino de la iluminación en el Budismo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- EVERSHED, S., TENNANT, A., BOOMER, D., REES, A., BARKHAM, M., & WATSON, A. (2003). Practice-based outcomes of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 198-213.
- FEIXAS, G., Y BOTELLA, L. (2004) Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Alvarez y R. Opazo (Comps.), *La integración en psicoterapia: Manual práctico* (pp. 33-67). Barcelona: Paidós.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, R., SECADES, R., TERRADOS, N., GARCÍA CUETO, E. Y GARCÍA MONTES, J. M. (2004). Efecto de la hipnosis y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora de la fuerza física en piragüistas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 481-493.
- FROMM, E. (1960). *Zen Buddhism and Psychoanalysis*. New York: Harper & Row.
- GADAMER, H.G. (1960). *Truth and method* (trans. and ed. G. Barden & J. Cumming). New York: Seabury Press.
- GAUDIANO, B.A., & HERBERT, J.D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research And Therapy*, 44(3), 415-437.
- GIFFORD, E.V., KOHLENBERG, B.S., HAYES, S.C., ANTONUCCIO, D.O., PIASECKI, M.M., RASMUSSEN-HALL, M.L., & PALM, K.M. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35(4), 689-705.
- GILLANI, N., SMITH, J.C. (2001). Zen meditation and ABC relaxation theory: An exploration of relaxation states, beliefs, dispositions, and motivations. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 839-846.
- GOLDENBERG, D.L., KAPLAN, K.H. NADEAU, M.G., BRODEUR, C., SMITH, S., & SCHMID, C.H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53-66.
- GREGG, J.A., CALLAGHAN, G.M.; HAYES, S.C & GLENN-LAWSON, J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (2), 336-43.
- GROSS, C.R., KREITZER, M.J., RUSSAS, V., TREESAK, C., FRAZIER, P., & HERTZ, M. I. (2004). Mindfulness Meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study. *Advances in Mind-Body Medicine*, 20(2), 20-29.
- GROSSMAN, P., NIEMANN, L., SCHMIDT, S., & WALACH, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- HANH, T.N. (1976). *Miracle of mindfulness*. Boston: Beacon.
- HAYES, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy* (p.p. 13-32). Reno, NV: Context Press.
- HAYES, S.C. (1996). *Acceptance and action questionnaire*. [<http://www.contextualpsychology.org>]. (consultado 31/08/07).
- HAYES, S.C. (2002a). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 58-66.
- HAYES, S.C. (2002b). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- HAYES, S.C. (2004). Acceptance & Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.
- HAYES, S.C. (2005). *Fellow Travelers*. [http://www.contextualpsychology.org/fellow_travelers] (consultado 14/09/07)
- HAYES, S.C., BISSETT, R., ROGET, N., PADILLA, M., KOHLENGER, B. S., FISHER, G. et al. (2004). The

- impact of acceptance and commitment training on stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35, 821-836.
- HAYES, S.C., LUOMA, J. B., BOND, F. W., MASUDA, A., & LILLIS, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1), 1-25.
- HAYES, S.C., PANKEY, J., & GREGG, J. (2002). Acceptance and commitment therapy. In Robert A. DiTomasso & Elizabeth A. Gosch (Eds.), *Comparative treatments for anxiety disorders* (pp. 110-136). New York: Springer Publishing Co.
- HAYES, S.C., & SHENK, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 249-254.
- HAYES, S.C., STROSHAL, K., & WILSON, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- HAYES, S.C., WILSON, K. G., GIFFORD, E. V., BISSETT, R., PIASECKI, M., BATTEN, S. V., BYRD, M., & GREGG, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688.
- HILL, C.R., & SAFRAN, J.D. (1994). Assessing interpersonal schemas: anticipated responses of significant others. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 13(4), 366-379.
- KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living. How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Pladkus.
- KABAT-ZINN, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in every day life*. New York: Hiperion.
- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- KABAT-ZINN, J., LIPWORTH, L., & BURNEY, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- KABAT-ZINN, J., LIPWORTH, L., BURNEY, R., & SELLERS, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- KABAT-ZINN, J., MASSION, M.D., KRISTELLER, J., PETERSON, L.G., FLETCHER, K.E. PBERT, L. et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- KABAT-ZINN, J., WHEELER, E., LIGHT, T., SKILLINGS, A., SCHARF, M.J., CROPLEY, T.G., HOSMER, D., & BERNHARD, J.D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625-632.
