

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

Mindfulness y Psicoterapia 10 Años Después
(2006-2016)

Epoca II, Volumen 27 - marzo 2016

ΨΨΨΨΨΨ€

103

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 27, Número 103, Marzo, 2016 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 30 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:

Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurroa Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortíz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

Maria de los Angeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñoz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

M^o Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Deposito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el **resumen** y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El **resumen** (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La **tercera página** comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las **citas textuales o directas** (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido** del autor, **Año**, **número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre **comillas dobles**; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en **bloque**, en un **renglón separado**, con indizado de **5 espacios sin comillas**. Las **citas indirectas o no textuales** (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido** del autor, **Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una **nueva página**, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el **40%** de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los **últimos cinco años**. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial). En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información. Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la Revista de Psicoterapia.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la Revista de Psicoterapia son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO

Monográfico: *Mindfulness* y Psicoterapia 10 Años Después (2006-2016)

Luis Botella y Marcial Arredondo

Editorial: <i>Mindfulness</i> y Psicoterapia 10 Años Después (2006-2016)	1
Vicente Simón	
Intervenciones Basadas en <i>Mindfulness</i>:	
Tratamiento de las Personas Supervivientes de Trauma	7
Beatriz Rodríguez Vega, Carmen Bayón Pérez y Alberto Fernández Liria	
Intervenciones Basadas en <i>Mindfulness</i> para	
El Dolor Crónico	21
Ángela Palao Tarrero y Beatriz Rodríguez Vega	
<i>Mindfulness</i> en la Psicosis: Un Estudio Piloto	37
María Teresa Miró, Joaquín Arceo e Ignacio Ibáñez	
Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego	57
Javier García Campayo, Mayte Navarro, Marta Modrego, Héctor Morillo y Marta Correa	
MBCT (<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>):	
Origen, Alcance y Eficacia	71
Estrella Fernández	
Efectos y Particularidades del Uso del <i>Mindfulness</i> en	
el Trastorno Límite de la Personalidad	89
Matilde Elices, Cristina Carmona, Ana Martín-Blanco, Juan Carlos Pascual y Joaquim Soler	
Enseñar <i>Mindfulness</i>: Contextos de Instrucción y Pedagogía ..	103
Ausiàs Cebolla y Daniel Campos	
Cambios Terapéuticos de Estilo de Vida (CTEV) y	
<i>Mindfulness</i> en el Ámbito Psicoterapéutico	119
David Alvear Morón	
Programa de Entrenamiento en <i>Mindfulness</i> Basado en	
Prácticas Breves Integradas (M-PBI)	133
Marcial Arredondo, Pilar Hurtado, Montserrat Sabaté, Carla Uriarte y Luis Botella	

Estudio Piloto del Programa de Entrenamiento en <i>Mindfulness</i> Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI).	151
Marcial Arredondo, Montserrat Sabaté, Luis Botella, Lesly M. Acosta y Pilar Hurtado	
Autocompasión en Psicoterapia y el Programa <i>Mindful Self Compassion</i>: ¿Hacia las Terapias de Cuarta Generación?	169
Marta Alonso y Christopher K. Germer	
El <i>Mindfulness</i> en su Contexto: Logros y Retos de las Intervenciones Psicológicas Basadas en <i>Mindfulness</i> desde una Perspectiva Psicoterapéutica, Constructivista, Relacional e Integradora	187
Luis Botella y Cristina Riera	
— Artículos de Libre Acceso —	
(disponible en abierto sólo a través de http://revistadepsicoterapia.com)	
Entrenamiento en <i>Mindfulness</i> para Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): una Revisión Descriptiva	203
Eduard Forcadell López, Mònica Astals Vizcaino, Devi Treen Calvo, Jacobo Chamorro López y Santiago Batlle Vila	
Burnout y Autoconcepto en Psicólogos Clínicos	215
María Emilia Oñate, Santiago Resett, María Soledad Menghi y María Fabiola Iglesia	
Efectividad del MBCT para el Trastorno Bipolar: Una Revisión Sistemática	231
Robmarie López-Soto y Domingo Marqués-Reyes	
Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas	251
Cristina Medina-Pradas	
Aplicación de la Reformulación Alemana del Método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT-LU) para la Evaluación del Cambio en un Caso de Duelo por Pérdida de la Pareja	267
Moraima G. García Mantilla y Alejandro Ávila-Espada	

CONTENTS

Monographic: Mindfulness and Psychotherapy 10 Years After (2006-2016)

Luis Botella y Marcial Arredondo

From the Editor: Mindfulness and Psychotherapy 10 Years After (2006-2016)	1
Vicente Simón	
Mindfulness Based Interventions: Treating Survivors with Trauma History	7
Beatriz Rodríguez Vega, Carmen Bayón Pérez y Alberto Fernández Liria	
Mindfulness Based Interventions for Chronic Pain	21
Ángela Palao Tarrero y Beatriz Rodríguez Vega	
Mindfulness in Psychosis: A Pilot Study	37
María Teresa Miró, Joaquín Arceo e Ignacio Ibáñez	
Attachment-Based Compassion Therapy	57
Javier García Campayo, Mayte Navarro, Marta Modrego, Héctor Morillo y Marta Correa	
MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): Origin, Scope, and Effectiveness	71
Estrella Fernández	
Effects and Distinctive Aspects of Mindfulness Training for Borderline Personality Disorder	89
Matilde Elices, Cristina Carmona, Ana Martín-Blanco, Juan Carlos Pascual y Joaquim Soler	
Teaching Mindfulness: Contexts of Teaching and Pedagogy ...	103
Ausiàs Cebolla y Daniel Campos	
Therapeutic Lifestyle Changes (TLC) and Mindfulness in the Psychotherapeutic Context	119
David Alvear Morón	
Mindfulness Training Program Based on Brief Integrated Practices (M-BIP)	133
Marcial Arredondo, Pilar Hurtado, Montserrat Sabaté, Carla Uriarte y Luis Botella	

A Pilot Study of the Mindfulness Training Program Based on Brief Integrated Practices (M-BIP)	151
Marcial Arredondo, Montserrat Sabaté, Luis Botella, Lesly M. Acosta y Pilar Hurtado	

Self-Compassion in Psychotherapy and the Mindful Self Compassion program: Towards the 4th Generation Therapies?	169
Marta Alonso y Christopher K. Germer	

Mindfulness in Context: Achievements and Challenges of Mindfulness Based Psychological Interventions from a Psychotherapeutic, Constructivist, Relational, and Integrative Approach	187
Luis Botella y Cristina Riera	

—Open Access Articles—

(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Mindfulness Training for Patients with Attention-deficit/hyperactivity Disorder (ADHD): A Descriptive Review	203
Eduard Forcadell López, Mònica Astals Vizcaino, Devi Treen Calvo, Jacobo Chamorro López y Santiago Batlle Vila	

Burnout and Self-concept in Clinical Psychologists	215
María Emilia Oñate, Santiago Resett, María Soledad Menghi y María Fabiola Iglesia	

The effectiveness of MBCT for Bipolar Disorder: A Systematic Literature Review	231
Robmarie López-Soto y Domingo Marqués-Reyes	

Update on Expressed Emotion: Theoretical, methodological and practical considerations	251
Cristina Medina-Pradas	

Application of the German Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT-LU) to Evaluate Changes in a Grieving case of the Loss of the Partner	267
Moraima G. García Mantilla y Alejandro Ávila-Espada	

EDITORIAL: MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA 10 AÑOS DESPUÉS (2006-2016)

FROM THE EDITOR: MINDFULNESS AND PSYCOTHERAPY 10 YEARS AFTER (2006-2016)

Vicente Simón

Catedrático de Psicobiología. Universitat de València.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Simón, V. (2016). Editorial: Mindfulness y Psicoterapia 10 Años Después (2006-2016). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 1-5.

Aunque no lo parezca van a cumplirse ahora 10 años desde la aparición del primer número monográfico sobre *mindfulness*, que se publicó en esta Revista de Psicoterapia en el año 2006 coordinado por Luis Botella y M^a Teresa Miró que se ocupó de la apertura Editorial.

Desde la perspectiva que nos otorgan estos casi diez años de distancia temporal, creo que no resulta aventurado afirmar que aquel monográfico constituyó una suerte de pistoletazo de salida para la difusión del *mindfulness* a gran escala en nuestro país. La lectura de aquel monográfico fue una revelación para muchos profesionales que se hicieron repentinamente conscientes de que en el horizonte de la psicoterapia y en el de la psicología en general había hecho su aparición un nuevo personaje y que ese personaje había llegado para quedarse.

Con mucho acierto Luis Botella y Marcial Arredondo han aceptado el reto de conmemorar esos diez años transcurridos, coordinando la aparición de un nuevo monográfico que pudiera suministrar al lector una instantánea del panorama actual del *mindfulness* en España. A ambos les quiero agradecer la amabilidad que han tenido al encomendarme a mí la redacción del Editorial de este número.

Si examinamos el paisaje actual de *mindfulness* en nuestro país es fácil destacar importantes cambios que se han ido gestando a lo largo de estos diez años y que podemos agrupar en los siguientes puntos.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Vicente.Simon@uv.es

Dirección postal: Departamento de Psicobiología. Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia.

© 2016 Revista de Psicoterapia



1. El conocimiento de la existencia de *mindfulness* entre prácticamente todos los profesionales de la psicología y de la salud mental. Si bien no todos lo eligen como su camino profesional preferido, todos son conscientes de su relevancia y son muchos los que han realizado o están realizando cursos de formación en *mindfulness*. Existen también los críticos, por supuesto, pero creo que ningún profesional ignora ya su existencia.
2. La aparición de diversas asociaciones que tienen como finalidad el cultivo y la enseñanza del *mindfulness*. Fue en 2009 cuando la Dra. Miró y yo mismo creamos la primera asociación española que con carácter científico comenzó a divulgar y a organizar cursos de formación para psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental. Dicha asociación se llamó AMYS (Asociación de *Mindfulness* y Salud) y posteriormente, bajo la presidencia de Marta Alonso, ha pasado a llamarse AEMIND (Asociación Española de *Mindfulness* y Compasión). Estas Asociaciones permiten sobre todo la organización de la enseñanza del *mindfulness*, tanto para los profesionales como para el público en general. Fue en el año 2010 cuando se ofreció el primer curso de formación que llevó el nombre de “*Mindfulness* en la Práctica Clínica: Formación Avanzada para Terapeutas”, organizado por la entonces AMYS.
3. Además de la docencia organizada por asociaciones de carácter independiente, en los últimos tres años, está extendiéndose la docencia del *mindfulness* en el ámbito universitario, multiplicándose la oferta de Másteres y Cursos de Experto en diversas universidades españolas. La enseñanza del *mindfulness* está entrando con fuerza en la Universidad.
4. Un aspecto estrechamente relacionado con la docencia lo constituye la deseable elaboración de estándares de calidad para la obtención de títulos que capaciten para la formación de formadores en *mindfulness*. Este tema resalta no sólo por su importancia, sino también por su dificultad. En la actualidad existe un grupo de trabajo a nivel nacional que trata de llegar a un consenso para elaborar unos “*criterios mínimos nacionales de calidad, evaluación y estándares para formadores y programas de aplicaciones basadas en mindfulness y compasión*”. Este documento hace una descripción de las competencias y requisitos básicos para ser profesor de un programa y para ser formador de formadores de un programa, así de como de los estándares de calidad de los programas en sí mismos. Además, se centra también en describir aspectos éticos y una guía de buenas prácticas.
5. En nuestro país el incremento de publicaciones, tanto de tipo científico como divulgativo, ha sido espectacular en estos últimos diez años. Existe una abundante demanda de textos de *mindfulness* por parte no sólo de los profesionales de la salud (y en particular de la salud mental) sino también de la población general y a esa demanda están respondiendo los autores

que escriben en castellano con evidente fecundidad. También han surgido grupos de investigadores, sobre todo en el terreno de la psicología clínica y de la psiquiatría, cuyas publicaciones se están haciendo visibles tanto en el ámbito internacional como en el de las publicaciones nacionales.

6. Otro aspecto en el que se ha puesto de manifiesto el rápido crecimiento del *mindfulness* en España es la celebración del primer *International Meeting on Mindfulness*, en Junio de 2014, que tuvo lugar en Zaragoza y que fue organizado por Javier García Campayo.
7. Uno de los campos de crecimiento privilegiado del movimiento *mindfulness* lo constituye su aplicación en el ámbito escolar. La importancia para la educación de la atención y de la inteligencia emocional en los niños resulta obvia y aunque nos encontramos en sus comienzos, son muchos los grupos que, entre nosotros, están promoviendo la enseñanza de *mindfulness* para la población infantil.

En este momento histórico de la expansión de *mindfulness* en nuestra cultura, me gustaría señalar algunos puntos que considero de especial relevancia:

1. Debemos hacernos conscientes de que el alcance de lo que yo llamo el “movimiento *mindfulness*”, no se limita solo a la psicología, a la medicina, a la pedagogía, o a la empresa, aunque estos sean los ámbitos en los que hasta la fecha se ha introducido con más profundidad. *Mindfulness* está calando en toda la sociedad y una muestra reciente de su pujanza la constituye el informe elaborado por un grupo parlamentario británico (el *Mindfulness All-Party Parliamentary Group*) que se propone (a) revisar la evidencia científica y la optimización de su enseñanza, (b) desarrollar recomendaciones políticas para el gobierno, basadas en dicha evidencia y (c) promover un foro de discusión en el Parlamento que fomente la aplicación de *mindfulness* en las políticas gubernamentales. Nos encontramos, por tanto, con un movimiento de alcance global, cuyas repercusiones van a extenderse a todos los ámbitos de la sociedad en general.
2. Conviene no olvidar que (como bien señaló Kabat-Zinn) *mindfulness* no es una técnica, sino una forma de ser. En este sentido, los que practicamos *mindfulness* nos distinguimos no sólo por la práctica misma, sino por buscar en ella una orientación o guía para nuestras vidas. Este quehacer se integra por tanto en lo que puede describirse como una búsqueda de la sabiduría y entronca con la llamada “sabiduría perenne” que, desde la antigüedad, ha tratado de orientar al ser humano en el camino de la vida. Cada generación, a medida que vive la vida, descubre o redescubre viejas verdades. En este sentido, *mindfulness* cumple una función de continuidad con la sabiduría de todos los tiempos. Sin duda, el budismo (con sus diversas corrientes) ha desempeñado (y desempeña todavía) un papel destacado en el advenimiento de *mindfulness* en Occidente. Pero *mindfulness*, como corriente vital, debería de estar abierto, en mi opinión,

- a cualquier forma de sabiduría universal.
3. En medio de esta función de continuidad de *mindfulness* emerge, como contraste, un aspecto completamente novedoso, propio de nuestra época. Los hallazgos de la neurociencia están modificando (y seguirán haciéndolo), nuestra visión de cómo funciona el cerebro y, más concretamente, de cómo funciona el cerebro que medita. Por tanto, hemos de estar abiertos a los avances y sorpresas que estos descubrimientos nos proporcionen. Sin duda, estos descubrimientos influirán de manera probablemente significativa en cómo practiquemos la meditación en un futuro, e incluso en la intención con que lo hagamos. En cierta forma, *mindfulness* se nos está revelando como una manera de optimizar el funcionamiento cerebral.
 4. Es especialmente destacable el papel de *mindfulness* en el proceso de evolución de la consciencia humana. Tengo la convicción de que estamos asistiendo al nacimiento, o al menos a una cierta generalización, de lo que podríamos llamar una nueva forma de consciencia que no es sino un avance más (un escalón adicional) en el nivel de consciencia de la humanidad. De manera similar a cómo la consciencia de un individuo experimenta notables cambios a lo largo de su vida, también la humanidad en su conjunto ha experimentado cambios significativos en su nivel de consciencia a lo largo de los milenios de vida humana que nos han precedido. En este contexto, *mindfulness* puede ser vista como un instrumento o herramienta de la que se vale la evolución para acelerar la transformación de la consciencia humana en estos tiempos de grandes mudanzas. Lo más novedoso es quizá, que la transformación de la consciencia se extiende a amplias capas de la población. Un fenómeno que antes, históricamente, sólo habían experimentado determinados individuos en cada generación.
 5. Por último, quisiera hacer una llamada a la prudencia en lo relativo a la aplicación de *mindfulness* en la práctica clínica. Parece que estamos asistiendo a una paradoja en la forma en como *mindfulness* está siendo vivida por los terapeutas. Por un lado, es indudable el entusiasmo que *mindfulness* ha despertado y sigue despertando entre los psicoterapeutas y otros profesionales de la salud mental que buscan el bienestar de sus pacientes. Pero, por otra parte, si examinamos los resultados de los metaanálisis que revisan la eficacia de las terapias relacionadas con *mindfulness*, observaremos que estos metaanálisis, aunque muestran resultados positivos en la terapia, también señalan que éstos son de una potencia relativamente modesta. Es aventurado sugerir una explicación a dicha paradoja, aunque mi opinión es que, independientemente del éxito terapéutico de las terapias *mindfulness*, el efecto que la práctica de *mindfulness* ejerce sobre el propio terapeuta (tanto a nivel estrictamente personal como en relación con su actitud ante y con los pacientes) resulta

crucial para comprender la aceptación y entusiasmo que observamos en este colectivo. Hemos de estar atentos a los resultados de las investigaciones venideras para poder ir afinando nuestra actividad terapéutica, de manera que aprendamos a utilizar nuestra actitud *mindful* de la forma que resulte más conveniente y eficaz para las personas a las que ayudemos.

A continuación, el lector va a encontrar un selecto grupo de artículos escritos por expertos en *mindfulness* en nuestro país y que versan sobre temas de actualidad en esta materia, tanto relacionados con su aplicación clínica como con aspectos educativos, de enseñanza o de investigación.

Celebro especialmente la aparición de este monográfico en el año 2016 como exponente de la salud del movimiento *mindfulness* en España e invito al lector o lectora a que se introduzcan en su contenido y lo disfruten.

**Febrero, 2016.
Vicente Simón**



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport **Blanquerna**

Universitat Ramon Llull

Diploma de Especialización Universitaria en Mindfulness Aplicado a Psicología, Salud y Educación

Calendario

Duración:
de octubre de 2015 a junio de 2016

Horario: martes y jueves de 19.00h h a 21.00h,

más catorce seminarios monográficos,
viernes, de 18.00h a 21.00h, y
sábado, de 9.00h a 14.00h.

Consulta nuestra web:

<http://www.blanquerna.edu/es/node/30696>

INTERVENCIONES BASADAS EN *MINDFULNESS*: TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS SUPERVIVIENTES DE TRAUMA

MINDFULNESS BASED INTERVENTIONS: TREATING SURVIVORS WITH TRAUMA HISTORY

Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Carmen Bayón Pérez

Hospital Universitario la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Alberto Fernández Liria

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C. y Fernández Liria A. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness: Tratamiento de las Personas Supervivientes de Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 7-20.

Resumen

La experiencia traumática es una experiencia de terror e indefensión ante un estrés extremo. Genera la tendencia en la persona que la sufre a escapar del dolor que surge a través de la desconexión de esa experiencia en el momento presente. La propuesta de mindfulness es conectar de nuevo dentro y fuera, en el momento presente, a través de nuevas formas de relacionarse con dicha experiencia con aceptación y dejando ir, sin identificarse ni agarrarse a ella. En este texto se han descritos las aportaciones de mindfulness y muy especialmente la forma de adaptarlas al caso de las personas supervivientes de trauma. Mindfulness ofrece un camino prometedor para el tratamiento del trauma que incluye además, el autocuidado del terapeuta.

Palabras clave: mindfulness, trauma, compasión, disociación, intervenciones basadas en mindfulness

Abstract

A traumatic experience may be considered as a state of panic and helplessness when we face an overwhelming event. It generates avoidance strategies to escape of the pain, and a profound state of disconnection. Mindfulness promotes the connection inside and outside in the present moment. It cultivates new ways of relationship to the experience with acceptance of the inner experience without neither identification nor attachment to the experience. We describe the premises that support using mindfulness-oriented approaches in trauma treatment and the adaptations of the practices in trauma survivors population. Mindfulness offers a promising and inspirational approach that can be applied to the complex psychological and existential suffering associated with trauma, including the self-caring of the therapists.

Keywords: mindfulness, trauma, compassion, dissociation, mindfulness-based interventions

Fecha de recepción: 04/11/2015. Fecha de aceptación: 11/12/2015.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: brodriguezv@salud.madrid.org; beatrizrvega@gmail.com

Dirección postal: Beatriz Rodríguez Vega, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario la Paz, Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Aunque se han desarrollado nuevas opciones terapéuticas que han mejorado el pronóstico para los supervivientes de trauma, entre un tercio y la mitad de los pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD), continúan presentando síntomas (Schottenbauer, Glass, Arnkoff, Tendick, & Gray, 2008) y el abandono del tratamiento es alto (Hembree et al., 2003) por lo que se recomienda seguir buscando nuevas alternativas terapéuticas (Lang, et al., 2012)

Mindfulness y otras tradiciones contemplativas entrenan la focalización interna de la atención y promueven la observación y la indagación de pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales con la intención de profundizar en la comprensión tanto conceptual como no conceptual de la experiencia –hace ya una década que se publicaron algunos de los trabajos iniciales sobre *mindfulness* en nuestro contexto en un número monográfico de la Revista de Psicoterapia: Cebolla y Miró, 2006; García, 2006; Miró, 2006; Pérez y Botella, 2006; Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006; Simón, 2006. En el campo del trauma han demostrado su utilidad a la hora de trabajar con los síntomas y con el sufrimiento existencial generado por él (Follette, Briere, Rozelle, Hopper, & Rome, 2015).