- KATZ, L.Y., COX, B.J., GUNASEKARA, S., & MILLER, A.L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276-282.
- KOONS, C.R., ROBINS, C.J., TWEED, J.L., LYNCH, T.R., GONZALEZ, A.M., MORSE, J.Q., BISHOP, G.K., BUTTERFIELD, M.I., & BASTINA, L.A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.
- KUTZ, I. (1985). Meditation as an adjunct to psychotherapy: An outcome study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), 209-218.
- KRISTELLER, J.L., & HALLETT, C.B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357-363.
- LANGER, E. (1992). Matters of the mind: mindfulness/mindlessness in perspective. *Consciousness and Cognition*, 1, 289-305.
- LAPPALAINEN, R., LEHTONEN, T., SKARP, E., TAUBERT, E., OJANEN, M., & HAYES, S.C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: a preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 31(4), 488-511.
- LAU, M., BISHOP, S., SEGAL, Z., BUIS, T., ANDERSON, N., CARLSON, L. et al. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467.
- LILLIS, J., & HAYES, S.C. (2007). Applying acceptance, mindfulness, and values to the reduction of prejudice:

- a pilot study. *Behavior Modification*, 31(4), 389-411.
- LINEHAN, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- LINEHAN, M.M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, D., & HEARD, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- LINEHAN, M.M., COMTOIS, K.A., MURRAY, A. M., BROWN, M.Z., GALLOP, R.J., HEARD, H.L., KORSLUND, K.E., TUTEK, D.A., REYNOLDS, S.K., & LINDENBOIM, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behavior and borderline personality disorder. *Archives Of General Psychiatry [Arch Gen Psychiatry]*, 63(7), 757-66.
- LINEHAN, M.M., DIMEFF, L.A., REYNOLDS, S.K., COMTOIS, K.A., WELCH, S.S., HEAGERTY, P., KIVLAHAN, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26.
- LINEHAN, M.M., HEARD, H.L., ARMSTRONG, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- LINEHAN, M.M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L.A., CRAFT, J.C., KANTER, J., & COMPTOIS, K.A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and Drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- LINEHAN, M.M., TUTEK, D.A., HEARD, H.L., ARMSTRONG, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- LUNDGREN, T., DAHL, J., MELIN, L., & KIES, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa--a pilot study. *Epilepsia*, 47(12), 2173-9.
- LYNCH, T.R., MORSE J.Q., MENDELSON, T., ROBINS, C.J. (2003). Dialectical Behavior Therapy for depressed older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- LYNCH, T.R., CHAPMAN, A., ROSENTHAL, M.Z., KUO, J.R., & LINEHAN, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- LYNCH, T.R., CHEAVENS J.S., CUKROWICZ, K.C., THORP, S.R., BRONNER, L., & BEYER, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 131-143.
- LYNCH, T.R., MORSE, J.Q., MENDELSON, T., & ROBINS, C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.
- MA, S.H., & TEASDALE, J.D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- MCMILLAN, T., ROBERTSON, I.H., BROCK, D., & CHORLTON, L. (2002). Brief mindfulness training for attentional problems after traumatic brain injury: a randomised control treatment trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 12(2), 117-125.
- MCQUILLAN, A., NICASTRO, R. GUENOT, F., GIRARD, M., LISSNER, C., & FERRERO, F. (2005). Intensive Dialectical Behavior Therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatric Services*, 56(2), 193-197.
- MARCUS, M.T., FINE, M., MOELLER, F.G., KHAN, M.M., PITTS, K., SWANK, P.R., & LIEHR, P. (2003). Change in stress levels following Mindfulness-Based Stress Reduction in a therapeutic community. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2(3), 63-68.
- MARLATT, G.A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (p.p. 175-197). Reno, NV: Context Press.
- MICHALON, M. (2001). "Selflessness" in the service of the ego: contributions, limitations and dangers of Buddhist psychology for western psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 55(2), 202-218.