Funcionamiento de la Mente en el Modo de Trauma

Todo lo que sabemos del funcionamiento del organismo en situación de amenaza a la supervivencia se aplica a la situación traumática.

Cuando es percibido un peligro, externo o interno, el ser humano reacciona a través de la activación de la amígdala cerebral, poniendo en marcha la cascada de reacciones que constituye el sistema general de alarma. Se produce la suelta de hormonas del estrés, como el cortisol, de neurotransmisores como la adrenalina, los músculos se contraen y el organismo se prepara para la “lucha, huida o congelación”. Cuando el peligro pasa, el organismo de un conejo, por ejemplo, vuelve rápidamente a un estado de equilibrio previo. Pero en el caso del ser humano esto no siempre es posible.

Gracias a la emergencia del lenguaje y el desarrollo del lóbulo frontal, el ser humano es capaz de trascender el aquí y ahora, de ensoñar y planificar. Al mismo tiempo que esto es una ventaja evolutiva también puede ser fuente de muchos problemas.

Cuando sucede un trauma, tanto el córtex prefrontal o cerebro ejecutivo responsable del pensamiento claro y de la toma de decisiones, como el hipocampo, centro implicado en la consolidación de las memorias verbales y emocionales, están selectivamente inhibidos de forma que predomina el procesamiento emocional y la codificación no conceptual o no verbal de las memorias (Ogden, 2015). Simplemente con los pensamientos y recuerdos relacionados con el trauma, así como con la preocupación y anticipación de un futuro amenazante, se puede activar el sistema general de alarma aunque no exista peligro real aparente, de modo que el cerebro manda órdenes al resto del organismo para defenderse. Esos mismos cambios corporales generan a su vez, un mantenimiento de la situación de alarma. Los

pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales ponen en marcha un mecanismo “*como si*” hubiera una situación de alarma aunque no exista realmente en ese momento.

Basándose en unas pocas pistas, el cerebro construye la predicción más probable. En una situación de maltrato infantil, por ejemplo, puede ser de vital importancia para el niño saber si el padre llega enfadado o contento, si hay peligro o puede relajarse. El niño aprende a estar pendiente de la discriminación facial, de observar la cara del padre, ya que es de vital importancia para la supervivencia o para escapar de una paliza. Pero una vez pasado el peligro, si la niña convertida ya en una mujer, sigue en alerta cada vez que conoce a una persona nueva y, de modo no consciente, sigue discriminando los gestos de una cara con esfuerzo y tensión, va a seguir activando una y otra vez sin necesidad de la conciencia la respuesta general de alarma. Muchos componentes del trauma se procesan a un nivel subcortical y no consciente.

En las personas con PTSD se han descrito sesgos atencionales hacia los estímulos relacionados con el trauma de modo que tienen una mayor sensibilidad para captar dichos estímulos (Buckley, Blanchard, & Neill, 2000). Se han descrito también dificultades significativas para mantener la concentración (Jovanovic, 2009) y un déficit de control cognitivo, es decir, de la capacidad de la mente para inhibir información irrelevante mientras se atiende a otro tipo de información (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, & Howerter, 2000). Con respecto a la conectividad cerebral, Philips, encontró una disminución de la conectividad neuronal de la red neuronal por defecto y un aumento en la conectividad entre la amígdala y la corteza prefrontal medial en múltiples trastornos psiquiátricos en los que la etiopatogenia se relaciona con estrés en etapas tempranas del desarrollo cerebral (Philips, Kopec, & CarewPattern, 2013). En adultos con estrés infantil y PTSD se han relacionado estos hallazgos con deficiencias en funciones relacionadas con el proceso auto-referencial, tal como el reconocimiento de emociones y la conciencia emocional. Ambas disfunciones podrían afectar al sentido del *self* como “agente” de sus acciones y experiencia y a su capacidad de adaptación (Daniels, 2011). El ejemplo más grave serían los síntomas disociativos, que incluyen despersonalización y trastornos de la identidad.

Todos estos hallazgos neurobiológicos se reflejan también en el hecho de que después de una experiencia traumática la persona tiende a construir su narrativa de vida, su auto narrativa, en torno a un núcleo de indefensión, de miedo y de terror, y esta misma narrativa ayuda a mantener al organismo en un estado de hiper-alerta y de búsqueda de pistas de peligro para escapar de ello, inmovilizarse o defenderse luchando.

Daniel Siegel (2007) afirma que la práctica de *mindfulness* puede liberar la mente de la esclavitud de los aprendizajes previos. A través de *mindfulness* se aumenta la habilidad de auto-observación y es posible el desacoplamiento de vías neuronales que se activaban conjuntamente como respuesta al aprendizaje derivado

de la situación traumática. Al darnos cuenta y discriminar entre las sensaciones corporales y la historia que construimos acerca de ellas, *mindfulness* nos permite tomar conciencia de la diferencia entre la información derivada de la experiencia que proviene de abajo hacia arriba (*bottom-up*) y la información procedente de la elaboración posterior, en forma de parloteo o charla mental, que va desde arriba hacia abajo (*top-down*).

La comprensión y el *insight*, mecanismos de cambio más relevantes en las psicoterapias tradicionales, no sólo puede ser insuficiente sino que en ocasiones pueden reactivar las memorias implícitas sobre el trauma (Ogden, 2015; Ogden, Minton, & Pain, 2006)

Las memorias traumáticas están codificadas preferentemente en la memoria implícita o corporal, de modo que el cuerpo es una avenida principal para trabajar con trauma. La práctica de *mindfulness* se enraíza en el cuerpo, en las sensaciones, en las emociones, y en la atención a pensamientos como simples hechos mentales y supone una vía para acceder a la experiencia desde abajo hacia arriba e influir en la interrupción del ciclo, a su vez mantenido por la narrativa, entre el recuerdo amenazante del pasado y la anticipación ansiosa del futuro.

¿Qué Aporta Mindfulness al Trabajo con Trauma?

Frente al dolor de la experiencia traumática el ser humano busca huir de los sentimientos o ideas que se lo recuerdan o lucha porque los síntomas desaparezcan, pero la evitación psicológica puede intensificar y prolongar el estrés traumático. Se da lo que se ha denominado “la paradoja del dolor” ya que, buscando reducir el sufrimiento, lo que realmente se hace es intensificarlo (Briere, 2015). La evitación experiencial es una de las dimensiones que se asocian de modo más contundente con la severidad de los síntomas traumáticos (Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004).

La propuesta de *mindfulness* se centra en la aceptación de la experiencia sin juzgarla frente a los intentos habituales de controlar los síntomas (Baer, 2006; Bishop et al., 2004) y como resultado se produce un cambio en la relación entre la persona y la experiencia psicológica, a diferencia de otras terapias que se focalizan más en la reducción de la sintomatología (Hayes et al., 2006; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

A través de la práctica de *mindfulness*:

- o Se facilita una actitud de estar en el presente, sin criticar ni juzgar frente a la tendencia en el trauma de recordar el acontecimiento ocurrido en el pasado y, consecuentemente, anticipar un futuro amenazante.
- o Se aumenta la conciencia y la aceptación de las experiencias traumáticas cognitivas y emocionales (Walser & Westrup, 2007; Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004).
- o Se aumenta la capacidad para experimentar pensamientos o sentimientos dolorosos y para estar presentes con ellos de modo más calmado, permitiendo espacio para la re-evaluación y el dejar pasar la experiencia sin más

elaboraciones.

- o Se facilita la emergencia de sentimientos de auto-compasión, de emociones positivas y de la activación de áreas cerebrales implicadas en el procesamiento emocional y la empatía.
- o Se promueve la neuroplasticidad y por tanto, la posibilidad del cambio en la conectividad neuronal a través de la práctica (Hölzel et al, 2011; Pagnoni, Cekic, & Guo, 2008).
- o Promueve un cambio de las funciones cerebrales hacia una dominancia frontal izquierda con emociones más positivas y una mejora de la función inmunitaria (Davidson et al., 2003).
- o *Mindfulness* tiene además la ventaja de que promueve el autocuidado y que se puede integrar tanto como práctica formal como en el curso de las actividades cotidianas como el comer, el caminar o el hablar y relacionarse con otros (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007).
- o Ayuda a darse cuenta de que luchar contra los síntomas de PTSD no ayuda (una estrategia de control). Invita a tomar conciencia de la lucha cuando esta surge y observarla sin reaccionar a ella.
- o Ayudar a movilizar el cuerpo: A través de ejercicios de *hatta yoga* y de meditación en movimiento (caminando, nadando).

Los ensayos clínicos existentes y relacionados con la ansiedad en el tratamiento del trauma sugieren que las intervenciones basadas en *mindfulness* obtienen un tamaño del efecto entre medio y grande para los trastornos de ansiedad en general (Lang et al, 2012). Hölzel et al (2013) describieron cambios en la conectividad entre amígdala y corteza prefrontal en participantes de un grupo de Reducción del Estrés Basada en *Mindfulness* (MBSR) tras la intervención.

Algunos programas estructurados de tratamiento también han sido puestos a prueba en investigación. Las terapias de Aceptación y Compromiso (ACT) ofrecen una combinación de la terapia cognitivo-conductual, la psicología de la conducta y el entrenamiento en *mindfulness* (Hayes, et al, 2006) y se han propuesto en el tratamiento del trastorno del estrés postraumático (Bonmyea, Ariel, & Lang, 2012; Engle & Follette, 2015; Follette, Palm, & Rasmussen Hall, 2004; Orsillo & Batten, 2005; Walser & Westrup, 2007).

Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney, & Berman (2010) estudiaron los efectos de la participación en un programa MBSR de una población superviviente de trauma sexual infantil e informaron de reducciones significativas en las variables de depresión y ansiedad así como en los síntomas de PTSD

La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) es un abordaje probado que utiliza las práctica de *mindfulness* de forma muy predominante en el tratamiento del trastorno de personalidad *borderline* (Linehan 1993a) pero hay pocos datos disponibles sobre su uso en PTSD (Fiorillo y Fruzetti, 2015).

Mindfulness puede ser útil también para tratar los problemas asociados con situaciones traumáticas más allá de los síntomas de PTSD, como son los problemas

relacionales, los de uso de sustancias, depresión, ansiedad y baja autoestima entre otros (Fiorilo & Fruzzetti, 2015).

Williams y Banhofer (2015) señalan el papel del trauma en la cronificación de la depresión y la suicidabilidad y hacen recomendaciones acerca de las adaptaciones que tendría que desarrollar el programa de Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT) para tener en cuenta el proceso emocional en trauma.

Las intervenciones basadas en *mindfulness* han probado ser eficaces con un tamaño del efecto medio a alto (Khoury et al, 2013) para muchos de los síntomas que pueden presentar los supervivientes de un trauma.

Limitaciones y Adaptaciones de las Intervenciones Basadas en Mindfulness

Algunos supervivientes de trauma que tienen *flash backs* o reviviscencias o que presentan más dificultad de regulación emocional pueden sufrir una intensificación del estrés cuando empiezan a meditar al exponerse a la experiencia interna que están evitando. Algunos autores hablan del fenómeno de *backdraft* o contracorriente (Germer & Neff, 2015), el riesgo de que se reaviven las memorias traumáticas al empezar la terapia y tocar un dolor intenso. El terapeuta ha de ser cuidadoso, animar a parar al paciente y ayudarle a regular cuánto le resulta beneficioso abrir la puerta.

Magyari, Langenberg, Chesney, & Berman (2010) trabajando en grupos de MBSR con personas supervivientes de abuso sexual infantil, recomiendan que se haya realizado un trabajo psicoterapéutico sobre las historias traumáticas previo a la entrada en el formato grupal de MBSR. Muchas veces el mismo formato grupal no es tolerable para el paciente o los formatos estándares de ocho semanas resultan insuficientes. Se ha recomendado adaptar los grupos de MBSR disminuyendo el número de participantes (de seis a ocho), aumentando la duración (10-12 semanas) y ofreciendo sesiones de mantenimiento mensuales para estabilizar los avances.

Factores Clave de una Psicoterapia Basada en Mindfulness para el Tratamiento del Trauma

Dar Información

Es importante dar información acerca de cómo el cerebro y la mente humana procesa las experiencias traumáticas. El mensaje es que “no hay nada malo dentro de ti”, y que los síntomas son la expresión del funcionamiento de la mente de un ser humano que ha pasado por una experiencia traumática. En el periodo en que sucedió el trauma, todas estas estrategias (evitación, disociación, alta reactividad, embotamiento afectivo) fueron adaptativas para que la persona, el niño o niña sobreviviera. En el presente ya no son necesarias y se trata de aprender nuevas formas de actuación.

Los síntomas se encuadran como avisos de que la mente está fuera de la ventana de tolerancia emocional, o bien muy arriba, como ocurre cuando hay

ansiedad, inquietud etc... o bien muy por debajo, cuando surge embotamiento, desconexión emocional, etc...

La terapeuta o el instructor de *mindfulness*, ha de conocer la naturaleza de las imágenes traumáticas e informar al consultante de que son más intrusivas porque están fragmentadas, peor integradas en la memoria y pueden desencadenarse por estímulos difíciles de identificar, convirtiendo estos factores también en objetivos para el tratamiento (Williams & Barnhofer, 2015).

También es útil ofrecer también información sobre hallazgos de la neurociencia respecto a la plasticidad cerebral. Hanson (2009) afirma que la “plasticidad”, la capacidad para modificar el “cableado” del cerebro parece constituir la base fisiológica de la posibilidad de transformar nuestras mentes. Es importante advertir al paciente de que, a veces, al principio de la práctica, hasta que los viejos patrones de evitación no son reemplazados por otros nuevos que implican la conciencia y la aceptación, puede haber ocasionales reactivaciones del estrés.

Establecer Seguridad

El primer paso desde cualquier orientación terapéutica es generar un clima de seguridad desde el que el paciente se atreva a explorar su experiencia (Herman, 1992)

La relación terapéutica es ese primer espacio de confort y seguridad y a veces tarda en desarrollarse ya que los supervivientes de trauma con frecuencia han sufrido daño en las relaciones interpersonales. La presencia terapéutica que acepta y no juzga al otro se convierte en un medio fundamental para ayudar a la internalización de esa misma aceptación por parte del paciente y a disminuir sentimientos de vergüenza o culpa. En el acercamiento a personas con trauma se hace especialmente importante acordar un contrato, ya que supone también promover ese marco de seguridad relacional.

Tara Brach (2015) afirma que para que el cambio ocurra, el paciente tiene que experimentar “desde dentro” ese sentimiento de seguridad. Así, aunque al principio la presencia acogedora del terapeuta ofrece esa seguridad desde fuera, esta no es más que un puente para cultivar el “verdadero refugio” de bienestar que radica en el interior de la persona.

Un paso importante para el paciente es aprender a darse cuenta de la seguridad en el momento presente. Las personas que han sufrido trauma quedan atrapadas en el pasado, Pat Ogden (2015) sugiere ayudarles a darse cuenta que “*Quizás no estuviste bien en el pasado, quizás no estés bien en el futuro, pero básicamente tú estás bien en este momento, justo ahora*”.

Algunas personas tienen resistencia a mostrarse tranquilos porque es justo en ese momento, al bajar la guardia, cuando temen ser dañados. La terapeuta puede focalizar en ello y favorecer el “sentirse seguros acerca del sentimiento de seguridad”, quizás ayudándoles a hacer un seguimiento con atención plena, desde dentro del organismo de cómo se genera y qué ocurre, cuando surge, ese estado de

sentirse seguros (Hanson, 2009)

Volver a la Ventana de Tolerancia y Mantenerse en Ella

Desde los trabajos pioneros de Pierre Janet en 1898 sabemos que la primera fase del tratamiento del trauma es ayudar a conseguir la estabilización emocional. Ayudar a la persona tanto cuando está hiperactivada como cuando está hipoactivada a volver a esa *ventana de tolerancia emocional* donde es posible encontrar la calma y procesar adecuadamente la información. Por lo tanto, el terapeuta ofrece instrucciones explícitas sobre cómo mantenerse dentro de la ventana de tolerancia y cómo reconocer cuando se está entrando en una zona de distrés emocional (Magyari, 2015) donde el paciente se inunda de experiencias que no es capaz de procesar y corre el riesgo de retraumatización.

Es necesario diferenciar entre “estar con” una experiencia estresante frente al estado de estrés, fuera de la ventana de tolerancia emocional, donde se pierde la conciencia *mindful*. Se trata de reconocer los signos iniciales cuando el nivel de estrés aumenta y poner en práctica algunas estrategias como son: abrir los ojos si los tenía cerrados, caminar para aumentar la sensación de enraizamiento, mojarse la cara o las manos con agua para aumentar la conciencia del momento presente y reducir la tendencia a la disociación. Es útil poner nombre a la experiencia, como por ejemplo “zona de estrés”, o “pensamiento crítico”, o “recuerdo doloroso”. El hábito de auto-crítica y aversión por sí mismo puede ser muy intenso por lo que puede ser útil dar instrucciones cuando aparece y responder en vez de reaccionar o bien con una respuesta verbal (*vale, ya veo que estás ahí, te veo, critica, critica, critica y así hasta que va disolviéndose*) o con la expresión que encaje con la experiencia de la persona o dar una respuesta no verbal, por ejemplo, poner la mano sobre el corazón, o sobre la mejilla o el vientre o el lugar que a la persona le ayude a parar y generar esa respuesta. La terapeuta ofrece opciones para que sea la paciente la que vaya desarrollando su propia forma de autocalmarse.

También es útil generar de modo informal la conciencia del momento presente a través de breves paradas durante la conversación o de proponer algunos ejercicios sencillos tomados desde la terapia sensoriomotora (Ogden, 2006) para ir introduciendo momentos *mindful*. Por ejemplo, cuando una persona está abotargada, somnolienta, en un estado de hipoactivación, la simple propuesta de levantarse y moverse alrededor de la habitación, trayendo la mente a este movimiento presente, puede ayudarle a cambiar ese estado por otro de mayor regulación. Con una persona que está hiperactivada también puede ser una estrategia adecuada permitir el movimiento consciente o en otros casos pedirle que recuerde la intención de trabajar con su hiperactivación practicando poner la mano en el corazón o cualquier otro gesto que signifique para la persona que está cuidando de sí misma.

Las intervenciones han de introducirse de forma graduada y dosificada para evitar periodos prolongados fuera de la ventana de tolerancia que provocarían la retraumatización. Entrenar técnicas como el *grounding*, yoga u otras de regulación

emocional pueden ayudar en lo inmediato al paciente. Al mismo tiempo, estas intervenciones van favoreciendo el desarrollar la capacidad de focalizarse en el presente de una forma menos amenazante para el paciente y por tanto a desarrollar la habilidad de *mindfulness*.

Iniciarse en las Prácticas de Mindfulness

Como se señalaba más arriba, es muy importante cuidar la dosificación y el ritmo con el que se vaya ofreciendo y animando la práctica del paciente. Al principio se le invita a practicar durante cortos periodos de tiempo, centrándose más en la no reactividad y en la progresión gradual de la práctica. Se estructura la práctica ofreciendo un orden de la sesión que se repite al principio de modo más estricto para ir aumentando la flexibilidad de esa organización. Se recomienda hacer silencios breves durante la guía de la práctica para ir aumentando estas pausas de silencio según la persona va tolerando un grado mayor de estrés o de malestar.

Los primeros pasos en las prácticas han de ser modestos, por ejemplo, para una mujer con historia de abuso sexual infantil, hacer un escáner corporal puede ser una experiencia muy desafiante, ya que puede vivir el cuerpo como enemigo. En estos casos se deberían aumentar las instrucciones de guía antes de la práctica, dar ejemplos de posibles sensaciones que puedan surgir u otras experiencias para poder acogerlas antes de que la paciente huya reactivamente de ellas.

Muchas veces los estiramientos de *hatha yoga* pueden ser los primeros pasos para simplemente tolerar tener cuerpo, tal y como se describe en el programa de Yoga sensible al Trauma (Emerson & Hopper, 2011).

Magyari (2015) recomienda entrenar la compasión desde el principio para equilibrar la conciencia *mindful*, con una actitud de aceptación y amabilidad hacia la propia experiencia.

Invitar al Cambio de Patrones de Respuesta

Conocer el valor que han tenido las defensas para la persona, nos ayuda como terapeutas a entender también por qué una persona puede estar aterrorizada ante la idea de abandonar esas defensas. La postura del terapeuta es la de “*facilitador de las condiciones*” para que el cambio se desarrolle, a través de generar la curiosidad: *¿Qué ocurre cuando te focalizas en tu respiración? ¿Qué surge? ¿Puedes estar, sólo estar, con la experiencia sin intentar cambiarla?* A través de esta actitud de indagación compartida entre paciente y terapeuta, puede ir surgiendo la posibilidad de abrirse a la exploración de la experiencia, el fomentar la curiosidad sin necesidad de juzgar o luchar contra lo que emerja y también el desarrollo de la confianza en la propia sabiduría interna de la persona, ya que la base de ese saber, es la propia experiencia.

Entrenar la Observación de la Experiencia y Aumentar la Conciencia Corporal

Se invita a considerar las imágenes, las voces críticas o cualquier otra actividad de la mente como sólo eso, fenómenos mentales, la conversación del pasado.

La práctica de *mindfulness* invita al descentramiento (Teasdale et al., 2000, 2002) como una habilidad de reflexionar sobre los pensamientos y sentimientos como eventos mentales transitorios que se producen en un campo más amplio de la experiencia, sin identificarse con ellos y aprendiendo a entrenarse en “dejarlos ir”.

La práctica del escáner corporal ayuda a aumentar la conciencia del cuerpo y la discriminación de sentimientos, pensamientos y sensaciones corporales que vayan surgiendo. Si la práctica de centrarse en el cuerpo generara demasiada ansiedad para la persona, se le puede sugerir centrarse en otros anclajes, los sonidos, la respiración o los puntos de apoyo del cuerpo y mantenerse focalizado en ellos.

En la vida diaria se anima a la persona a seguir practicando por su cuenta tanto con las prácticas formales como integrando la actitud de *mindfulness* en el día a día, aumentando la conciencia de la experiencia interna mientras, por ejemplo, está en la ducha o se lava los dientes o camina hacia el trabajo o durante la comida, hacer todas estas actividades trayendo la conciencia plena a cada una de ellas.

Trabajar con la Disociación

La disociación es un mecanismo preferente para manejar el estrés extremo en situaciones de trauma e implica, de una u otra forma, una ruptura en la continuidad de la experiencia del momento presente. Surge como respuesta automática ante estímulos desencadenantes que reavivan el estrés del trauma, como una forma de evitación que impide o dificulta la recuperación de los recuerdos traumáticos.

Con un paciente que presenta episodios disociativos es más seguro iniciar el entrenamiento en *mindfulness* en las sesiones individuales con la terapeuta, de modo que se pueda ir monitorizando su experiencia y ajustando las intervenciones a las necesidades de cada momento, asegurándose que la práctica no está siendo utilizada como otra forma de disociación (Waelde, 2015).

A veces es muy útil para facilitar la atención focalizada utilizar la repetición de mantras que se han usado para crear un estado de relajación cuando la activación autonómica es alta e interrumpir de modo efectivo la reacción de pelea o huida de la reacción general de alarma (Bormann et al., 2008). Waelde (2015) propone la práctica del “dejar ir” y diferentes ejercicios de enraizamiento o *grounding*, para anclar la atención al momento presente a través de traer la atención a los puntos de apoyo con el suelo, la silla, el respaldo del asiento, etc...

Indagación con Atención Plena

La atención plena se manifiesta también en el diálogo tanto “dentro” de la persona como “entre” paciente y terapeuta y en la exploración compartida de la experiencia. La terapeuta estará atenta a las palabras que está utilizando, trayendo también la atención plena del habla, eligiendo un tono de “invitación” “sugerencia”

de “pedir permiso”, “dar tiempo para que cada uno vaya a su ritmo”, un lenguaje que genere “opciones y elecciones” de modo que la persona mantenga un sentido de control. Al paciente se le invita a mantener una actitud de bienvenida de cualquier experiencia que surja, más que a tener que “resolverla” (Segal, Williams y Teasdale, 2015, pg 55),

Apreciar lo que hay de Beneficioso en la Vida

Cuando el ser humano ha sufrido experiencias traumáticas se hace especialmente difícil reencontrarse con el bienestar, y la mente vuelve una y otra vez a rumiar la experiencia pasada y a anticipar el futuro catastrófico, perdiéndose el momento presente y con él cualquier pista de bienestar que pudiera ayudarle a construir esa base de felicidad y equilibrio. Para practicar esta generación de estados mentales beneficiosos, *mindfulness* ayudaría a tomar en consideración y valorar aquellos aspectos de la vida y de la experiencia positivos que pasamos por alto o que damos por sentados.

Compasión

La conciencia *mindful* es el fundamento de la compasión. Germer (2005) señala que mientras que *mindfulness* se focaliza en la aceptación de la experiencia, la auto-compasión se centra en la aceptación del que experiencia (Germer, 2009). Cuando nos sentimos amenazados desde el interior por emociones intensas como culpa, vergüenza, autocrítica o aislamiento, la respuesta de alarma se vuelve hacia el interior, hacia el sí mismo, en forma de auto-crítica, auto-aislamiento y auto-absorción (Germer, 2015). Nuestro organismo cuenta con un sistema para responder al propio sufrimiento y ese sistema es la auto-compasión.

Para Germer y Neff (2015) la autocompasión es un constructo psicológico que consta de tres componentes (Neff, 2003) que son: (1) amabilidad hacia sí mismo, (2) sentimiento de humanidad compartida y (3) una conciencia *mindful*.

Las personas que han sufrido situaciones traumáticas con frecuencia experimentan sentimientos de vergüenza y auto-crítica, y trabajar con la conciencia de proyectar auto-compasión hacia sí mismos es, al mismo tiempo, difícil e importante para su sanación. A veces la sola propuesta de actuar con amabilidad hacia sí mismo es un reto demasiado intenso y puede reactivar resistencias o memorias con facilidad. Es por ello por lo que en estos casos se empieza por conductas sencillas de auto-cuidado como son: disfrutar de un baño caliente, dar un paseo, charlar con amigos. Según va progresando en su intención de abrazo interno, se pueden ir introduciendo las prácticas de meditación en la compasión y de *lovingkindness*.

El Entrenamiento y Cuidado del Terapeuta para Trabajar con Mindfulness en Situaciones de Trauma

La integración de *mindfulness* en el trabajo terapéutico requiere que el terapeuta sea a su vez practicante de *mindfulness*. Trabajando en psicoterapia, y

muy especialmente en el campo del trauma, es muy importante y beneficioso traer la conciencia a lo que esté sucediendo en este momento entre paciente y terapeuta. Hacer esto ayudará al terapeuta a ser consciente de la forma en que la escucha del sufrimiento del otro repercute en su cuerpo-mente y se protegerá mejor del daño emocional sin tener que desconectarse para ello, de la relación con ese paciente.

La actitud de *mindfulness* ayuda al terapeuta a tolerar emociones intensas con aceptación (Vujanovic, Bonn-Miller, Potter, Marshall, & Zvolensky, 2011), facilita que la terapia se mueva desde un modelo de resolución de problemas a otro donde la intención es desarrollar una actitud de calma, ecuanimidad y aceptación (Marzillier, 2014) y ayuda a desarrollar una actitud de compasión que se convierte en el corazón del proceso terapéutico (Germer & Neff, 2015).

Mindfulness ofrece un camino prometedor para el tratamiento del trauma que incluye además, el autocuidado del terapeuta.

Referencias bibliográficas

- Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications (Practical Resources for the Mental Health Professional)*. San Diego, CA: Academic Press.
- 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, 230-241.
- Bormann, J. E., Thorp, S., Wetherell, J. L., & Golshan, S. (2008). A spiritually based group intervention for combat veterans with posttraumatic stress disorder: feasibility study. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 26(2), 109-16. doi:http://doi.org/10.1177/0898010107311276
- Briere J. (2015). Pain and suffering: A synthesis of Buddhist and western approaches of trauma. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D.I. Rome. (Eds.) *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp 11-31)*. New York: Guilford Press
- Brach T. (2015). Healing traumatic fear: The wings of mindfulness and love. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D.I. Rome. (Eds) *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp 31-43)*. New York: Guilford Press,
- Buckley , T.C. , Blanchard , E.B. , & Neill , W.T . (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- Daniels, J.K., PhD, Frewen, P., McKinnon, M.C., and Lanius, R.A. (2011). Default mode alterations in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma: a developmental perspective. *Journal of Psychiatry & Neurosci*. 36(1), 56-59.
- Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., & Santorelli, S.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body*. Berkeley, CA: North Atlantic.
- Engle, J.L., & Follette, V. (2015) Mindfulness and value action: An acceptance and commitment therapy approach for working with trauma survivors. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D.I. Rome. (Eds) *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp 61-75)*. New York: Guilford Press
- Fiorillo, D.R., & Fruzetti, A.E. (2015). Dialectic behavior therapy for trauma survivors. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.) . *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices (pp .75-91)*. New York: Guilford Press.

- Follette, V. M., Palm, K. M., & Rasmussen Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. En: S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Follette, V.M., Briere, J., Rozelle, D., Hopper, J.W., & Rome, D.I. (2015). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices*. New York: Guilford Press.
- García, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 121-132. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-en-la-terapia-dialectico-comportamental.html>
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R. D. Siegel, & P.F. Fulton (Eds). *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Germer, C. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: The Guilford Press.
- Germer, C., & Neff, K. (2015). Cultivating self compassion in trauma survivors. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J.W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 43-61). New York, Guilford Press.
- Hanson, R. (2009). *Buddha's brain*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: The Guilford Press.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence -from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., Barrett L.F., Schwartz C., Vaitl D., Lazar, S. W. (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage Clinical*, 2, 448-458.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Jovanovic, T, Norrholm, S.D., Fennell, J.E., Keyes, M., Fiallos, A.M., Myers, K.M., Davis, M., Duncan, E.,J. (2009). Posttraumatic stress disorder may be associated with impaired fear inhibition: relation to symptom severity. *Psychiatry Research*, 67(1-2), 151-160. doi: 10.1016/j.psychres.2007.12.014
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*. 66(1), 17-33. doi: 10.1002/jclp.20624
- Khoury B., Lecomte, T., Fortin, G, Masse, M. Therien, P., Bouchard,, Chapeau, M.A. Paquin, K, Hofmann. S.G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771.
- Lang, A., Strauss, J. L., Bomyea, J., Bormann, J. E., Hickman, S. D., Good, R. C., & Essex, M. (2012). The theoretical and empirical basis for meditation as an intervention for PTSD. *Behavior Modification*, 36(6) 759-786.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 17-33. doi: 10.1002/jclp.20624
- Magyari T. (2015). Teaching Mindfulness Based Stress Reduction and mindfulness to women with complex trauma En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 140-157). New York, Guilford.
- Marzillier, J. (2014). *The Trauma Therapies*. Oxford: Oxford University Press.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Neff, K. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250

- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Ogden P. (2015). Embedded relational Mindfulness: A sensorimotor psychotherapy perspective en the treatment of trauma. En: V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.), *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 227-243). New York: Guilford Press.
- Orsillo, S.M., & Batten, S.V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Modification*, 29, 95-129.
- Pagnoni, G., Cekic, M., & Guo Y. (2008). Thinking about not-thinking: neural correlates of conceptual processing during Zen meditation. *Plos One*, September 3. doi: 10.1371/journal.pone.0003083
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Philips, G.T., Kopec, A.M., CarewPattern, T.J.(2013), and predictability in memory formation: From molecular mechanisms to clinical relevante. *Neurobiology of Learning and Memory*. 105, 117-124
- Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245-257.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Segal, Z., Williams, M. y Teasdale, J. (2015) *Terapia cognitiva para la depresión basada en el mindfulness* (2ª Edición). Barcelona: Kairós.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 134-168.
- Shapiro, S. L., Brown, K.W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Siegel, D. (2007) Mindfulness training and neural integration: differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well being. *SCAN*, 2, 259-263.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., 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, 615-623.
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Potter, C. M., Marshall, E. C., & Zvolensky, M. J. (2011). An evaluation of the relation between distress tolerance and posttraumatic stress within a trauma-exposed sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1(33), 129-135.
- Waelde, L. (2015). Mindfulness and meditation for trauma related dissociation. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp. 301-313). New York, Guilford Press
- Walser, R. D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: A practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Williams, M. G., & Barnhofer, T. (2015). Mindfulness based cognitive therapy for chronic depression and trauma. En V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome. (Eds.). *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (pp 91-102). New York, Guilford.

INTERVENCIONES BASADAS EN *MINDFULNESS* PARA EL DOLOR CRÓNICO

MINDFULNESS BASED INTERVENTIONS FOR CHRONIC PAIN

Ángela Palao Tarrero

Hospital Universitario La Paz. Programa de Enlace con Oncología y Dolor Crónico

Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario la Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Palao Tarrero, A. y Rodríguez Vega, B. (2016). Intervenciones Basadas en Mindfulness para el Dolor Crónico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 21-35.

Resumen

El dolor crónico representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste emocional, económico y social. Durante el procesamiento del dolor crónico intervienen múltiples áreas cerebrales, produciendo cambios tanto estructurales como funcionales, que pueden dar como resultado en ocasiones una mala adaptación al mismo. El dolor activa el sistema de alerta, aumenta el miedo, la ansiedad, el estrés y la atención dirigida al mismo. La conciencia somática es un recurso imprescindible en las intervenciones para dolor crónico. Mindfulness mejora la regulación emocional, disminuye la evitación experiencial y el miedo, modula la percepción del estímulo doloroso y favorece los cambios estructurales y funcionales hacia una mejor adaptación al dolor. Las intervenciones basadas en mindfulness han mostrado su eficacia en el manejo del dolor crónico a través de numerosos estudios de investigación.

Palabras Clave: mindfulness, dolor crónico, aceptación, escáner corporal, yoga, intervenciones psicoterapéuticas en dolor crónico.

Abstract

Chronic pain poses an important public health problem, both for its elevated prevalence as well as its emotional, economic and social impact. During the processing of chronic pain, multiple cerebral areas become involved, producing both structural and functional changes, which on occasions can result in poor adaptation. Pain activates the alert system, increases fear, anxiety, stress, and self-directed attention. Somatic consciousness is an indispensable resource for chronic pain interventions. Mindfulness improves emotional regulation, decreases experiential avoidance and fear, modulates the perceptions of painful stimulus and facilitates structural and functional changes towards a better adaptation to pain. Mindfulness-based interventions have shown their efficacy in the management of chronic pain throughout multiple research.

Keywords: mindfulness, chronic pain, acceptance, body scan, yoga, psychotherapeutic interventions.

Fecha de recepción: 15/11/2015. Fecha de aceptación: 28/12/2015.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: brodriguezv@salud.madrid.org; beatrizvega@gmail

Dirección postal: Beatriz Rodríguez Vega, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario la Paz, Paseo de la Castellana 261, 28046 Madrid.

© 2016 Revista de Psicoterapia



La IASP (*International Association for the Study of Pain*) define el dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión” (1979). Esta definición se aplica al dolor agudo, al dolor oncológico y al dolor crónico no oncológico. En su momento esta descripción del dolor supuso un cambio con respecto a las definiciones anteriores al introducir dos nuevos conceptos: en primer lugar considerar que el dolor no es una experiencia puramente nociceptiva, sino que está integrada además por componentes emocionales y subjetivos; en segundo que se puede producir sin causa somática conocida que la justifique.

El dolor es un síntoma común a diferentes patologías médicas e interfiere en la calidad de vida y en el funcionamiento de la persona que lo padece. Representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste emocional, económico y social. Está relacionado con el envejecimiento de la población, existiendo asimismo un notable gradiente de género, pues afecta de forma más notable a las mujeres que a los hombres.

La Encuesta Nacional de Salud INE actualizada en mayo 2015, afirma que los problemas de salud crónicos padecidos por las personas mayores de 15 años son distintos en hombres que en mujeres. Los más frecuentes para las mujeres son la artrosis, artritis o reumatismo (25,1%), el dolor de espalda crónico lumbar (22,8%) y el dolor de espalda crónico cervical (21,9%). Y para los hombres, la tensión alta (17,4%), el colesterol alto (15,9%) y el dolor de espalda crónico lumbar (14,3%). La dimensión que resultó ser un problema con mayor frecuencia en el momento en el que se hizo la entrevista fue el dolor/malestar, que afectaba al 17,9% de hombres y al 31,4% de mujeres de 15 y más años. El 2,1% de los hombres y el 5,7% de las mujeres sufren dolor fuerte o extremo. Un 15,9% de hombres y un 25,8% de mujeres padece dolor o malestar moderado o leve.

En el año 1994 se puso en marcha la Federación Europea de Sociedades del Dolor (EFIC, por sus siglas en inglés) dentro de la cual se encuentra la Sociedad Española del Dolor; ésta ha presentado ante el Parlamento Europeo en el año 2001 la propuesta de que el dolor crónico sea considerado por sí mismo como una enfermedad y no como un síntoma. Chris Wells, presidente de la Federación Europea del Dolor ha denunciado en su congreso anual (Viena, septiembre 2015) “la poca visibilidad médica, económica y social” de unas dolencias que afectan a 80 millones de personas en Europa, el 20% de la población adulta. Según un informe de la EFIC del año 2010, las pérdidas económicas—directas e indirectas—por esta enfermedad se sitúan entre el 1,5% y el 3% del producto interior bruto europeo. Además es la causa más frecuente de incapacidad laboral y jubilación anticipada.

En la literatura científica existe un gran consenso a la hora de considerar el dolor como un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

Proceso Neurobiológico y Dolor

El cerebro humano se transforma en respuesta a diferentes tipos de experiencia a través de la reorganización de sus conexiones neuronales. La plasticidad es una propiedad intrínseca del cerebro humano y representa el patrón evolutivo para activar el sistema nervioso y modular o escapar de las limitaciones de su propio genoma y adaptarse así a las presiones ambientales, los cambios fisiológicos y a las experiencias. Esos rápidos cambios en marcha pueden ser seguidos por el establecimiento de nuevas conexiones a través de crecimiento dendrítico y la arborización (Pascual-Leone et al., 2005). Sin embargo también encierran el peligro de que el patrón evolutivo de activación neuronal en sí mismo pueda conducir a un comportamiento anormal o una mala adaptación, como ocurriría en la exposición crónica al dolor (Price, 2002). La plasticidad es el mecanismo para el desarrollo y el aprendizaje. La idea de que una lesión o estímulo nociceptivo produce alteraciones en la función del sistema nervioso central afectando la sensibilidad dolorosa no es nueva (Coderre et al., 1993), pero las evidencias científicas de esta teoría son más recientes. Así Woolf (Woolf and Salter 2000) fue el primero en aportar datos empíricos que apoyaban la hipótesis de que un estímulo periférico puede desencadenar un incremento sostenido de la excitabilidad central.

Diversas estructuras cerebrales como la corteza somatosensorial (primaria y secundaria), el giro cingulado anterior, la ínsula, el tálamo, la corteza parietal posterior y la corteza prefrontal podrían estar profundamente implicadas en la representación y modulación de la experiencia del dolor en sujetos sanos (Saab, 2012). Estos cambios en la actividad cerebral se han relacionado con diferentes factores psicológicos. Así, por ejemplo, se considera que la respuesta de la corteza cingulada anterior ante estímulos nocivos está relacionada con el componente afectivo-motivacional del dolor. Las memorias, emociones, pensamientos y expectativas influyen en la forma en la que la persona percibe el dolor. Las regiones del cerebro envueltas en la emoción (sistema límbico-amígdala y lóbulos frontal y temporal) participarían en circuitos neuronales comunes a la regulación del dolor (Liu & Chen, 2014).

Investigaciones recientes también han apoyado la participación de la corteza cingulada anterior en las respuestas cognitivas ante el dolor, particularmente los aspectos relacionados con la atención dirigida hacia el estímulo nociceptivo. Incluso se ha propuesto una distinción funcional entre dos regiones de la corteza cingulada anterior: el área 24 de Brodmann (porción medial de la corteza cingulada anterior), cuya actividad reflejaría los cambios atencionales hacia el estímulo nociceptivo (respuesta de orientación hacia dicho estímulo), y el área 32 (porción más rostroventral de la corteza cingulada anterior), que se activaría al dirigir la atención de forma sostenida hacia la zona corporal estimulada. Los procesos atencionales y la vigilancia provocan aumentos bilaterales significativos de la actividad talámica.

La corteza somatosensorial S1 se relacionaría con cambios de plasticidad

maladaptativos, como la hiperexcitabilidad y la reorganización que se asocia a la cronificación del dolor neuropático (Costigan et al., 2009; Seifert & Maihofner, 2009).

En una revisión reciente Kim y Kim (2016) concluyen que la corteza cerebral, la amígdala, el hipocampo, la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal y el área somatosensorial S1 estarían implicadas en la plasticidad estructural que de una forma directa o indirecta estaría envuelta en el desarrollo de los síntomas cognitivos, afectivos y sensoriales del dolor crónico. En esta revisión faltarían conclusiones en torno a la plasticidad funcional. Todavía hay aspectos de los cambios o de la plasticidad maladaptativos de los circuitos neuronales corticales y estructuras sinápticas que están sin resolver.

Los datos anteriores vienen a poner de manifiesto que el dolor no es un fenómeno pasivo de transferencia de una información nociceptiva desde la periferia hasta la corteza cerebral, sino un proceso activo generado en parte en la periferia y en parte en el sistema nervioso central (Kuner, 2010).