- MURGATROYD, W. (2001). The Buddhist spiritual path: A counselor's reflection on meditation, spirituality, and the nature of life. *Counseling and Values*, 45(2), 94-102.
- MILLER, J., FLETCHER, K., & KABAT-ZINN, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 192-200.

- MINOR, H.G., CARLSON, L.E., MACKENZIE, M.J., ZERNICKE, K., & JONES, L. (2006). Evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) program for caregivers of children with chronic conditions. *Social Work In Health Care*, 43(1), 91-109.
- MURAN, J.C. (2002). A relational approach to understanding change: plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research*, 12(2), 113-138.
- MURAN, J.C., SEGAL, Z.V., SAMSTAG, L.W., & CRAWFORD, C.E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 185-190.
- MURAN, J.C., & SAFRAN, J.D. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 651-657.
- NAPOLI, M., KRECH, P.R., & HOLLEY, L.C. (2005). Mindfulness training for elementary school students: the attention academy. *Journal of Applied School Psychology*, 21(1), 99-125.
- NELSON-GRAY, R.O., KEANE, S.P., HURST, R.M., MITCHELL, J.T., WARBURTON, J.B., CHOK, J.T., & COBB, A.R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research And Therapy*, 44 (12), 1811-1820.
- OSSMAN, W.A., WILSON, K.G., STORAASLI, R.D., & MCNEILL, J.W. (2006). A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in a group treatment for social phobia. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 6(3), 2006. 397-416.
- PÉREZ VEGA, M.A (2006). *Revisión conceptual y empírica de los enfoques psicoterapéuticos basados en la conciencia plena (Mindfulness)*. Tesina no publicada, presentada en la FPCEE. Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona.
- PLEWS-OGAN, M., OWENS, J.E., GOODMAN, M., WOLFE, P., & SCHORLING, J. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine: Official Journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine*, 20(12), 1136-1138.
- RAMEL, W., GOLDIN, P.R., CARMONA, P.E., & MCQUAID, J.R. (2004). The effects of Mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455.
- RANDOLPH, P.D., CALDERA, Y.M., TACONE, A.M., & GREAK, M.L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest*, 9, 103-112.
- RYAN, R. M., & DECI, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- RATHUS, J.H., & MILLER, A.L. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.
- REIBEL, D.K., GREESON, J.M., BRAINARD, G.C., & ROSENZWEIG, S. (2001). Mindfulness-based Stress Reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- ROBINS, C.J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 50-57.
- ROBINSON, F.P., MATHEWS, H. L., & WITEK-JANUSEK, L. (2003). Psycho-endocrine-immune response to Mindfulness-Based Stress Reduction in individuals infected with the human immunodeficiency virus: a quasiexperimental study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(5), 683-694.
- ROEMER, L., & ORSILLO, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.
- ROSENZWEIG, S., REIBEL, D.K., GREESON, J.M., & BRAINARD, G. C. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15(2), 88-92.
- ROTH, B., & ROBBINS, D. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosomatic Medicine*, 66, 113-123.
- RYAN, R.M., & DECI, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- SAGULA, D., & RICE, K.G. (2004). The effectiveness of Mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 333-341.

- SAFER, D.L., TELCH, C.F., & AGRAS, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for bulimia nervosa. *American Journal Psychiatry*, 158(4), 632-634.
- SAFRAN, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458.
- SAFRAN, J.D. Y MURAN, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- SAFRAN, J.D., MURAN, J. C., SAMSTAG, L. W., & WINSTON, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: a feasibility study and descriptive analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 512-531.
- SEGAL, V.Z., TEASDALE, J.D., & WILLIAMS, M.G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: theoretical rationale and empirical status. In Steven C. Hayes, Victoria M. Follete & Marsha M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance* (pp. 45-65). New York: Guilford Press.
- SEGAL, V.Z., WILLIAMS, M.G., & TEASDALE, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression. A new approach to preventive relapse*. New York: Guilford Press.
- SEPHTON, S.E., SALMON, P., WEISSBECKER, I., ULMER, C., FLOYD, A., HOOVER, K., & STUDTS, J.L. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis And Rheumatism*, 5 (1), 77-85.