En otro estudio reciente (Kerr et al., 2013) los autores trasladan a la neurobiología una afirmación existente en textos budistas “*mindfulness* comienza con el *mindfulness* del cuerpo”. Cuando dirigimos nuestro foco de atención al cuerpo, con una conciencia *mindful* mejora el distrés y el procesamiento al dolor crónico y estaríamos intensificando la modulación de “arriba-abajo” de los ritmos alfa del neocórtex sensorial.

Todas las vías entrantes del dolor convergen en las mismas estructuras cerebrales, corticales, cingulada anterior y subcorticales, cuya función es establecer prioridades en la respuesta y en la intensidad emocional. Toda esta red cerebral es modulada dinámicamente por mecanismos asociados con la anticipación, las expectativas y otros factores cognitivos.

De hecho, se ha descrito una relación entre la percepción del dolor y la anticipación al estímulo doloroso y el nivel de incertidumbre, e incluso con la preocupación por el bienestar futuro. Durante el procesamiento de la percepción dolorosa el estímulo nociceptivo (percepción del dolor) se integra con información acerca del estado general del cuerpo y con elementos cognitivos relativos a las emociones asociadas al dolor. Es un ejemplo más de la relación indisoluble entre dolor y afecto o emoción.

Pero una vez producida la experiencia dolorosa muchos otros factores entran en juego para facilitar su permanencia y para construir un significado en torno al dolor que va a actuar recursivamente a su vez para facilitar o dificultar la calidad de vida de la persona que consulta por este problema.

La experiencia dolorosa así generada supone un ejemplo claro de un tipo de procesamiento de la información que va desde “abajo hacia arriba”, es decir desde la sensación, recogida en el cuerpo por los receptores internos y externos, hacia la integración en la corteza prefrontal donde se le da sentido y significado, historia y narración. A través de las conexiones entre la corteza cerebral y el sistema límbico

el mensaje doloroso se convierte en una experiencia emocional y consciente.

Para modular la experiencia de dolor se han usado diferentes estrategias no farmacológicas y algunas de ellas son la distracción, la percepción de control, las expectativas de cambio sobre la intensidad de dolor, el placebo, la hipnosis o la contemplación religiosa (Wiech et al., 2008). Estas estrategias reducen o modulan la actividad en las regiones cerebrales relacionadas con la parte emocional del dolor crónico (cingulada dorso anterior) y áreas relacionadas con la parte sensorial (el córtex somatosensorial, el tálamo y en algunos casos la insula posterior); Lu et al., (2010). La modulación del dolor a través de técnicas como la distracción o el placebo supone una modulación de arriba-abajo que se iniciaría en la corteza prefrontal lateral (Wager et al., 2011).

Se puede afirmar que existe una relación interactiva entre la intensidad de la sensación dolorosa, el malestar provocado por el dolor y las emociones asociadas con la rumiación sobre el dolor y sus consecuencias futuras (por ejemplo el sufrimiento) (Krohne & Ihlebaek, 2010).

Factores Psicológicos, Afrontamiento y Dolor

El dolor crónico impacta en la salud física y emocional de las personas correlacionándose con frecuencia con altos niveles de ansiedad y depresión. Recíprocamente también se ha comprobado que los niveles de depresión y ansiedad alteran la percepción del dolor haciéndola más intensa o difícil de soportar.

Los modelos actuales en dolor crónico enfatizan el rol del miedo, la ansiedad, la evitación experiencial y el sesgo en la atención en el desarrollo y mantenimiento de la limitación del dolor crónico. Es así como los factores emocionales y cognitivos juegan un importante papel como moduladores de la percepción del dolor y la respuesta a éste. Por ejemplo, una actitud de afrontamiento ante el dolor basada en el catastrofismo (que incluye el pesimismo y la evitación) predice con gran fiabilidad una mala adaptación ante el dolor (Severeijns et al., 2001).

La actitud de catastrofización se ha asociado en particular también con una magnificación de la experiencia de dolor, con una anticipación negativa, con rumiaciones en torno al dolor y con la indefensión como mecanismo de afrontamiento. Además se relaciona con altos niveles de dolor y sufrimiento, con más visitas a los médicos, mas necesidad de tratamientos de rescate y de dosis y con mayor disfuncionalidad (Burns et al., 2015; Lewis et al., 2015; Sullivan et al., 2001).

En otros estudios la actitud de indefensión/desamparo fue el factor que contribuyó más negativamente a la discapacidad y al nivel de dolor, independientemente de otros factores también contribuyentes como son el miedo y el afrontamiento pasivo al dolor (Samwel et al., 2006).

También es consistente el hallazgo de que el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, es decir, aquéllas en las que se cede a otros el control del dolor, se asocia con un mayor nivel de dolor, un peor funcionamiento y un estado de ánimo negativo (Esteve et al., 1999). Estrategias como ignorar el dolor, reinterpretarlo y la

distracción, aunque pueden ser útiles en el caso del dolor agudo, no suelen actuar como predictores de la adaptación del enfermo crónico (Bailey et al., 2009).

De modo contrario, la aceptación del dolor se ha asociado con menos dolor, sufrimiento emocional y discapacidad y mayor bienestar psicológico.

Es decir, las denominadas estrategias de afrontamiento cognitivas y emocionales van a jugar un papel importante en la experiencia global de dolor crónico (Lawrence et al., 2011).

De los factores enumerados más arriba y que tienen que ver con la actitud que se mantiene y con las estrategias de afrontamiento del dolor se pueden extraer algunos focos clave para el trabajo psicoterapéutico con dolor crónico como son:

1. La catastrofización (relacionada con la magnificación de los efectos negativos del dolor; las rumiaciones y la indefensión).
2. El miedo al dolor (relacionado con la anticipación de aumento del dolor o empeoramiento si me muevo y conductas evitativas). También con el aumento de la atención hacia el dolor y el favorecimiento del estado de alerta.
3. La disminución de actividades placenteras y el aislamiento social.
4. Promover la aceptación del dolor, ya que se ha relacionado con una mejor evolución y calidad de vida. También es un predictor de disminución de catastrofización, independientemente de la edad, género o intensidad de dolor. Está relacionada con menor intensidad del dolor, menor ansiedad y evitación relacionada con el dolor, menos depresión, una menor discapacidad física y psicológica y un mayor rendimiento en el día a día y mejor situación laboral (McCracken & Vowles, 2006). La actitud de aceptación ayudaría además a prevenir el desarrollo o a regular el miedo al dolor, la evitación, la hipervigilancia, la depresión y la disfuncionalidad (de Boer et al., 2014).

Las intervenciones psicoterapéuticas en dolor crónico se van a centrar en aspectos emocionales, sociales y relacionales, en mejorías funcionales, en el uso racional de la medicación, la mejoría del ánimo y el cambio de algunos patrones cognitivos. En resumen, los esfuerzos psicoterapéuticos van dirigidos a promover el cambio de la relación con el dolor y la cualidad de este más que en el cambio en su intensidad. Los programas multidisciplinares que tienen en cuenta las dimensiones emocionales del dolor crónico y no tratan el dolor como un mero síntoma aislado son las que parecen obtener mejores resultados (Dale & Stacey, 2016).

Hasta la fecha, las intervenciones psicoterapéuticas más utilizadas en dolor crónico han sido (Sturgeon, 2014):

1. Terapia cognitiva-conductual (TCC),
2. Terapia de conducta,
3. Terapia Basada en *Mindfulness*,
4. Terapia de Aceptación y Compromiso.

Las dos últimas han sido incluidas entre las terapias de tercera generación y,

junto con las terapias de conciencia somatosensorial o corporal, han focalizado el interés de la comunidad científica, lo que se ha reflejado en el gran aumento de sus publicaciones en revistas científicas en los últimos años. Lejos de buscar terapias que disminuyan, distraigan o curen el dolor crónico, cada vez más, las terapias van dirigidas a la aceptación del mismo.

Mindfulness y Dolor

Todos los abordajes del estilo de la relajación, hipnosis, imaginación guiada o *mindfulness*, comparten el resultado de regular la alerta psicofisiológica y de promover un equilibrio adecuado entre el esfuerzo orientado a conseguir un objetivo y el “dejarlo ir”.

Las personas que presentan dolor crónico atraviesan por una serie de duelos; el primero es el duelo por la pérdida de un estado de bienestar previo, al que se suman las pérdidas incluidas en los cambios de rol. Se hace difícil la recuperación de la vivencia del propio cuerpo como un lugar de recursos, no sólo de sufrimiento.

Muchos pacientes intentan evitar focalizarse en su cuerpo, pero no es posible aliviar un dolor crónico sin establecer una conexión mente-cuerpo. Phillips (2007) afirma que trabajar con la conciencia corporal es uno de los métodos más útiles para manejar el dolor crónico. Todas las sensaciones, incluida la sensación de dolor, están gobernadas por esa conexión mente-cuerpo. Focalizar la atención en el cuerpo implica establecer una forma positiva de relacionarse con él y encontrar un lugar seguro dentro del cuerpo que evoque sentimientos beneficiosos y de seguridad.

Mindfulness trabaja con la conciencia somática y permite construir un espacio que sea un refugio donde buscar alivio para el dolor, reduciendo la ansiedad anticipatoria y el sufrimiento a través de promover una actitud de aceptación (activa) ante el dolor y evitar la resistencia. Es muy conocida la frase de que “*dolor más resistencia es igual a sufrimiento*” o también expresado de otra forma “*todo lo que se resiste, persiste*”.

Kabat-Zinn (1982) publicó el primer artículo sobre el manejo del dolor con *mindfulness*. En este trabajo se proponían diez semanas de entrenamiento con regulación emocional. La meditación facilitaba la separación de la dimensión sensorial de la experiencia de dolor y de la reacción de alarma afectiva y reducía la experiencia de sufrimiento a través de una reevaluación cognitiva.

Tras este primer artículo han surgido muchos otros utilizando *mindfulness* para el tratamiento del dolor, pero quizás uno de los de mayor relevancia ha sido los trabajos de Vidyamala (2015; *Mindfulness Based Pain and Illness Management*; MBPM) y Gardner-Nix, (2009; *Mindfulness-Based Chronic Pain Management*; MBCPM), con programas específicos adaptados al dolor crónico, que comentaremos más adelante.

Durante la práctica de *mindfulness* se ha demostrado que se disminuye la sensación displacentera del dolor y la ansiedad anticipatoria. En el cerebro esta reducción se asoció a una disminución de la actividad de la corteza prefrontal

bilateral y un incremento de la activación en la parte derecha posterior de la ínsula. Se ha postulado que los mecanismos cerebrales del dolor y de la ansiedad se regulan conjuntamente durante la práctica de *mindfulness* (Gard et al., 2012). Se sugiere que mientras la experiencia de dolor nociceptiva o física pueden permanecer sin cambios, los componentes emocionales y cognitivos de la experiencia dolorosa parecen disminuir significativamente, teniendo como resultado menos sufrimiento y distrés.

Como se señalaba más arriba, la práctica de *mindfulness* promueve la aceptación de las experiencias y, en este sentido, en un metaanálisis reciente se afirma que las intervenciones basadas en la aceptación son comparables a la TCC en su eficacia (Veehof et al., 2016) y obtienen mejorías significativas sobre medidas no sólo de aceptación, sino también de depresión, ansiedad y dolor (Cavanagh et al., 2014). La aceptación se ha relacionado también con unos mejores resultados funcionales y emocionales (McCracken & Keogh, 2009).

Escáner Corporal, Compasión y Yoga: Prácticas Centrales de Mindfulness en Dolor Crónico.

Tanto desde lo que se recoge de la literatura científica como desde nuestra propia práctica clínica encontramos que el entrenamiento en la práctica del escáner corporal, los estiramientos basados de *hatta yoga* y el desarrollo de la compasión son prácticas especialmente útiles para la transformación de la experiencia de dolor.

1. *Escáner corporal.* A través de la práctica del escáner corporal se focaliza la conciencia en el cuerpo o mejor dicho en la corporalidad, entendida esta como la conciencia viva y sentida del cuerpo. Con esta práctica, nos podemos dar cuenta de lo que nuestro organismo necesita y también de las sensaciones corporales, emociones y pensamientos que surgen en cuanto ponemos atención al cuerpo. Según Stahl y Goldstein (2010), el objeto del escáner corporal es tener una *experiencia en el cuerpo*, a diferencia de otras prácticas de meditación que utilizan objetos de contemplación diferentes del cuerpo.

En el escáner corporal se pone sistemáticamente la atención en diferentes partes del cuerpo recorriéndolo desde los pies a la cabeza. Se va tomando conciencia de una multitud de sensaciones (tensión, contractura, ligereza, picor, hormigueo) o de que no se tiene ninguna sensación. Se invita a mantener una actitud de aceptación no crítica de todo lo que emerja en el campo de la conciencia.

La experiencia sucede en la corporalidad, en el organismo vivo. Trabajar con la práctica del escáner corporal no sólo nos permite darnos cuenta de nuestras tensiones musculares, que a su vez tienen que ver con emociones o que suscitan ciertos tipos de pensamientos, sino que es una vía de aprehensión diferente de la realidad. Es decir, afinamos el instrumento más valioso que tenemos para el aprendizaje, que es el cuerpo, y lo entrenamos de modo que será capaz de captar, asociar y crear nuevo conocimiento basado en la experiencia presente. Esto se hace poniendo en él una atención plena, con *mindfulness*, sin reaccionar a la experiencia,

sin juzgarla y aceptando lo que venga. Instrucciones precisas para la práctica del escáner corporal se pueden encontrar en otros textos (Stahl & Goldstein, 2010).

2. *Hatha Yoga*. *El yoga es meditación*, dice Kabat-Zinn en su libro *Vivir con Plenitud la Crisis*. El *hatha yoga* realizado con atención plena constituye una práctica muy importante de meditación. Se basa en ejercicios de suave estiramiento y fortificación que se realizan con gran lentitud y teniendo conciencia en cada momento de la respiración y de las sensaciones que se producen en cada “postura”. Tomar conciencia de los propios límites se hace especialmente importante en dolor crónico.

Se ha visto que la práctica del yoga se asocia a una mayor tolerancia al dolor (Holtzman & Beggs, 2013; Patil et al., 2015) y con un aumento de materia gris en múltiples regiones corticales relacionadas con el procesamiento afectivo del dolor, la regulación del dolor y la atención (Villemure et al., 2014). Los autores postulan que estos cambios ayudarían a disminuir la alerta al dolor, la reacción afectiva al mismo y la modulación de la percepción al dolor.

3. *Compasión*. Como plantea Vidyamala (2015) en su libro *Vivir Bien con el Dolor y la Enfermedad* tras nuestras diferentes personalidades y acciones descansa el deseo básico común de evitar el sufrimiento y ser feliz. Si nos relacionáramos con los demás sobre el fundamento de nuestra humanidad compartida esta experiencia convertiría el aislamiento en empatía y en compasión.

Las prácticas de *mindfulness* y compasión incluyen la conciencia de los demás, además de la conciencia de habitar nuestro cuerpo instante tras instante y familiarizarte con nuestras sensaciones emociones y pensamientos.

Programas de Tratamiento de Mindfulness para Trabajar con Dolor Crónico

Terapia de Aceptación y Compromiso

Programas de tratamiento como los derivados de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT en adelante, por sus siglas en inglés, *Acceptance and Commitment Therapy*) han mostrado su eficacia en dolor crónico. La ACT ofrece una combinación de terapia cognitivo-conductual, la psicología de la conducta y el entrenamiento en *mindfulness*. Surgió en 1987 (Hayes et al., 1987; 2014) y se enmarca dentro de las denominadas terapias de tercera generación (Hayes et al., 1987; 2014; Wilson, 2011; véase una revisión en Pérez y Botella, 2006).

Según Pérez-Álvarez (2008), las aportaciones fundamentales de ACT respecto a las terapias de primera y segunda generación son:

- Una dimensión funcional común a diversos trastornos: el Trastorno de Evitación Experiencial (TEE).
- El auto-distanciamiento comprensivo como objetivo terapéutico, dirigido a la aceptación de los síntomas y la actuación en dirección de los valores del paciente.

Luciano y Valdivia exponen una serie de características en las que se

fundamenta la Terapia de Aceptación y Compromiso y que se presentan a continuación (Luciano y Martínez, 2011):

- a. Es un tratamiento centrado en las acciones consideradas valiosas por el paciente como medio para el cambio conductual.
- b. Contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que somos seres verbales.
- c. Define que la resistencia al sufrimiento inherente a la vida se aprende y que esa resistencia es la que genera el sufrimiento patológico.
- d. Promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en la experiencia del paciente como la clave del tratamiento.
- e. Tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar. La experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, y que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de la ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la regulación excesiva o desadaptativa por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir.
- f. Implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible.

La práctica de la Atención Plena o *mindfulness* entrena la observación de la experiencia de dolor o la experiencia sensorial, sin juzgarla como buena o mala, y sin reaccionar a ella de modo que se va produciendo una desvinculación entre el dolor y la valoración afectiva guiada por esa reacción de alarma.

MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction Program)

Existen otros programas como el MBSR diseñado por Jon Kabat Zinn en 1979, un programa a realizar durante ocho semanas en sesiones de dos horas y media más un día de práctica intensiva. El MBSR incluye las prácticas formales de escáner corporal, meditación sentada, estiramientos sencillos de hatha yoga y la meditación caminando, además de integrar como práctica informal la conciencia plena en la vida ordinaria. MBSR se ha encontrado efectivo para reducir la severidad del dolor y mejorar la calidad de vida (Banth & Ardebil 2015; véase una revisión en Pérez y Botella, 2006).

Stahl & Goldstein (2010) proponen tres focos importantes para trabajar con *mindfulness* en situaciones de dolor crónico:

1. Llevar a cabo una investigación experimentada o sentida en el cuerpo y observar cómo se sostiene la tensión y el dolor.
2. Trabajar con las reacciones emocionales hacia el dolor y la tensión.
3. Aprender a vivir en el aquí y ahora y tratar con el dolor en cada momento.

El trabajo de Vidyamala

Vidyamala estructura el entrenamiento en *mindfulness* en dolor crónico en cinco pasos:

1. *Conciencia del Momento presente.* Sólo es posible vivir en el presente y sólo en el momento presente se puede producir el cambio. *Mindfulness* enseña a estar en el aquí y ahora, a aprender a estar con el dolor en este momento y desarrollar una actitud reflejada en la frase: *vamos a ver si puedo estar con el dolor en este momento.* Más que estar prisionero del dolor es desarrollar una actitud en que es posible aprender de esto; ver las cosas como son en este momento dejando ir el pasado y sin tender a una visión específica del futuro. Desde esta perspectiva se produce una transformación de la relación que se establece con el dolor.
2. *Acercarse a lo desagradable.* Al acercarte a los aspectos desagradables de la experiencia inspiras cobrando conciencia y espiras soltando. Puedes preguntarte ¿qué necesito yo en este momento?, ¿puede ser relajar la musculatura de alrededor, que quizás se ha contracturado?... Descubriendo la experiencia real del dolor traes tu atención a él, dejando ir las ideas y emociones asociadas al dolor y siendo consciente de lo impermanente de la experiencia. Adoptando una actitud amable y sin juzgar, dejando que las sensaciones dolorosas estén sencillamente presentes. Con la conciencia basada en la atención plena también se puede practicar la lectura de los vaivenes del dolor, sólo observándolos y dejándolos ir. Aprender a estar con el dolor puede parecer contraintuitivo pero es un paso fundamental para la sanación. Mejor que gastar energía en pelear contra el dolor es aprender a estar con él. Incluso cuando no se pueden cambiar las sensaciones físicas de dolor, se puede cambiar la respuesta emocional a él y así evitar el sufrimiento. Con el dolor, es frecuente que aparezca rabia, tristeza, desesperanza y ansiedad. Traer la conciencia *mindful* a las emociones nos permite empezar a reconocerlas, sin juzgarlas y sin resistirnos a ellas y aprender a observarlas y dejarlas ir.
3. *Buscando lo placentero.* Se puede llevar a cabo a través de observar la experiencia y explorar y ser consciente de otras sensaciones corporales que son agradables: “el contacto de los rayos de sol en el cuerpo”, “las zonas relajadas de mi cuerpo”, “el latir de mi corazón”...
4. *Expandir la conciencia.* Consiste en expandir el campo de la conciencia hasta que se convierta en una perspectiva más amplia, ecuánime y profunda de la totalidad de la experiencia que incluye la conciencia de los demás y del mundo.
5. *Elección.* Aprender a responder en lugar de Reaccionar.

MBCPM: Mindfulness-Based Chronic Pain Management

Gardner-Nix (2009) desarrolló un programa de manejo del dolor crónico basado en *Mindfulness* (MBCPM) en Toronto. El programa se desarrolla a través de clases de dos horas, una vez a la semana, durante diez semanas. Además el programa tiene una adaptación para aumentar la accesibilidad al mismo utilizando sistemas de telemedicina que ha demostrado la misma eficacia que los presenciales (Gardner-Nix et al., 2008). El programa se adapta al libro *Vivir con Plenitud las Crisis* de Kabat-Zinn y añaden meditaciones que implican visualizar el dolor, realizar los ejercicios en el agua cuando hay mucho dolor y en las últimas sesiones incluyen manualidades y *collage*.

Programa del Hospital Universitario la Paz

En el Hospital Universitario la Paz desde hace más de quince años, se viene desarrollando un programa de trabajo con dolor crónico en formato individual y grupal (Palao, 2014; Rodríguez y Palao, 2012). Es una propuesta terapéutica multicomponente basada en un acercamiento a la terapia narrativa, el trabajo con cogniciones y conductas, el uso de la imaginación guiada, educación sobre el dolor, estrategias de conciencia corporal/somatosensorial y prácticas de *mindfulness* o atención plena (Rodríguez y Palao, 2008).

En ocasiones las prácticas de *mindfulness* hay que introducirlas poco a poco, dando información al paciente sobre el sentido que tiene practicarlas y justificando la forma de trabajar que le vamos a proponer en la neurobiología del procesamiento del dolor. Desde esta primera intervención más informativa se pueden ir integrando en las sesiones individuales o grupales algunos minutos de práctica que le permitan al paciente ir familiarizándose con el reconocimiento del cuerpo como lugar de recursos y no sólo como fuente de malestar y sufrimiento

En el formato grupal se incluyen de diez a quince pacientes, que se reúnen durante una hora y media una vez a la semana, de octubre a junio. El grupo es abierto durante los dos primeros meses y luego se cierra, salvo para incluir excepcionalmente a algún nuevo participante con el acuerdo del grupo. Las sesiones de terapia están divididas en fases iniciales, intermedias y finales o de cierre.

Fases Iniciales. Comprenden dos o tres sesiones. Se inicia con la presentación de los participantes que explican el motivo de estar en el grupo, expectativas, qué pueden aportar y qué esperan que les aporte el grupo. Se cierra con un encuadre y el acuerdo de un contrato de trabajo. Durante estas sesiones se introduce información en forma de psicoeducación acerca de la neurobiología del dolor y la relación con las emociones, se habla de la “no curación” del dolor, del reconocimiento de que, en el momento actual, el dolor se ha convertido en una enfermedad en sí. Todas las sesiones se abren y se cierran con algún ejercicio de *mindfulness*.

Fases Intermedias. Se dedican a explorar el pensamiento, el diálogo interno, reconocer la autocrítica, la anticipación negativa, la catastrofización, el reconocimiento de anclas corporales o sensoriales de bienestar y a promover la conciencia

corporal de las emociones. Se incluye el trabajo con las relaciones significativas y la red de apoyo social, fomentando estilos de comunicación saludables tanto dentro del grupo como con con la familia. Se entrenan diferentes prácticas de Atención Plena, siguiendo como guía el programa MBSR. Se hacen prácticas de atención centrada en la respiración, escáner corporal, estiramientos de yoga, caminar consciente, comer con atención plena... y se invita a practicar en casa. Se entrega un CD con meditaciones guiadas por audio. En los últimos años se han incluido algunas prácticas de arteterapia, con atención plena.

Fases Finales o de Cierre. Se dedican a ello tres sesiones que se centran en el aprendizaje, la despedida, el mantenimiento autónomo de la práctica y el reconocimiento de las aportaciones del grupo a la mejoría. En las sesiones finales se dedica un tiempo a que cada paciente haga de terapeuta, poniendo en práctica alguna herramienta que le haya sido útil durante la intervención grupal. De esta manera se fomenta la participación activa, el compromiso y la colaboración, la generosidad hacia el resto del grupo y la relación igualitaria. También se dedica un tiempo para hacer una recapitulación de lo que ha aprendido en el grupo.

Conclusión

En la práctica clínica diaria con pacientes que sufren de dolor crónico es importante flexibilizar e integrar diferentes intervenciones, incluyendo siempre la conciencia de lo corporal en las mismas, aportando diferentes herramientas al paciente para mejorar su calidad de vida. La intención terapéutica se dirige al cambio de la relación con el dolor. Se hace especialmente importante incluir la aceptación y la relación compasiva como un elemento central a desarrollar desde el principio de nuestras intervenciones. Cuando trabajamos con dolor crónico, lo mismo que en otras enfermedades que implican cronicidad, es recomendable que las intervenciones incluyan sesiones de seguimiento o recordatorios de las prácticas para mantener la mejoría a largo plazo.

Referencias bibliográficas

- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.
- Bailey, K. M., R. N. Carleton, et al. (2009). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cognitive Behavioral Therapy*, 39(1), 46-63.
- Banth, S. and M. D. Ardebil (2015). Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain. *International Journal of Yoga*, 8(2), 128-133.
- Burns, L. C., S. E. Ritvo, et al. (2015). Pain catastrophizing as a risk factor for chronic pain after total knee arthroplasty: a systematic review. *Journal of Pain Research*, 8, 21-32.
- Cavanagh, K., C. Strauss, et al. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: a systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 118-129.
- Coderre, T. J., J. Katz, et al. (1993). Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: review of clinical and experimental evidence. *Pain* 52(3), 259-285.

- Costigan, M., J. Scholz, et al. (2009). Neuropathic pain: a maladaptive response of the nervous system to damage. *Annual Review of Neuroscience*, 32, 1-32.
- Dale, R. and B. Stacey (2016). Multimodal Treatment of Chronic Pain. *Medical Clinics of North America*, 100(1), 55-64
- de Boer, M. J., H. E. Steinhagen, et al. (2014). Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PLoS One* 9(1), e87445.
- Esteve, R., A. E. López, et al. (1999). Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, 77-102.
- Gard, T., B. K. Holzel, et al. (2012). Pain attenuation through mindfulness is associated with decreased cognitive control and increased sensory processing in the brain. *Cerebral Cortex*, 22(11), 2692-2702
- Gardner-Nix, J. (2009). *Mindfulness-based stress reduction for chronic pain management*. New York, Springer, Didona.
- Gardner-Nix, J., S. Backman, et al. (2008). Evaluating distance education of a mindfulness-based meditation programme for chronic pain management. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(2), 88-92
- Hayes, S., K. Strosahl, et al. (1987;2014). *Terapia de Aceptación y compromiso*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Holtzman, S. and R. T. Beggs (2013). Yoga for chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Research & Management*, 18(5), 267-272.
- 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(1), 33-47
- Kerr, C. E., M. D. Sacchet, et al. (2013). Mindfulness starts with the body: somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in mindfulness meditation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 12
- Kim, W. and S. K. Kim (2016). Neural circuit remodeling and structural plasticity in the cortex during chronic pain. *Korean Journal of Physiology and Pharmacology*, 20(1), 1-8
- Krohne, K. and C. Ihlebaek Maintaining a balance: a focus group study on living and coping with chronic whiplash-associated disorder. *BMC Musculoskeletal Disord*, 11, 158.
- Kuner, R. (2010). Central mechanisms of pathological pain. *Nature Medicine*, 16(11), 1258-1266
- Lawrence, J. M., F. Hoeft, et al. (2011). Strategy-dependent dissociation of the neural correlates involved in pain modulation. *Anesthesiology* 115(4), 844-851.
- Lewis, G. N., D. A. Rice, et al. (2015). Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 114(4), 551-561
- Liu, M. G. and J. Chen (2014). Preclinical research on pain comorbidity with affective disorders and cognitive deficits: Challenges and perspectives. *Progress in Neurobiology*, 116, 13-32
- Lu, H. C., J. C. Hsieh, et al. (2010). Neuronal correlates in the modulation of placebo analgesia in experimentally-induced esophageal pain: a 3T-fMRI study. *Pain* 148(1), 75-83.
- Luciano, J. V., N. Martinez, et al. (2011). Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27(5), 383-391
- McCracken, L. M. and E. Keogh (2009). Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*, 10(4), 408-415
- McCracken, L. M. and K. E. Vowles (2006). Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports* 10(2), 90-94.
- Palao, A. (2014). Intervenciones Grupales Psicoterapéuticas en Dolor Crónico. *Arteterapia. V Manejo del dolor musculoesquelético.*, Fundación Grüenthal: 65-74.
- Pascual-Leone, A., A. Amedi, et al. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience* 28, 377-401.
- Patil, N. J., R. Nagarathna, et al. (2015). Designing, validation, and feasibility of integrated yoga therapy module for chronic low back pain. *International Journal of Yoga*, (2), 103-108.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Pérez Álvarez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. *Formación Continuada a Distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.*
- Phillips, M. (2007). *Reversing chronic pain*. Berkeley, California, North Atlantic Books.

- Price, D. D. (2002). Central neural mechanisms that interrelate sensory and affective dimensions of pain. *Molecular Interventions*, 2(6), 392-403.
- Rodríguez Vega, B. y Palao Tarrero, A. (2012). Atención plena en el tratamiento del dolor crónico y el trauma en *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez Vega, B. y Palao Tarrero, A. (2008). Convivir con el dolor. Afrontar el dolor crónico. *JANO*, 1, 6-10.
- Saab, C. Y. (2012). Pain-related changes in the brain: diagnostic and therapeutic potentials. *Trends in Neurosciences*, 35(10), 629-637.
- Samwel, H. J., A. W. Evers, et al. (2006). The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 22(3), 245-251.
- Seifert, F. and C. Maihofner (2009). Central mechanisms of experimental and chronic neuropathic pain: findings from functional imaging studies. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 66(3), 375-390.
- Severeijns, R., J. W. Vlaeyen, et al. (2001). Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2): 165-172.
- Stahl, B. and E. Goldstein (2010). *A Mindfulness-Based Stress Reduction Workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publications
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Journal of Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115-124.
- Sullivan, M. J., B. Thorn, et al. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64.
- Veehof, M. M., H. R. Trompetter, et al. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behavioral therapy*, 1-27.
- Vidyamala, B. (2015). *Vivir con el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Villemure, C., M. Ceko, et al. (2014). Insular cortex mediates increased pain tolerance in yoga practitioners. *Cerebral Cortex*, 24(10): 2732-2740.
- Wager, T. D., L. Y. Atlas, et al. (2011). Predicting individual differences in placebo analgesia: contributions of brain activity during anticipation and pain experience. *The Journal of Neuroscience*, 31(2), 439-452.
- Wiech, K., M. Farias, et al. (2008). An fMRI study measuring analgesia enhanced by religion as a belief system. *Pain* 139(2), 467-476.
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Woolf, C. J. and M. W. Salter (2000). Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *The Journal of Neuroscience*, 28(5472), 1765-1769.



Integración en Psicoterapia: Nuevos Desarrollos

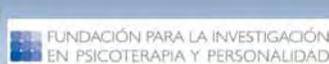
VI CONGRESO NACIONAL DE ASEPCO Y I CONGRESO NACIONAL DE APCA

Murcia, 21, 22 y 23 de octubre

Cámara de Comercio, Industria y Navegación



Colaboran:



VIAJES *El Corte Inglés*
CONGRESOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

SECRETARÍA TÉCNICA:
Alberto Bosch, 13 - 28014 Madrid (Spain)
Tel.: +34 91 330 05 65 · Fax: +34 91 420 39 52
Email: secretaria@viajeseci.es

MINDFULNESS EN LA PSICOSIS: UN ESTUDIO PILOTO

MINDFULNESS IN PSYCHOSIS: A PILOT STUDY

María Teresa Miró

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Sección de Psicología y Logopedia.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna

Joaquín Arceo

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria.
Servicio Canario de Salud

Ignacio Ibáñez

Dpto. Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Sección de Psicología y Logopedia.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de La Laguna

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Miró, M.T., Arceo, J. e Ibáñez, I. (2016). Mindfulness en la Psicosis: Un Estudio Piloto. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 37-56.

Resumen

Se presenta la visión fenomenológica de la psicosis así como sus implicaciones culturales. También se abordan las modificaciones convenientes en la práctica de mindfulness a la hora de utilizarla como una herramienta terapéutica y segura en el tratamiento psicológico de los pacientes psicóticos. Por último, se presentan datos sobre la viabilidad y eficacia de este planteamiento en el marco de un estudio piloto llevado a cabo en un centro público de rehabilitación/ recuperación psicosocial.

Palabras clave: *Hiper-consciencia, mindfulness, psicosis*

Abstract

The phenomenological view of psychosis and its cultural implications are presented. Likewise, adaptations in mindfulness practice to make it safe and therapeutic for psychotic patients are elaborated. Finally, data on the viability and efficacy of this approach from a pilot study in a public psycho-social recovery center are presented.

Keywords: *Hyper-consciousness, mindfulness, psychosis*



Al practicar *mindfulness* se aprende a observar la propia experiencia, las sensaciones, emociones, pensamientos, etc., a medida que suceden. Esta observación se lleva a cabo con una mirada o conciencia clara, simple, amable y no prejuiciosa. Esta mirada no es la mirada habitual, cargada de automatismos y preconcepciones; por eso, *mindfulness* requiere entrenamiento y práctica.

A medida que se desarrolla la capacidad de ser consciente de la propia experiencia de manera simple y amable, se desarrolla también la capacidad de aceptarla así como de soltarla o dejarla ir. Esta capacidad hace posible el ir más allá de los patrones habituales de auto-engaño, que perpetúan las mismas reacciones a las experiencias difíciles una y otra vez. Como veremos más adelante, esta capacidad de aceptar o soltar la experiencia resulta de la estructura misma del acto de hacerse consciente (Depraz, Varela y Vermersch, 2002). La aceptación de la experiencia junto con la capacidad de desengancharse de ella, son los mecanismos que conforman el núcleo de las Intervenciones Basadas en *Mindfulness* (IBM), que se han desarrollado durante las dos últimas décadas para múltiples trastornos de salud y trastornos mentales, incluyendo la psicosis –algunos trabajos sobre Intervenciones Basadas en *Mindfulness* se publicaron en el monográfico de la Revista de Psicoterapia de hace ya una década: Cebolla y Miró, 2006; García, 2006; Miró, 2006; Pérez y Botella, 2006; Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006; Simón, 2006.

El desarrollo de las IBM para un gran número de trastornos (estrés, dolor, depresión, ansiedad, etc.) se ha producido a un ritmo vertiginoso. No obstante, en el ámbito de la psicosis el desarrollo ha sido más lento, porque muchos clínicos pensaban que la práctica de *mindfulness* en este caso podría ser perjudicial o contraproducente. En el origen de esta creencia se mezclan varias cosas: por un lado, el desconocimiento real de *mindfulness* por parte de los clínicos, que justificaba su equiparación con otros tipos de prácticas meditativas que resultan desaconsejables en la psicosis. Pero, por otro lado, como veremos más adelante, hay aspectos de la práctica común de *mindfulness*, como la recomendación de permanecer quieto e inmóvil o mantener la mirada fija en un objeto, que también resultan desaconsejables en el caso de la psicosis; especialmente, después de conocer el crucial papel que este tipo de gestos puede desempeñar en el contexto de la conciencia solipsista, como Wittgstein señaló (citado en Sass, 1994). Por tanto, es muy importante indicar que aunque *mindfulness* se ha incorporado como un componente terapéutico esencial en varios tratamientos psicológicos para la psicosis, su práctica en este campo debe ser adaptada en formas específicas, como veremos después (Chadwick, 2014).

Bajo el término “psicosis” se agrupa un conjunto diverso de síntomas entre los que se incluyen trastornos conductuales, emocionales, cognitivos y perceptivos; por ejemplo, delirios, alucinaciones, alteraciones del pensamiento y del habla (síntomas positivos), acompañados de estados agudos de ansiedad y/o depresión. Los pacientes también pueden mostrar estados de máxima pasividad, abulia y anhedonia (síntomas negativos). En síntesis, los síntomas en la psicosis pueden ser

muy variados y complejos. De hecho, una de las peculiaridades diagnósticas de la psicosis reside en que dos personas pueden recibir el mismo diagnóstico, aunque no sólo no compartan los mismos síntomas, sino que éstos sean completamente diferentes. Pero para recibir un diagnóstico de psicosis la presencia de síntomas por sí sola no es suficiente, se requiere también que éstos alteren o interrumpan de manera significativa el curso normal de la vida de la persona. En la actualidad parece claro que detrás de la manifiesta complejidad de la sintomatología psicótica existen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales cuya interacción dista mucho de ser bien conocida (Frith y Johnstone, 2003).

En este texto abordamos en primer lugar la fenomenología de la experiencia esquizofrénica, ejemplo paradigmático de psicosis, como ha sido presentada en la obra de Sass (1992/2014, 1994). El extraordinario trabajo de este autor ha servido para comprender mejor la fenomenología de la enfermedad psicótica por un lado, pero, por otro, también ha contribuido a poner de manifiesto los extraordinarios cambios en los modos de vida y la cultura que han tenido lugar durante el último siglo, así como su papel en la transformación de la experiencia humana. En síntesis la obra de Sass sirve como una atalaya desde la que poder vislumbrar la extraordinaria transformación cultural que atravesamos en el seno de la cual la práctica de *mindfulness* adquiere relevancia y valor.

A continuación en el siguiente epígrafe abordamos la práctica de *mindfulness* entendida como la práctica del acto de hacerse consciente así como las modificaciones que se han llevado a cabo en el contexto del tratamiento psicológico de la psicosis, siguiendo especialmente las recomendaciones de P. Chadwick (2007/2009, 2014).

Por último exponemos un estudio piloto llevado a cabo en un centro de rehabilitación/recuperación psicosocial del Servicio Canario de Salud en la isla de Tenerife. En el estudio participaron diez pacientes con trastornos del espectro psicótico, con diagnóstico F-20 de CIE-10. Después de firmar un consentimiento informado los pacientes fueron evaluados antes y después de la intervención en la escala Breve de Evaluación Psiquiátrica así como en medidas de ansiedad, depresión, conciencia interoceptiva y descentramiento. En este caso la IBM consistió en el entrenamiento grupal en *mindfulness*, durante cinco meses, dentro del contexto de la Terapia Cognitiva Basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora de Chadwick (2007/2009), llevada a cabo por el segundo autor entrenado en el citado modelo de tratamiento. Aunque como era de esperar los resultados de la intervención no fueron espectaculares, sí contribuyeron a una moderada reducción de síntomas, especialmente de la ansiedad. Estos resultados son coherentes con las conclusiones de un meta-análisis reciente en el que se afirma que los efectos de *mindfulness* sobre la reducción de síntomas son moderados y resultan menores en los estudios controlados (Khoury, Lecomte, Gaudiano, & Paquin, 2013). No obstante, este estudio muestra que una IBM específica para la psicosis resulta viable en el marco de la asistencia pública, pero debe ser llevada a cabo por clínicos

especialmente entrenados en la aplicación de *mindfulness* en psicosis.

Fenomenología de la Esquizofrenia y Cultura Moderna

Aunque se han producido notables avances durante las últimas décadas respecto al conocimiento de los circuitos cerebrales y las alteraciones cognitivas implicadas en la psicosis, no se han descubierto compuestos químicos que “curen” la enfermedad (Frith & Johnstone, 2003). Las dificultades en el abordaje de este trastorno son conocidas casi desde el inicio de su conceptualización. Por ejemplo, hace ya cerca de un siglo Karl Jaspers confesaba que la psicosis le parecía una enfermedad “incomprensible” e “intratable” (citado en Sass, 1994). Esta declaración de impotencia frente al más devastador de los trastornos mentales resulta especialmente relevante, porque el enfoque de Jaspers pretendía superar la simple observación de los síntomas para captar y analizar lo más puramente posible las vivencias del paciente; en otras palabras, buscaba una interpretación psicológica del trastorno o una comprensión desde dentro de la experiencia vivida del mundo del paciente psicótico. Así, este enfoque fenomenológico que contribuyó decisivamente a la creación de una psiquiatría humanista, en relación a la psicosis, sin embargo, reconocía tropezar con un muro infranqueable por medio de la empatía. Esta misma sensación de extrañeza, de estar ante algo “incomprensible”, y en consecuencia, incurable o “intratable”, ha conducido a ver la psicosis como un epifenómeno de alguna disfunción o aberración biológica, renunciando así a su comprensión psicológica. La notable excepción a esta situación la constituye la exploración fenomenológica de la esquizofrenia llevada a cabo por Louis Sass (1992/2014, 1994).

En su obra *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*, Sass (1994) analiza los paralelismos entre la observación introspectiva en filosofía expuesta por Wittgenstein –quien sostenía que la filosofía era una enfermedad– y la exposición de su enfermedad (*esquizofrenia paranoide*) llevada a cabo por el juez D.P. Schreber. Éste describió el desarrollo de sus síntomas psicóticos en un texto que en castellano llevaría por título “*Memorias de mi Enfermedad Nerviosa*”. Siguiendo a Wittgenstein, Sass considera que existe una estrecha relación entre la locura y la filosofía solipsista. La predilección del filósofo por la abstracción y el distanciamiento respecto al cuerpo, el mundo y la comunidad le pueden conducir a una forma patológica de ver y de experimentar la vida. Esta forma patológica de ver y de experimentar consiste en la mirada escudriñadora. En ésta, la mirada se fija en las cosas “objetivándolas”, esto es, convirtiéndolas en objetos sin vida, inertes, pasivos e intercambiables. Esta mirada fija, auto-consciente, desenganchada de la vida, sin rastros de curiosidad, espontaneidad o intuición altera profundamente el objeto sobre el que se posa; en cierto modo, el objeto deja de ser una cosa en un contexto o circunstancia concreta de la vida, para convertirse en un objeto en el frío espacio de la propia conciencia que objetiva. Podemos utilizar a modo de ejemplo el bastón de un ciego, como hizo Wittgenstein, para ilustrar lo que

está implicado aquí.