- SHAPIRO, D.H. (1992). A preliminary study of long term meditators: goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23-39.
- SHAPIRO, S.L., ASTIN, J.A., BISHOP, S.R., & CORDOVA, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- SHAPIRO, S.L., BOOTZIN, R.R., FIGUEREDO, A.J., LOPEZ, A.M., & SCHWARTZ, G.E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(1), 85-91.
- SHAPIRO, S.L., CARLSON, L., ASTIN, J.A., & FREEDMAN, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 62(3), 373-386.
- SHAPIRO, S.L, SCHWARTZ, G.E., & BONNER, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 581-599.
- SOYGÜT, G., & SAFRAN, J.D. (2001a). The relationship between interpersonal schemas and personality characteristics. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(2), 99-108.
- SOYGÜT, G., & SAFRAN, J.D. (2001b). The relationship between patient pretreatment interpersonal schemas and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(1), 59-66.
- SPECA, M., CARLSON, L., GOODEY, E., & ANGEN, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- SURAWY, C., ROBERTS, J., & SILVER, A. (2005). The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 33, 103-109.
- SUZUKI, D.T. (1976). *Manual of Zen Buddhism*. New York: Grove Press.
- TACON, A., MCCOMB, J., CALDERA, Y.M., & RANDOLFH, P. (2003). Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study. *Family and Community Health*, 26(1), 25-33.
- TACON, A., CALDERA, Y.M., & RONAGHAN, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in women with breast cancer. *Families, Systems & Health*, Vol. 22(2), 193-203.
- TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., & WILLIAMS, J.M. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 157-160.
- TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., WILLIAMS, J.M., RIDGEWAY, V.A., SOULSBY, J.M., & LAU, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- TELCH, C.F & AGRAS, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065.
- TURNER, R. (2000). Naturalistic evaluation of Dialectical Behavior Therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- TRUPIN, E.W, STEWART, D.G., BEACH, B., & BOESKY, L. (2002). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3),

121-127.

- TWOHIG, M.P., HAYES, S.C., & MASUDA, A. (2005). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research And Therapy, 44*(10), 1513-1522.
- TWOHIG, M.P., HAYES, S.C., & MASUDA, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 3-13.
- TWOHIG, M.P., & WOODS, D.W. (2004). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal as a Treatment for Trichotillomania. *Behavior Therapy, 35*(4), 803-820.
- VAN DEN BOSCH, L.M.C., KOETER, M.W.J., STIJNEN, T., VERHEUL, R., & VAN DEN BRINK, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*(9), 1231-1241.
- VAN DEN BOSCH, L.M.C., VERHEUL, R., SCHIPPERS, G.M., & VAN DEN BRINK, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors, 27*(6), 911-923.
- VERHEUL, R., VAN DEN BOSCH, L.M.C., KOETER, M.W.J., DE RIDDER, M.A.J., STIJNEN, T., & VAN DEN BRINK, W. (2003). Dialectical Behavior Therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 182*, 135-140.
- WATTS, A.W. (1961). *Psychotherapy, East and West*. New York: New American Library.
- WEISS, M., NORDLIE, W., & SIEGEL, E.P. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy & Psychosomatics, 74*(2), 108-112.
- WEISSBECKER, I., SALMON, P., STUDTS, J., FLOYD, A. R., DEDERT, E.A., & SEPHTON, S.E. (2002). Mindfulness-Based Stress Reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(4), 297-307.
- WELLS, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 95-100.
- WICKSELL, R.K., MELIN, L., & OLSSON, G.L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain - a pilot study. *European Journal of Pain, 11*(3), 267-74.
- WILLIAMS, J.M., TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., & SOULSBY, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 150-155.
- WILLIAMS, K.A., KOLAR, M.M., REGER, B.E., & PEARSON, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based Mindfulness Stress Reduction intervention: a controlled trial. *American Journal of Health Promotion, 15*, 422-432.
- WILSON, K.G., & MURRELL, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: setting a course for behavioral treatment. In Steven C. Hayes, Victoria M. Follete & Marsha M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.
- WOODS, D.W. (2005). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research And Therapy, 44*(5), 639-656.
- ZETTLE, R.D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety. *Psychological Record, 53*(2), 197-215.