Cuando un ciego ha aprendido a reconocer los objetos por medio del bastón, éste se hace transparente, se ha incorporado a la percepción, como si las manos del ciego se extendieran hasta la punta del bastón que toca los objetos y los reconoce. Con la mirada escudriñadora sucede lo contrario: el objeto mismo se vuelve algo extraño en su ser objeto, como sucede con un objeto como un bidet cuando se le exhibe en una sala de arte, como hicieron los artistas dadaístas. En otras palabras, cuando dejamos de actuar, de estar implicados en las cosas, de ser espontáneos e intuitivos y en su lugar nos volvemos pasivos, auto-conscientes, distanciados y nos dedicamos a escrutar las cosas de un modo “objetivo”, el mundo se convierte en un lugar extraño y amenazante, similar al mundo del esquizofrénico. Como indica Sass (1994):

La locura, en esta visión, es el punto final de la trayectoria que sigue la conciencia cuando se separa del cuerpo y de las pasiones, y del mundo práctico y social, y se vuelve sobre sí misma en lo que podría llamarse la apoteosis perversa de la mente (pág. 12).

El trabajo de Sass muestra que la naturaleza de la atención altera lo que la atención encuentra. La mirada fija escudriñadora forma parte del *puzzle* de la conciencia solipsista, como Wittgenstein señaló. En sus *Investigaciones Filosóficas*, este genial “*anti-filósofo*” llevó a cabo una serie de análisis minuciosos acerca de las condiciones bajo las cuales tienen lugar el extrañamiento del mundo y del sí mismo. A partir de estos análisis, Sass ha podido trazar paralelismos con los procesos psicóticos relatados por Schreber como acabamos de ver. Cuando la conciencia se vuelve sobre sí misma, se produce una hiper-conciencia dentro de la cual la conciencia dualista se intensifica hacia sus dos extremos: por un lado, se produce una enajenación o extrañamiento del mundo y, por otro, se produce también la creencia de que sólo los propios procesos de pensamiento son reales. Esta situación es similar a la que atravesó Descartes quien afirmaba que sólo podía tener certeza de su propio pensamiento. En otras palabras, cuando la atención deja de centrarse en el mundo y se centra en la propia experiencia, en el propio campo de conciencia se modifica la vivencia de la realidad.

El observador inmóvil, desenganchado del mundo y de la vida, siente que el mundo pierde realidad y las cosas se convierten en meras “*cosas vistas*”. Lo mismo sucede si se trata de personas: cuando la mirada fija y escudriñadora se impone en la visión los otros parecen carecer de conciencia, aparecen como autómatas en lugar de como seres dotados de mente. Esta incapacidad de ver a los demás como seres dotados de mente constituye una experiencia común en la esquizofrenia, como muestra el relato del juez Schreber. Por cierto, también Descartes llegó a preguntarse cómo podía saber que los seres que veía desde su ventana portando capas y sombreros eran hombres y no autómatas o seres extraterrestres.

La importancia del trabajo de Sass (1992/2014, 1994) reside en que ha podido documentar los paralelismos entre el arte, la literatura y la filosofía del modernismo

conectándola con la fenomenología de la esquizofrenia. En su monumental e influyente obra *Madness and Modernism*, recientemente traducida al castellano, Sass (1992/2014) ha elaborado una propuesta para penetrar en la fenomenología de la esquizofrenia, a saber, que el diverso conjunto de síntomas y experiencias implicadas en este trastorno son debidas a la alteración del núcleo mismo que compromete la relación del sí mismo con el mundo. El aspecto más central de este núcleo reside en un exceso de conciencia de sí o lo que Sass denomina hiperconsciencia: en la relación entre uno mismo y el mundo algunos aspectos que deberían permanecer implícitos o no conscientes permanecen conscientes de modo que se es consciente de la propia conciencia de ser consciente.

En el mismo sentido, Frith y Johnstone (2003), estudiosos de los procesos cognitivos en la esquizofrenia, han identificado la anormalidad central en la esquizofrenia como la conciencia de procesos automáticos que normalmente tienen lugar por debajo del nivel de conciencia. Como indica McGilchrist (2009), esta situación es similar a lo que le sucede al antihéroe descrito por R. Musil en la novela *El Hombre sin Atributos*, otra obra del período modernista: Ulrich empieza a ser consciente de los saltos de la atención, del esfuerzo de los ojos, de los movimientos pendulares de la mente que ocurren a cada momento y, de este modo, hasta la cosa más simple como mantenerse de pie en la calle se transforma en un esfuerzo tremendo.

En este punto conviene recordar la distinción que establecía Polanyi (1958) en su magna obra *Personal Knowledge*, entre la *conciencia focal* versus la *conciencia subsidiaria*. Polanyi utilizaba esta distinción para ilustrar el hecho de que la ejecución competente de cualquier acción requiere una integración específica entre elementos focales y subsidiarios. La persona experta en clavar clavos en la pared, por ejemplo, puede ejecutar esta acción manteniendo la atención focalmente centrada en el clavo y llevando a cabo un movimiento simple y certero del martillo sobre el clavo. En la ejecución de esta simple acción se integran numerosos elementos sobre los que se mantiene una atención subsidiaria; por ejemplo, la distancia correcta a la que hay que situarse de la pared para clavar el clavo, la intensidad con la que hay que golpear con el martillo, la forma en la que hay que coger el clavo y el martillo, etc. Si en lugar de mantener estos elementos en un segundo plano subsidiario se atiende a ellos de un modo focal lo más probable es que se termine con un dedo magullado. Es en el marco de la acción, al llevar a cabo la tarea, cuando los elementos centrales y subsidiarios se equilibran de manera espontánea, es decir, se equilibran por sí mismos, sin requerir manipulación intencional añadida. Por esta razón, este conocimiento práctico siempre es personal y, en su mayor parte, es de naturaleza tácita, no lingüística, es decir, consiste en saber hacer (Miró, 1994). Este conocimiento práctico de naturaleza pre-reflexiva es el que está alterado en el caso de la esquizofrenia.

Sass (1992/2014) denomina pérdida de *ipseidad* a la pérdida de este sentido tácito, pre-reflexivo, en el que se enraiza el sentido del sí mismo en el mundo. Las

consecuencias de esta pérdida son desastrosas: si se carece de un sentido tácito, pre-reflexivo y no problemático de enraizamiento en el mundo, es decir, si se está como en el aire, el sí mismo tiene que reconstruirse a partir de los productos de la observación de modo que su propia existencia se convierte en algo incierto, dudoso y fragmentario (McGilchrist, 2009). Se produce así una forma de reflexividad auto-referente en la que la atención se centra en el sí mismo y en su propio cuerpo, lo cual conduce a que las distintas partes del cuerpo aparezcan como si fueran ajenas al sí mismo. Utilizando la distinción de Polanyi (1958) entre la conciencia focal y subsidiaria, cabría decir que el cuerpo y el sí mismo que son los elementos subsidiarios siempre presentes en la experiencia, se convierten en focales y de este modo se fragmentan y enajenan. En otras palabras, la pérdida del sentido pre-reflexivo conlleva la pérdida del sentido del cuerpo como algo vivo, a la vez viviente y vivido. Así mismo, al escrutar bajo el haz de luz de la conciencia las propias emociones y las propias sensaciones del cuerpo la experiencia emocional pierde su carácter físico e inmediato que nos enraza en el mundo; pierde también su carácter de dirección de la acción y de sentirse cerca o lejos de los demás; así mismo se pierde la capacidad narrativa de enlazar el pasado con el futuro en un mundo coherente.

En último término la pérdida de la *ipseidad*, del sentido pre-reflexivo y tácito de nuestro ser en el mundo, conduce tanto a un sentido de impotencia o enajenación como a un sentido de omnipotencia. Sentir que “no puedo nada” (“estos no son mis pensamientos”, “he sido programado”) o bien sentir que “lo puedo todo” (“esto sucede porque yo lo pienso”) son dos caras de la misma moneda. En el primer caso, si uno mismo se siente no existir, se da la impotencia o “no puedo nada”; en el segundo caso, en cambio, si todo lo que se observa se ve como parte de uno mismo, se siente que las cosas suceden porque se piensan, “puedo todo”. Tanto en un caso como en otro, la normal relación con un mundo que existe de manera independiente de nuestra conciencia de él –un mundo que es “otro”, diferente de mi– está alterada. Tanto el exceso de subjetivización de la experiencia (sentir que uno crea el mundo al pensarlo) como el exceso de objetivación (sentir que uno no es más que una cosa entre las cosas del mundo) contienen una profunda alteración del sentido de realidad, dentro de la cual es posible comprender los síntomas de la psicosis. Como señala Pérez Álvarez (2012) al comentar la obra de Sass, este doble papel, esta duplicidad de la conciencia se encuentra tanto en el pensamiento moderno como en la esquizofrenia: “de una parte, el solipsismo que ensalza a la mente y desrealiza al mundo, y de otra, la cosificación del sujeto convertido en una cosa más del mundo” (pág. 166).

Pérez Álvarez (2012) en su magnífico ensayo sobre “*Las Raíces de la Psicopatología Moderna*” explora las características de la cultura moderna que se relacionan con el desarrollo de la esquizofrenia. Señala, además, que existe evidencia epidemiológica que permite situar el origen de la esquizofrenia precisamente en la cultura moderna, a partir de la segunda mitad del s. XVIII. Es en esta época en la que empieza a darse la disolución de la vida tradicional asentada en la

comunidad, vinculada a la economía agraria, por un lado, así como el nacimiento de la sociedad de los individuos, vinculada a la industrialización y la vida urbana, por otro (Elías, 1987/1990).

En este contexto de progresiva pérdida de los vínculos con la tradición familiar y el consecuente incremento del desarraigo, los individuos intentan ser cada vez más individuos, intentando ser cada vez más y más originales. Como explicó Zambrano (1943/1995) con la búsqueda de originalidad, el individuo moderno intenta expandir las paredes de la soledad de una conciencia separada y aislada de los otros, la conciencia solipsista. En este proceso, el lenguaje se torna cada vez más abstracto e intelectual y la realidad se transforma en un laberinto de espejos en dos sentidos: por un lado, en el sentido en que el trato con los objetos deja de estar dominado por las exigencias de la vida práctica y estos pasan a ser objetos reflejados en la conciencia introspectiva, escudriñadora y auto-referente. Y por otro lado, en el sentido en el que los demás pasan a ser vistos como espejos en cuya conciencia el sí mismo puede verse reflejado. Ambos caminos conducen a un tipo de actividad en el que cualquier cosa puede ser puesta bajo la lupa amplificadora del examen de la conciencia, y los resultados de este examen pueden a su vez ser objeto de un nuevo examen de conciencia en un laberinto sin fin, como algunos escritores modernistas mostraron, en especial Franz Kafka y Virginia Woolf (McGilchrist, 2009; ver también Pérez Álvarez, 2012).

La conexión de la esquizofrenia con el arte y la literatura modernista explorada por Sass (1992/2014) invita a una reflexión cultural de mucho mayor alcance que la que cabría esperar de la mera exploración de un trastorno mental, aunque se trate como en este caso del más devastador de los trastornos mentales. Permite iluminar el hecho de que el cambio cultural que se ha producido desde principios del pasado siglo enfatiza rasgos que McGilchrist (2009) considera coherentes con un mayor predominio del hemisferio izquierdo, tales como: el exceso de explicitación de rasgos que deberían permanecer implícitos e intuitivos, el exceso de conciencia, la despersonalización y la alienación del cuerpo y de los sentimientos empáticos, la alteración del contexto, la fragmentación de la experiencia y la pérdida del sentido relacional o lo que forzando el inglés cabría denominar como *betweenness*.

No resulta exagerado relacionar dichas alteraciones patológicas, como hacen Sass (1992/2014) y Pérez Álvarez (2012) entre otros, con la profunda alteración de los modos de vida que se ha producido en el marco del avanzadas sociedades capitalistas en las que vivimos. La ruptura de los vínculos familiares y sociales produce una pérdida del sentido de pertenencia que tiene profundos efectos sobre la vida mental: va unida a la pérdida de significado así como del sentido de conexión con los demás, y conlleva un aumento de la angustia existencial. Así mismo el avance del materialismo científico en el que sólo se considera real y efectivo lo que posee sustancia material por un lado y la creciente burocratización de la vida social por otro conducen a una creciente abstracción y “virtualización” de la vida, en la que se empobrece la persona real de carne y hueso, como indicó Max Weber (citado en

McGilchrist, 2009).

Además, en el marco consumista del capitalismo las relaciones humanas lejos de estar basadas en sentimientos de pertenencia y conexión o comunidad compartida se asientan sobre nociones y cálculos de utilidad, comparación, competición y codicia. No es sorprendente por tanto que el resultado de todo ello sea un expansivo sentido de decepción y desencanto que resulta un caldo de cultivo óptimo para los sentimientos de ansiedad, depresión y soledad que han producido una auténtica epidemia de trastornos mentales en el contexto del actual capitalismo corporativo.

En la misma línea argumentaba otro de los “padres” de la sociología moderna, Georg Simmel, quien propuso una teoría de la alienación según la cual el empobrecimiento creciente de la vida personal es consecuencia de la creciente racionalización que se ha producido en las sociedades modernas (Simmel, 1918/2000). Este proceso de racionalización conlleva una creciente separación entre la experiencia directa del mundo, pre-reflexiva y no mediada por el lenguaje por un lado y un mundo cada vez más denso de ideas y objetos abstractos producidos para dar sentido a ese mundo por otro. Cada vez más, en lugar de compartir vivencias, las personas comparten un lenguaje estandarizado, un modo abstracto de captar las relaciones y otorgarles sentido. Como señala Illouz (2009), el hecho de que cada vez tengamos más técnicas para estandarizar las relaciones íntimas, para hablar acerca de ellas y manejarlas de un modo general, debilita la capacidad de cercanía, la congruencia entre sujetos y objetos, la posibilidad de la vivencia compartida así como el sentido de profunda conexión existencial con el otro.

Por último, cabe añadir que los nuevos medios de comunicación no han hecho sino acrecentar esta tendencia a la alineación y la progresiva abstracción de la experiencia surgida mucho antes. Además, también contribuyen poderosamente a la estandarización y fragmentación de la experiencia. Por ejemplo, la televisión promueve la fragmentación de la experiencia por medio de la yuxtaposición azarosa de informaciones, fomentando el “*zapping* mental”, que cada vez con más frecuencia está sustituyendo al pensamiento coherente y estructurado. En realidad, lejos de limitarse a comunicar información, el uso continuado de los medios de comunicación trasforma la experiencia. En un reciente análisis sobre el impacto de las nuevas tecnologías de la comunicación, en especial los teléfonos móviles e internet, Turkle (2011) ha puesto de manifiesto que el uso de estas tecnologías no contribuye a reemplazar la pérdida del sentimiento de pertenencia, ni de comunidad compartida. Esta autora sostiene que está emergiendo una nueva forma de soledad que denomina “juntos, pero solos” en la cual el intercambio de mensajes no va unido a sentirse comprendido y cada vez esperamos más de la tecnología y menos de nosotros mismos. También alerta sobre los peligros potenciales de las nuevas formas de incomunicación tecnológica.

En síntesis, durante la época moderna se ha producido una creciente abstracción, burocratización y virtualización de la vida social, así como una pérdida del sentido de pertenencia y comunidad compartida junto a un progresivo aislamiento

de los individuos. Todo ello está dando lugar a una profunda transformación de la experiencia humana. Éste es el trasfondo cultural en el que está teniendo lugar el cultivo de *mindfulness*.

Mindfulness y el Tratamiento Psicológico de la Psicosis

En este apartado, en primer lugar, abordaremos la práctica de *mindfulness* de un modo general, trazando sus paralelismos con la tradición fenomenológica iniciada por E. Husserl. En segundo lugar, nos centraremos en las modificaciones específicas que conviene tener en cuenta en la práctica de *mindfulness* cuando ésta se utiliza en el marco de la psicosis, tal y como han sido señaladas por Paul Chadwick (2014).

Los análisis que acabamos de hacer en el epígrafe anterior sobre la transformación cultural que atravesamos resultan pertinentes a la hora de comprender la extraordinaria expansión que *mindfulness* está teniendo en las actuales sociedades capitalistas. La práctica de *mindfulness* supone una vuelta a la experiencia en primera persona, como se diría desde un punto de vista fenomenológico. En medio del mar de estandarización, fragmentación y abstracción de la experiencia que nos rodea, nada parece más necesario que volver a la experiencia directa y simple de la primera persona. Pero ¿en qué consiste la experiencia directa, intuitiva y personal de la primera persona?, ¿en qué consiste el acto de hacerse consciente?

Estas mismas preguntas fueron planteadas por Francisco Varela, cuyos análisis seguiremos a continuación. Este autor pudo situarse en una posición óptima para explorar estas cuestiones, porque poseía una larga experiencia en primera persona como meditador entrenado en la tradición budista de *mindfulness* por un lado y, por otro, porque contaba también con una profunda experiencia teórica y práctica como investigador en neurociencia cognitiva con un enfoque sistémico. De hecho, Varela fue pionero en señalar la naturaleza encarnada o corpórea del acto de hacerse consciente, adelantándose casi dos décadas a lo que se conoce hoy como *embodied cognition* o *embodied mind* (Varela, Thompson, & Rosch, 1999). También fue pionero en explorar los paralelismos entre la tradición budista y la tradición fenomenológica (Depraz, Varela, & Vermersch, 2002). Esta exploración resulta interesante porque contribuye a pensar en *mindfulness* como un conjunto de gestos que han sido cultivados en occidente y forman parte también de nuestra tradición; en contraposición a presentar *mindfulness* como algo exótico y novedoso como hacen algunas de las franquicias que se dedican a “vender” *mindfulness*. Además, la exploración de los paralelismos entre la tradición budista y la fenomenológica resulta valiosa por dos razones. Por un lado, contribuye a mostrar las similitudes prácticas entre la práctica de la conciencia en la tradición fenomenológica, lo que Husserl denominaba *Epoche*, y la práctica de *mindfulness*. Por otro lado, esta comparación conduce a un mapa muy útil para guiar la práctica de la conciencia.

Para guiar la práctica de hacerse consciente de la propia experiencia vivida,

conviene tener presente el siguiente mapa que se puede resumir en los tres momentos siguientes:

- 1) Suspensión de la actitud natural,
- 2) Redirección de la atención del exterior al interior,
- 3) Aceptar o soltar la experiencia.

El primer aspecto, la suspensión de la actitud natural o realista, consiste en suspender los prejuicios habituales respecto al mundo. Sin duda, éste es el aspecto más difícil y menos explorado. No obstante, conviene señalar que esta suspensión del juicio o de la actitud natural cuenta con una amplia tradición cultural que se remonta a las escuelas de los escépticos y los estoicos en la Antigüedad representados, por ejemplo, por Sexto Empírico o por Cicerón; también se encuentra recogida en los *Ensayos* de Montaigne. Para llevar a cabo la suspensión, el gesto de detener o interrumpir el flujo del pensamiento o de la acción resulta necesario. Se requiere, por tanto, de un acto de voluntad para dejar a un lado las creencias o los prejuicios y abstenerse de juzgar el mundo real con verdades no examinadas. En el trabajo de hacerse consciente, esta actitud de suspensión de los prejuicios habituales es la única manera en la que es posible cambiar la forma en la que se presta atención a la propia experiencia vivida (Depraz, Varela, & Vermersch, 2002). No obstante, aunque se siga la instrucción de suspender los prejuicios, esta tarea no es fácil y hace falta mucho entrenamiento antes de ser capaz de estabilizar esta actitud en el examen de la propia experiencia vivida.

Una vez que se ha conseguido mantener de un modo activo la fase inicial de suspensión, vienen las dos fases siguientes, la redirección de la atención y la aceptación de lo que viene. Estos dos movimientos son complementarios. La redirección de la atención requiere pasar del modo externo habitual de prestar atención al mundo a prestar atención a la experiencia vivida, la experiencia interna. A continuación, hay que cambiar la calidad de la atención de estar buscando algo, a un modo más pasivo de simplemente dejar que llegue lo que tenga que llegar. En la tradición budista de *mindfulness* estos dos movimientos son descritos como *samatha*, que requiere un gesto voluntario de prestar atención que, con el entrenamiento adecuado, se desarrolla hacia *vipassana*, en la que la búsqueda voluntaria se relaja hacia un modo de conciencia más receptivo, apacible y expansivo (Depraz, Varela, & Vermersch, 2002).

Los análisis de Depraz, Varela y Vermersch (2002) sobre los cambios cognitivos implicados en la práctica del hacerse consciente resultan muy útiles a la hora de explorar la experiencia vivida; en este sentido, merecen mayor atención. Sin embargo, no ofrecen pistas sobre cómo adaptar la práctica de *mindfulness* en el caso de trastornos mentales como la psicosis. Esta adaptación se ha producido en el marco de los nuevos desarrollos de las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC), en modelos como la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Cognitiva basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora (Chadwick, 2007/2009; Morris, Johns, & Oliver, 2013). No es nuestra intención revisar las numerosas investiga-

ciones desarrolladas en este campo, sino simplemente dar unas nociones básicas para ilustrar la utilización de *mindfulness* en este contexto siguiendo la obra de Chadwick, en particular.

El supuesto central en torno al cual giran las TCC consiste en las siguientes ideas:

(1) detrás de las dificultades psicológicas que producen estrés y malestar, existen circuitos disfuncionales de pensamientos, emociones y conductas,

(2) es posible aprender a reconocer estos circuitos y manejarlos de forma más adaptativa,

(3) el aspecto clave para producir estos cambios consiste en aprender a alterar el contexto en el que se producen los circuitos disfuncionales, especialmente pasar de un contexto de rechazo a un contexto de aceptación.

Mientras los puntos (1) y (2) conforman el núcleo de los desarrollos teóricos y prácticos llevados a cabo por el modelo cognitivo conductual, el punto (3) es el que resulta más directamente comprometido con los nuevos desarrollos basados en *mindfulness*, porque se ha descubierto que para producir este cambio de contexto, para pasar del rechazo a la aceptación, la práctica de *mindfulness* resulta útil.

Pero, específicamente ¿cómo hay que adaptar *mindfulness* para que su práctica resulte no sólo útil, sino también segura o terapéutica en personas con psicosis? Como indica Chadwick (2014), que hace más de 20 años que empezó a utilizar *mindfulness* con pacientes con experiencias psicóticas perturbadoras, en la actualidad ciertas respuestas parecen claras.

Primero, con pacientes que pueden tener experiencias perturbadoras mientras practican *mindfulness* no conviene extender la práctica más allá de 10 minutos.

Segundo, conviene evitar los silencios prolongados, de modo que se deben ofrecer guías cada 30 o 60 segundos, con el propósito de que el paciente no se pierda en ruidos u otras experiencias difíciles o extrañas que tienen mayor probabilidad de aparecer si el silencio se prolonga.

Tercero, durante la práctica de *mindfulness* resulta conveniente que las guías verbales hagan referencia explícita a las sensaciones psicóticas, de modo que se las normalice sin darles un estatus especial o diferente de otras sensaciones que surgen y desaparecen; por ejemplo, si se escuchan voces, se puede incluir esta posibilidad en la práctica guiada como una sensación más entre otras.

Aunque la evidencia científica acerca de la eficacia de estas intervenciones se encuentra en sus inicios —existen pocos estudios con grupos de control adecuados, dada la dificultad de la población— los estudios disponibles avalan la utilidad de la práctica de *mindfulness* llevada a cabo con las especificaciones que se acaban de mencionar. No obstante, a la hora de hablar de utilidad o eficacia en este campo conviene matizar que no se trata tanto de conseguir una reducción de síntomas, sino de aprender a reaccionar o a relacionarse con ellos de un modo más adaptativo. En el caso concreto de pacientes que escuchan voces perturbadoras o que están diagnosticados de paranoia, los resultados de varios estudios con un total de cerca

de 80 pacientes tratados indican una mejora significativa en el bienestar psicológico, después de seguir entrenamientos grupales en *mindfulness* (Chadwick, Hughes, Russell, Russell, & Dagnan, 2009).

En relación a los procesos de cambio activados por medio del entrenamiento en *mindfulness*, existen algunos análisis cualitativos de las experiencias de los pacientes: muchos de ellos indicaban que aprender a reconocer y a soltar la experiencia perturbadora cambiando las reacciones habituales les ayudaba a sentirse más capaces de aceptar su experiencia psicótica y, a la vez, a sentirse con más poder frente a ella –frente a las voces, por ejemplo. En definitiva, los pacientes aprendían que cómo respondían a una sensación difícil era importante y podía marcar la diferencia entre un curso de acción u otro. Finalmente, otro resultado interesante indicado por los autores apunta a una discrepancia entre la visión de los pacientes versus la visión de los terapeutas. Mientras estos últimos relacionaban los beneficios terapéuticos con el incremento en la habilidad de *mindfulness*, los pacientes indicaban que lo más beneficioso provenía de la experiencia en sí de practicar en grupo y descubrir que los demás tienen problemas similares a los propios (Abba, Chadwick, & Stevenson, 2008).

Estudio Piloto

El estudio piloto que se comenta a continuación, fue llevado a cabo en el marco de una colaboración entre el Centro de Rehabilitación/Recuperación Psicosocial del Puerto de la Cruz, que formaba parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria del Servicio Canario de Salud y el Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología de la Universidad de La Laguna, ambos en la isla de Tenerife. El objetivo principal fue implementar un programa de entrenamiento grupal en *mindfulness* con pacientes psicóticos introduciendo también elementos de la Terapia Cognitiva basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora desarrollada por Chadwick (2007/2009). El programa se llevó a cabo en 18 sesiones que se extendieron a lo largo de 5 meses y fue implementado por el segundo autor de este texto, que había recibido entrenamiento en la mencionada terapia.

Participantes

Participaron en el programa de intervención diez pacientes solteros, uno de los cuales fue excluido por no asistir con regularidad a la terapia. De los nueve restantes, ocho tenían un diagnóstico principal de esquizofrenia paranoide y uno de trastorno esquizoafectivo (una de las cuatro mujeres participantes). Todos ellos tomaban medicación antipsicótica y todos firmaron un consentimiento informado para participar en la investigación. Todos convivían con sus familias salvo uno de ellos que vivía en un piso tutelado. La edad media era de 34,4 años (DT 10,92). Dos tenían estudios medios, seis bachillerato y dos habían comenzado estudios universitarios. Sólo uno de ellos había trabajado durante más de un año, cinco menos de un año y

los cuatro restantes no habían trabajado nunca.

Instrumentos

Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA): Evaluación Multidimensional de la Conciencia Interoceptiva (Mehling, Price, Daubenmier, Acree, Bartmess y Stewar, 2012). Esta escala consta de 32 ítems que evalúan ocho factores: (1) Conciencia de las sensaciones corporales (conciencia de incomodidad, comodidad, y sensaciones corporales neutrales); (2) Regulación de la atención corporal (habilidad para controlar la atención a las sensaciones corporales); (3) Conciencia emocional (conciencia de la conexión entre las sensaciones corporales y los estados emocionales); (4) Auto regulación (habilidad para regular la tensión a través de prestar atención a las sensaciones corporales); (5) Escuchar el cuerpo (escuchar activamente al cuerpo para esclarecerse); (6) Confianza (confiar en que el cuerpo se manifiesta de manera segura y confiable); (7) No distraerse de la sensación de dolor (tendencia a no ignorar o distraerse de la sensación de dolor o incomodidad); (8) No preocuparse de la sensación de dolor o molestia (tendencia a no experimentar estrés emocional con las sensaciones de dolor o molestia). La versión española del MAIA (Valenzuela-Moguillansky & Reyes-Reyes, 2015) mostró indicadores apropiados de validez de constructo y fiabilidad, con alfa de Cronbach de 0,90 para la escala total y valores entre 0,40 y 0,86 para las distintas subescalas.

Experiences Questionnaire (EQ), Fresco, Moore, Van Dulmen, Segal, Ma, et al., 2007, versión española de Soler et al., 2014). El *Experiences Questionnaire* (EQ) es una escala que evalúa la capacidad para observar pensamientos y sentimientos como eventos temporales y objetivos de la mente, también llamada “descentramiento”, siendo un elemento clave en el entrenamiento de la mente. La escala está compuesta por 11 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert cuyo rango va desde 1 (nunca es cierto) a 5 (siempre es cierto). Cuanto mayor es una puntuación, mayor es el “descentramiento”. El EQ presenta buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de 0,90.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982). Es un instrumento de autoevaluación que consta de 40 ítems, 20 relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 con la ansiedad-estado. Evalúa por tanto el nivel actual de ansiedad como la predisposición de responder con ansiedad ante situaciones de estrés. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. Sus propiedades psicométricas están ampliamente contrastadas. Su Consistencia interna se sitúa entre 0,90 y 0,93 (subescala Estado) y 0,84 y 0,87 (subescala Rasgo). Su Fiabilidad test-retest entre 0,73 y 0,86 (subescala Rasgo).

Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck et al., 1996). El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada uno de sus ítems la persona evaluada tiene que

elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. En este estudio se utilizó la versión española del BDI-II (Beck et al., 2011), la cual presenta índices de fiabilidad y validez adecuados para pacientes con trastornos mentales.

La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS, Overall y Gorham, 1962). Permite hacer evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios registrados en la sintomatología de los pacientes con enfermedad mental, utilizándose como medida de gravedad y subtipificación en la Esquizofrenia. Se empleó la versión de 18 ítems. Se aplica mediante una entrevista semiestructurada donde se evalúa la presencia y el grado de severidad para cada ítem según el estado del paciente a la fecha de la entrevista y durante los últimos tres días. Deben valorarse: ansiedad psíquica, hostilidad, estado de sospecha, conducta alucinatoria, pensamientos inhabituales y afectos bloqueados o inadecuados. La escala es cuantitativa proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas positivos y síntomas negativos. Los puntos de corte obtenidos mediante escala Likert proporcionan tres posibilidades: ausencia de trastorno, trastorno leve o caso probable y trastorno grave o caso cierto. Sus propiedades psicométricas son adecuadas.

Procedimiento

Se trata de un diseño pre-post sin grupo control. Para todas las escalas se calcularon los estadísticos exploratorios y descriptivos y la normalidad de los datos mediante el procedimiento de Kolmogorov-Smirnov. Con el fin de detectar los cambios tras la intervención, dado el N (9) y la ausencia de normalidad, se utilizó el estadístico no paramétrico “*U de Wilcoxon*”, equivalente no paramétrico a la T de student para datos relacionados (Corder & Foreman, 2014). Estos resultados se acompañan del tamaño del efecto según el procedimiento de Rosenthal (1994) y se interpretan según el baremo de Cohen (1988).

En un segundo momento, con el objeto de ver tendencia de cambio, se calculó la diferencia entre las puntuaciones después y antes, convirtiéndose en porcentaje de cambio. Este indicador se analiza para todos los participantes y variables.

Resultados

En primer lugar, se analizaron las diferencias antes-después del programa terapéutico mediante la U de Wilcoxon. Como se aprecia en la Tabla 1 sólo se observan cambios significativos en la puntuación global de la escala de síntomas psiquiátricos (BPRS), en la ansiedad estado o rasgo (STAI) y en la escala de confianza del MAIA, indicando una mejoría tras la intervención. Si atendemos al tamaño del efecto, estas diferencias son grandes para las diferencias significativas,

pero también para las subescalas del BPRS y para el factor de “percibe” del MAIA (donde no se detectaron cambios significativos). Igualmente con cambios no significativos y tamaño del efecto mediano aparecen las escalas de descentramiento y de conciencia emocional del MAIA.

Tabla 1

Test de Wilcoxon para las puntuaciones antes/después de la intervención y tamaño del efecto.

	Antes		Después		Z	r
	X	SD	X	SD		
BDI	23,67	11,98	23,89	11,52	-0,23	-0,07
Descentramiento	34,78	9,64	36,56	6,98	-1,07	-0,35
BPRS	28,11	11,33	25,22	10,35	-2,54**	-0,84
Síntomas Negativo	6,67	3,04	5,78	2,73	-1,51	-0,50
Síntomas Positivos	6,33	2,29	5,89	2,47	-1,63	-0,54
Ansiedad Rasgo	35,44	12,09	29,56	10,11	-2,44**	-0,81
Ansiedad Estado	29,00	10,44	26,11	10,51	-2,21**	-0,73
MAIA	2,84	0,54	2,93	0,64	-0,29	-0,09
Percibe	2,97	1,27	2,56	1,19	-1,54	-0,51
No Distrae	2,48	0,80	2,67	0,71	-0,42	-0,14
No Inquieta	1,70	0,75	1,78	0,82	0,00	0,00
Regulación Atención	2,59	1,18	2,67	0,89	-0,42	-0,14
Conciencia Emocional	3,18	1,13	3,51	1,03	-1,19	-0,39
Auto-Regulación	3,33	0,92	3,22	0,71	-0,55	-0,18
Escuchar Al Cuerpo	3,22	0,90	3,30	1,24	-0,42	-0,14
Confianza	2,93	1,10	3,74	1,21	-2,21**	-0,73

BDI = *Beck Depression Inventory*; BPRS = *Brief Psychiatric Rating Scale*; MAIA = *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness*

* $p > ,05$; ** $p > ,01$; *** $p > ,001$

En un segundo momento, se calculó el porcentaje de cambio después-antes (%DC) para cada paciente¹. Los resultados se muestran en la Tabla 2. Los valores negativos indican una puntuación menor tras la intervención; es decir, una mejoría para las variables más psicopatológicas y un empeoramiento para escalas de descentramiento (EQ) y el MAIA, por lo que comentaremos ambos bloques de variables de forma separada.

En primer lugar hay que comentar que sea cual sea el tipo de variable, el porcentaje de cambio muestra una alta variabilidad. En otras palabras, mientras unos pacientes parecen mejorar en una variable concreta, otros muestran un empeoramiento en esa misma variable. Además, la magnitud de cambio se muestra muy inestable.

Respecto a las variables con un mayor carácter psicopatológico, sólo en los casos en que los cambios son significativos (puntuación total del BPRS y ansiedad Estado o Rasgo) hay un predominio claro de pacientes que han mejorado (al menos siete de los nueve), si bien estos porcentajes de cambio no son necesariamente altos.

Tabla 2
Porcentajes de cambio para cada variable y paciente
Pacientes

	Pacientes										Sentido del cambio		
	1	3	4	5	6	7	8	9	10	Mejoran	No cambian	Empeoran	
BDI	21	225	-12	-19	9	50	-33	-17	18	44	0	56	
BPRS	-5	-8	-31	0	-16	-5	-14	-3	-16	89	11	0	
Síntomas Negativo	0	0	-33	20	0	0	-20	-10	-56	44	44	11	
Síntomas Positivos	0	0	-25	-33	0	0	0	0	-13	33	67	0	
Ansiedad Rasgo	-12	-31	-15	-9	-28	-36	-18	-18	17	89	0	11	
Ansiedad Estado	-10	-25	-10	-17	-7	-16	3	-27	20	78	0	22	
										Empeoran	No cambian	Mejoran	
Descentramiento	11	16	28	17	-4	-8	16	6	-14	33	0	67	
MAIA	-18	37	17	11	-14	-14	10	4	2	33	0	67	
Percibe	-38	-11	-38	-33	0	13	20	-31	0	56	11	33	
No Distrae	-25	100	-50	-25	0	0	29	40	100	33	22	44	
No Inquieta	0	167	0	25	0	0	-33	0	-40	22	56	22	
Regulación Atención	-9	22	82	0	0	-39	67	-11	7	33	22	44	
Conciencia Emocional	-26	29	-8	175	0	-15	40	30	8	33	11	56	
Auto-Regulación	11	15	0	0	0	-25	0	-15	0	22	44	33	
Escuchar al cuerpo	-45	50	75	20	0	-40	-33	57	-14	33	11	56	
Confianza	29	67	160	22	0	15	30	0	-7	11	22	67	

Es decir, en la medida en que hay una mejoría generalizada, hay cambios significativos. Para los síntomas positivos del BPRS predomina la ausencia de cambios. En cambio, los síntomas negativos del BPRS mejoran o no cambian en el 88% de los pacientes. En cuanto a la variable depresión, en el BDI hay un predominio de pacientes que empeoran (56% frente a 44% que mejoran), pero los niveles son tan bajos que no hay cambios estadísticamente significativos; por ejemplo, el paciente 3 que mostraba un empeoramiento del 225% tiene una puntuación post intervención de 6 en el BDI, clínicamente insignificante.

En relación a la conciencia interoceptiva evaluada por el MAIA y en la escala de descentramiento, los resultados son muy similares; en general, en ambos casos los pacientes mejoran, aunque esta mejora no resulte significativa. Sólo para la escala de Percepción hay un predominio claro de pacientes que empeoran tras la intervención (56%). Para No inquietarse y Regulación Emocional, lo más frecuente es no cambiar (56% y 44%, respectivamente). Por último, el número de pacientes que han mejorado es mayor para el EQ, y las 6 escalas restantes del MAIA.

Discusión

Los análisis de los datos del estudio piloto muestran una mejoría significativa en la ansiedad, estado o rasgo, en la escala breve de síntomas psiquiátricos y en el factor de confianza en las sensaciones del propio cuerpo del MAIA. Este último resultado parece muy interesante, puesto que confiar en que el propio cuerpo se manifiesta de manera segura y estable es un pre-requisito para practicar el hacerse consciente. Además, como en el trastorno psicótico esta confianza básica en las sensaciones de propio cuerpo está alterada, siendo un síntoma nuclear, este resultado parece muy significativo. También cabe pensar que esta mayor confianza en las sensaciones corporales esté relacionada con la significativa disminución de la ansiedad.

En relación a la escala breve de síntomas psiquiátricos, los análisis indican que no hay cambios significativos en los síntomas positivos o negativos. Pero sí se producen pequeños cambios en ambos tipos de síntomas que sumados, al final, indican una menor severidad del trastorno.

Por último, conviene indicar que los análisis de los porcentajes de cambio obtenidos por cada paciente nos llevan a pensar que existen diferencias individuales importantes en la respuesta concreta de cada paciente a la intervención.

En síntesis, los resultados de este estudio piloto son coherentes con los hallazgos del único meta-análisis que encontrado en las bases de datos. Khoury, Lecomte, Gaudiano y Paquin (2013) después de analizar la evidencia de 13 estudios, abarcando una población de 468 pacientes, indican que el tamaño del efecto de las IBM para psicosis es moderado. Los efectos son ligeramente mayores sobre los síntomas negativos si se comparan con los positivos. También encontraban gran heterogeneidad en los resultados; pero estos autores la atribuían a la diversidad de intervenciones incluidas en su análisis.

De cara al futuro, parece evidente que son necesarias más investigaciones con grupos de control adecuados. También parece conveniente prolongar las intervenciones en el tiempo, dada la cronicidad del trastorno psicótico y lo bien acogida que fue la IBM utilizada en el estudio piloto.

Resumen y Conclusiones

En este texto se ha presentado la visión fenomenológica del trastorno psicótico elaborada por Sass, junto con sus implicaciones culturales. A partir de aquí, se ha descrito la práctica de *mindfulness* como la práctica del acto de hacerse consciente, señalando sus similitudes con la tradición iniciada por Husserl. Se han descrito también las especificaciones que hay que introducir en la práctica de *mindfulness* cuando se utiliza con pacientes psicóticos para que resulte segura y terapéutica, siguiendo a Chadwick. Por último se ha expuesto un estudio piloto en el que se ha llevado a cabo una IBM para pacientes psicóticos en un centro público. Aunque es evidente que hace falta más investigación sobre la eficacia de la práctica de *mindfulness* en este campo, también parece claro que las IBM resultan bien

aceptadas por los pacientes y producen moderados efectos beneficiosos en la reducción de síntomas.

Nota

¹ Este se definió como (postintervención-preintervención/preintervención) x 100.

Referencias bibliográficas

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson C. (2008) Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 42, 11-16
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual BDI-IL Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: J. Sanz y C. Vázquez). Madrid: Pearson.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-IL Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd. edit.) Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Corder, G.W. and Foreman, D.I. (2014). *Nonparametric Statistics for Non-Statisticians: A Step-by-Step Approach*, (2nd Ed.) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118165881>
- Chadwick, P. (2007/2009). *Terapia Cognitiva basada en la Persona para la Psicosis perturbadora*. Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.
- Chadwick, P. Hughes, S. Russell D, Russell I, Dagnan D, (2009), Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 403-412.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 33-334.
- Depraz, N., Varela, F., & Vermersch, P. (2002). *On becoming aware: Steps to a phenomenological pragmatics*. Amsterdam: Benjamins.
- Elías, N. (1987/1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V, Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234-246. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- Frith, C.D. & Johnstone, E.C. (2003). *Schizophrenia: A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- García, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 121-132. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-en-la-terapia-dialectico-comportamental.html>
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B., Paquin, K. (2013). Mindfulness Interventions for Psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150, 176-184. doi:10.1016/j.schres.2013.07.055
- Illouz, E. (2009). *El consumo de la utopía romántica. El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. Madrid-Buenos Aires: Katz
- McGilchrist, I (2009), *The Master and his Emissary: The Divided Mind and the Making of the Western World*. New Haven and London: Yale UP.
- Mehling W. E., Price C., Daubenmier J. J., Acree M., Bartmess E., Stewart A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). doi:[PLoS ONE 7:e48230](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230)
- Miró, M.T. (1994), *Epistemología Evolutiva y Psicología, Implicaciones para la Psicoterapia*. Valencia: Promolibro.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Morris, E.M, Johns, L., & Oliver (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Overall, J., & Gorham, D. (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799-812.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>

- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Toward a Post-critical Philosophy*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. En H. Cooper & L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 231-244). New York: Russell Sage Foundation.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Sass, L.A. (1992). *Madness and Modernism: Insanity in Light of Modern Art, Literature, and Thought*. New York: Basic Books.
- Sass, L.A. (1994). *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizo-phrenic Mind*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Simmel, G. (1918/2000). El conflicto de la cultura moderna. *Reis. (Revista Española de Investigaciones Sociológicas)*, 89/00, 315-350.
- Simón, V. (2006). *Mindfulness y neurobiología*. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Soler J, Franquesa A, Feliu-Soler A, Cebolla A, Garcia-Campayo J, Tejedor R, Demarzo, M., Banos, R., Pascual, J.C., Portella, M.J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behaviour Therapy*, 45(6), 863-871.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Turkle, S. (2011). *Alone Together : Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. New York: Basic Books
- Valenzuela-Moguillansky, C., & Reyes-Reyes, A. (2015). Psychometric properties of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA) in a Chilean population. *Frontiers in Psychology*, 6, 120. doi:<http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00120>
- Varela, F. J., Thompson, E., and Rosch, E. (1999). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT press.
- Zambrano, M. (1943/1995). *La confesión: genero literario y método*. Madrid: Siruela.

TERAPIA DE COMPASIÓN BASADA EN LOS ESTILOS DE APEGO

ATTACHMENT-BASED COMPASSION THERAPY

Javier García Campayo

Departamento de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet y Universidad de Zaragoza.

Mayte Navarro

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Marta Modrego

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Héctor Morillo

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Marta Correa

Master de *Mindfulness*. Universidad de Zaragoza.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García Campayo, J., Navarro, M., Modrego, M., Morillo, H. y Correa M. (2016). Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 57-69.

Resumen

La terapia de compasión es una psicoterapia de tercera generación que se está utilizando en los últimos años de forma asociada a mindfulness. Existen varios protocolos de entrenamiento en compasión que al igual que los protocolos de mindfulness han surgido en países anglosajones con entornos culturales y sistemas sanitarios muy diferentes al nuestro. En este contexto consideramos que era necesario desarrollar un modelo de terapia de compasión más cercana a nuestra cultura, más adaptada a nuestro entorno sanitario y que pudiese ser aplicable no sólo a población general, sino también a pacientes con enfermedades psicológicas y somáticas. Este modelo está centrado en los estilos de apego, un concepto psicoanalítico que describe el tipo de relación que el niño desarrolla con sus padres y que influenciará de forma decisiva el tipo de relación interpersonal que mantendrá de adulto con otras personas, así como la imagen que desarrollará sobre sí mismo. En el artículo se describen las bases científicas del modelo, la estructura del programa, los datos de evidencia y el proceso de formación en este protocolo, el primero autóctono desarrollado en países de habla hispana.

Palabras clave: *compasión, estilos de apego, protocolo, mindfulness*



Abstract

Compassion Therapy is a third-generation psycho-therapy that has been used associated with mindfulness these last years. There exist several compassion protocols, that have been developed in USA and Britain, like mindfulness protocols as well. As these countries has cultural characteristics and health systems quite different from Spain, it was necessary to develop compassion protocols more adapted to Spanish culture and health system, and that could be administered to both general population and to medical and psychiatric patients. This model is based on attachment styles, a psychoanalytical concept that describes the relationship the children develops with their parents, and that will influence the interpersonal relationships that he will develop, and his/her own self-image. This paper described the scientific basis of this model, the structure of the protocol, the scientific evidence and the training programme of this model, the first autochthonous programme in any Spanish-speaking country.

Keywords: compassion, attachment style, protocol, mindfulness

En el año 2006 se publicó un compendio de algunos de los primeros trabajos sobre *mindfulness* en España en forma de monográfico de la Revista de Psicoterapia (véase Cebolla y Miró, 2006; García, 2006; Miró, 2006; Pérez y Botella, 2006; Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006; Simón, 2006). En 2008 empezamos a utilizar *mindfulness* en el entorno sanitario español (García Campayo, 2008) y descubrimos que muchos de los protocolos que utilizábamos, tanto en *mindfulness* como en compasión, no se adaptaban bien a la población española (García Campayo et al., 2014). En parte por diferencias transculturales, que incluían aspectos como la expresión de las emociones, la relación con el cuerpo o la relación entre profesionales sanitarios y pacientes (García Campayo, Díez y Sanmartín, 2005) y en parte porque el sistema sanitario español es muy diferente al norteamericano, país en el que han surgido la mayoría de estos protocolos. En España la sanidad es mayoritariamente pública y gratuita con un potente sistema de atención primaria, mientras que ambos aspectos son marginales en los Estados Unidos. Por último, los protocolos de compasión existentes, a excepción del modelo de Gilbert, no se consideran terapia como tal, destinada a tratar enfermedades psiquiátricas por lo que no están inicialmente diseñados para su uso con pacientes.

Estas razones, y nuestra experiencia como psicoterapeutas, nos convenció de la necesidad de desarrollar protocolos estructurados, adaptados a nuestro entorno cultural y a nuestro sistema sanitario y que pudiesen emplearse como psicoterapia. Además, decidimos enfatizar un aspecto que nosotros, como muchos profesionales de salud mental, hemos considerado clave en la eficacia terapéutica y que se encuentra claramente relacionado con la compasión: el modelo de apego del individuo. Esta es la razón de denominar a nuestro modelo *Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego*. Aunque algunos aspectos de la teoría del apego (en especial, el apego seguro como base de la compasión) ya aparezca en las bases teóricas de otros modelos de compasión (Gilbert, 2015; Neff, 2012), es la primera vez que un programa basado en compasión lo utiliza en profundidad en el centro del proceso terapéutico y como base del programa. Las bases teóricas sobre las que se estructura este modelo son las siguientes.

1. *Teoría del Apego*: Las emociones son los principales fenómenos mentales que se asocian a estrés crónico. Emociones como la culpa, la vergüenza, el odio, etc. se consideran especialmente destructivas y está demostrado que facilitan la aparición de diferentes enfermedades médicas y psiquiátricas, como asegura la Teoría de la Neuroinflamación (Akiyama et al., 2000). Las emociones, por definición, suelen surgir en contextos interpersonales. La Teoría del Apego es uno de los constructos teóricos que mejor explica nuestra forma de relacionarnos con otras personas y, por tanto, cómo surgen las emociones (positivas o negativas) en nuestra vida de relación. Conocer nuestro modelo de apego y modificar los aspectos que nos producen malestar se asociará a la disminución del malestar psicológico. Nuestro protocolo pretende modificar esos estilos

estructurando un modelo seguro de apego, lo que se asocia a disminuir la crítica y la rabia hacia nosotros mismos y hacia los otros, aumentando la compasión.

2. *Aportaciones de otros modelos de compasión y de otras terapias*: Ningún conocimiento surge de la nada. Nuestro modelo incluye ideas de otros protocolos de compasión (la estructura de los tres circuitos cerebrales de Paul Gilbert o algunas prácticas que previamente la mayoría de los protocolos han tomado a su vez de la tradición). También incluye técnicas de otras terapias tanto cognitivas como de tercera generación (aspectos de atención plena tomados de las terapias basadas en *mindfulness* (García Campayo y Demarzo, 2015a), valores que constituyen una técnica esencial de la Terapia de Aceptación y Compromiso o aceptación radical procedente de la Terapia Dialéctica Conductual).
3. *Aportaciones de la tradición*: Como otros protocolos de compasión, hemos rescatado algunas prácticas y bases teóricas de tradiciones como el budismo tibetano, pero también de otras religiones, como las nativas americanas, en las que se ha trabajado la compasión, ya que es un denominador común a todas ellas. Lógicamente, como es habitual en *mindfulness* y en terapia de compasión, en estas técnicas se ha eliminado cualquier connotación religiosa o cultural, y se ha evaluado su eficacia desde una perspectiva científica.

La Teoría del Apego

Desde el punto de vista evolutivo se acepta que la compasión (Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010) es clave para el cuidado de la descendencia en especies como la nuestra (y en los mamíferos en general) en la que las crías son muy vulnerables al nacer y requieren para sobrevivir el cuidado intenso de los adultos durante mucho tiempo. Es en estos primeros años de vida en los que surge el concepto de apego, es decir, la capacidad de afecto y confianza que sentimos hacia nosotros mismos y hacia otras personas.

El término apego constituye un concepto psicoanalítico clásico desarrollado por John Bowlby (1969). Este autor defendía que cuando el niño se siente amenazado se activa su sistema de apego y busca instintivamente la protección de los padres. Cuando el niño encuentra dicha protección de forma habitual se dice que desarrolla un “apego seguro”. Pero si esta protección falla el niño desarrolla una profunda inseguridad en la relación con sus padres (“apego inseguro”) determinando que todas sus relaciones interpersonales adultas estén basadas en la desconfianza. Este hecho también tendrá un impacto en la imagen que va a tener el niño de sí mismo. A esa edad el niño no puede asimilar que sus padres no le quieran. Lo que piensa es que algo malo está haciendo y que cuando sepa qué es y deje de hacerlo le volverán a querer. Por desgracia suele pasarse toda la infancia intentando entender por qué sus padres no le quieren sin conseguirlo.

Aunque algunas de las aportaciones de Bowlby han sido superadas desde diferentes perspectivas, la Teoría del Apego que él describió sigue considerándose el modelo que mejor describe la dinámica a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos. Lo que defiende, de forma resumida, es que un niño en los primeros años de su vida necesita desarrollar una relación satisfactoria, estable y duradera con al menos un cuidador para que su desarrollo psicológico y emocional sea adecuado. Cuando el niño empieza a gatear y andar, alejándose de los padres, necesita la base segura que suponen los cuidadores conocidos para explorar el entorno y regresar.

Las Múltiples Facetas del Apego y el Cuidado

El cuidado y el apego, tanto en los primates como en los seres humanos, se ha ido volviendo más complejo a lo largo de la evolución. En nuestra experiencia el cuidado y el modelo de apego incluirían los siguientes cuatro aspectos que pueden aparecer o no de forma independiente.

- **PROTECCIÓN Y SEGURIDAD:** Implica mantener a los hijos protegidos del peligro de forma que se sientan seguros, sin peligro (lo que constituye la base de la supervivencia de la especie). Incluiría un aspecto tan importante como el consuelo, es decir, calmar la angustia del niño que llora mediante el abrazo. Si durante la infancia no se ha tenido esta sensación de protección y seguridad predominará una sensación de alerta continua ante un posible peligro indefinido (síntoma que es frecuente en la ansiedad de cualquier tipo). No es posible la compasión si no existe una base de seguridad. El individuo inseguro tiene que volcar toda su energía en la búsqueda de la supervivencia (ya que se siente en peligro), no quedando remanente energético para compadecerse por otros.
- **APROVISIONAMIENTO:** Implica ofertar los nutrientes, vestido, refugio y otras necesidades materiales para la supervivencia. Si no se ha tenido en la infancia, el individuo tendrá dificultades para gestionarse en sus necesidades primarias. Por tanto, pueden ser especialmente ahorradores y tendentes a la acumulación (como era frecuente en personas cuya infancia transcurrió en la postguerra inmediata) o ser incapaces de ahorrar y planificar el futuro, gastándose de forma inmediata e inadecuada cualquier ingreso del que dispongan (como se ha descrito en los hijos de minorías afroamericanas pobres de las grandes ciudades norteamericanas).
- **EXPRESIÓN DEL AFECTO Y VALIDACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS:** Implica haber recibido afecto de una forma explícita, identificable, claramente expresada. Si ha sido así uno puede recibir y dar afecto de forma espontánea y confiada. De lo contrario, la expresión y recepción del afecto estará claramente limitada por miedo a ser dañado (como ocurre en algunas neurosis) o por desconexión total con nuestros sentimientos (como ocurre en algunas personas con rasgos obsesivos o alexitímicos). Un aspecto clave de la expresión del afecto, al que suele ir asociado, es la

validación de nuestros sentimientos. Consiste en hacer sentir al niño que sus sentimientos son válidos, aunque sean diferentes (y no aceptados o criticados) por los demás. Esto le permitirá sentirse adecuado y tranquilo pese a sentirse diferente al entorno social. Si los padres no han facilitado la validación de los sentimientos, el individuo evitará sistemáticamente el conflicto, necesitará la aprobación social continua y se autocriticará de forma sistemática y destructiva. Debemos aceptar y validar siempre nuestros sentimientos.

- **SOCIALIZACIÓN Y MENTALIZACIÓN:** La socialización implicaría enseñar al niño las reglas del mundo y de la sociedad en la que va a vivir, así como los límites existentes para minimizar el conflicto con los otros y con la ley. Los padres demasiado permisivos, incapaces de poner límites, facilitan el desarrollo de hijos con trastornos de personalidad. Por otra parte, la mentalización se refiere a ayudarle al niño a entender los sentimientos de los otros, lo que se asocia a mejores relaciones interpersonales.

Estos cuatro aspectos son independientes entre sí, es decir, pueden haberse desarrollado de forma adecuada o inadecuada, produciendo múltiples combinaciones. Es frecuente que fallen todos los dominios a la vez (por ejemplo, unos padres inadecuados no ofrecen seguridad al niño, no le expresan afecto y le invalidan continuamente, no le aprovisionan adecuadamente de comida y vestido y son incapaces de socializarlos y ayudarlos a que desarrollen mentalización). Sin embargo, también es frecuente que los padres puedan ofertar algunos de estos aspectos: una madre de familia monoparental podría ofrecer afecto y validación, pero puede no ofrecer aprovisionamiento y seguridad debido a su entorno económico desfavorable y ser incapaz de poner límites. Un padre de familia monoparental puede dar seguridad y aprovisionamiento pero no ofrecer afecto ni validación y no ser un modelo adecuado de socialización. Por eso, cada uno de estos dominios deberían trabajarse independientemente.

Tipos de Apego

Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollaron un sistema clasificatorio en los adultos estructurado en cuatro estilos de apego principales. Se piensa que estos estilos, basados en nuestras experiencias biográficas, definirían la forma que tenemos de relacionarnos con las otras personas. Existe un modelo de apego seguro y tres modelos inseguros que poseen características diferentes.

- **MODELO DE APEGO SEGURO (*secure*):** Son individuos que experimentaron un cuidado infantil adecuado de forma consistente y continua. Por eso desarrollaron gran confianza en sí mismos y en los otros. La consecuencia es que se sienten a gusto consigo mismos y se sienten dignos de recibir afecto. También se sienten cómodos dependiendo de otras personas, por lo que pueden solicitar ayuda de otros y recibirla de forma

confiada cuando lo necesitan. Hay un equilibrio entre las necesidades afectivas y la autonomía personal.

- **MODELO DE APEGO PREOCUPADO** (*preoccupied*): Incluye sujetos cuya experiencia infantil es la de un cuidado sistemáticamente variable, entre la respuesta adecuada y la respuesta nula (aunque nunca ha habido maltrato), con sus diferentes grados intermedios. Es decir, el cuidado ha sido errático e inestable, pudiéndolo recibir o no de forma aleatoria, generalmente en dependencia de los niveles de patología o de circunstancias adversas del cuidador en cada instante. Por ejemplo, este modelo está descrito en hijos de padres con trastorno bipolar, con depresión frecuente o con enfermedades invalidantes que aparecen de forma intensa en períodos cíclicos (por ejemplo migraña, enfermedades reumatológicas, etc). La consecuencia es que las personas con este modelo son hipervigilantes respecto a la opinión de los otros de los que dependen (ya que presentan una visión positiva de los otros), hasta el punto de verse atrapados por la respuesta de los demás. Como tienen de sí mismos una visión negativa, renuncian a cualquiera de sus deseos o iniciativas si entran en colisión con la aprobación de los otros. Presentan escasa autoestima, enorme dependencia de los otros, gran estrés subjetivo y se focalizan en sus pensamientos y sentimientos negativos. La continua preocupación por ser abandonados puede disparar la celotipia en las relaciones de pareja.
- **MODELO DE APEGO DE RECHAZO O ALEJADO** (*dismissing*): Lo presentan personas que han experimentado un cuidado infantil en que de forma sistemática la respuesta del cuidador ha sido inadecuada o nula. No ha habido períodos de cuidado adecuado como en el modelo preocupado. Es frecuente que ocurra cuando los padres presentan adicciones, trastornos de personalidad o enfermedades de tipo psicosomático, como hipocondriasis o somatizaciones graves, que les obligan a centrar toda la atención en sí mismos, no dejando espacio para el cuidado de los hijos. Por esta razón, este grupo de personas desarrollaron una desconfianza absoluta en los otros y se compensaron mediante estrategias compulsivas en las que tuvieron que dejar recaer toda la confianza exclusivamente en sí mismos. De esta forma, aunque su visión de los otros es negativa por sus experiencias infantiles, la imagen de sí mismos es exageradamente positiva por sus estrategias de autoconfianza compulsiva. En sus relaciones con los otros son poco comprensivos con la necesidad de afecto de los otros (que tachan de enfermiza o de debilidad) porque aprendieron a sobrevivir afectivamente de forma autónoma sin la ayuda de nadie. De hecho son uno de los grupos de personas con mayor rechazo hacia la compasión. Están claramente orientados al logro, con escasas necesidades afectivas y apenas relaciones interpersonales significativas, pero con una gran autosuficiencia emocional por lo que apenas sufren por esta razón.

- **MODELO DE APEGO TEMEROSO (*fearful*):** Son personas que han sufrido un cuidado frío o violento, basado en el rechazo o en el castigo. Es frecuente cuando los padres son maltratadores, alcohólicos o dependientes de sustancias o presentan trastornos de personalidad graves. Estos individuos desarrollan una visión muy negativa tanto de los otros como de sí mismos. Los niños maltratados no pueden asumir que sus padres tienen un trastorno, sino que piensan que algo están haciendo mal y por eso se les castiga. La consecuencia es que toda la infancia intentan entender qué es lo que hacen mal e intentan cambiar para que no les peguen, pero nunca lo consiguen. Igual que los preocupados, presentan baja autoestima y afecto negativo. Aunque desean contactos sociales, inhiben este deseo por el miedo terrible al rechazo. Sus relaciones interpersonales de adultos se caracterizan por la huida tras alcanzar cierto grado de intimidad. Las relaciones personales las consideran siempre secundarias a sus objetivos laborales o profesionales.

Desde las primeras descripciones de estas clasificaciones (Bartholomew y Horowitz 1991; Bowlby 1969) se hipotetizó que se relacionarían de forma intensa con el tipo de relación interpersonal y de comunicación con otros. Por ejemplo, individuos con una visión negativa de los otros (modelos de apego de rechazo y temeroso) han aprendido que la gente va a tender a ignorar o rechazar sus intentos de apoyarse en otros. Por tanto en comparación con las personas con una visión positiva de los otros (modelos de apego seguro y preocupado) buscan menos apoyo en otros, por lo que tienden a no revelar sus sentimientos y sus relaciones son menos íntimas. Si la visión de uno mismo es negativa y para él son muy importantes las relaciones sociales (preocupado) el individuo tenderá a hacer cualquier cosa por ser querido, renunciando a todo lo suyo, incluyendo la salud o el dinero.

Importancia de los Estilos de Apego

Se calcula que el 65% de los niños presentan un estilo seguro de apego, pero el otro 35% presenta alguno de los estilos inseguros que hemos descrito (Prior y Glaser 2006). El estilo de apego de los padres predice en un 75% el estilo de apego de los hijos (Steele, Steele y Fonagy, 1996). Aunque haya otras influencias además del apego, los niños con apego seguro son más propensos a ser socialmente competentes que sus pares inseguros. También suelen tener mayor facilidad para la adquisición de habilidades sociales, desarrollo intelectual y formación de la identidad social. En suma, suelen ser más exitosos a todos los niveles que los niños con apego inseguro.

De forma resumida, los modelos de apego modulan la imagen que tenemos de nosotros y de los otros y por lo tanto son la clave para la relación que tenemos con nosotros y con los demás. El modelo de apego predice sentimientos de culpa y vergüenza hacia nosotros, así como sentimientos de ira y desconfianza hacia los otros. La terapia de *mindfulness* y compasión es clave para clarificar y modificar la

relación con nosotros mismos y con los otros por lo que está muy relacionada con los modelos de apego.

Protocolo de la Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego

Como otros protocolos de compasión nuestro modelo se estructura en 8 sesiones semanales de aproximadamente dos horas de duración. Hemos descrito a fondo nuestro programa en el libro *Mindfulness y Compasión: La Nueva Revolución* (García Campayo y Demarzo, 2015b). En él se describen los fundamentos teóricos del modelo, la estructura por sesiones y las prácticas que se utilizan en cada sesión. En el Anexo I se resume la estructura del programa por sesiones.

La eficacia de este programa ha sido ya evaluada tanto en población general como en profesionales sanitarios con los que se han realizado ya dos estudios con resultados favorables que se publicarán en 2016. También se está evaluando en pacientes con diferentes patologías médicas y psiquiátricas. Actualmente ha finalizado un ensayo controlado randomizado (ECR) en pacientes con fibromialgia en atención primaria (NCT02454244; Comité Ética: 15/0049) cuyos resultados son también satisfactorios y se publicarán en 2016. Próximamente se va a realizar otro estudio controlado randomizado en pacientes con depresión en atención primaria que se encuentra actualmente en fase de diseño. Los datos preliminares de todos estos estudios son muy prometedores y confirman la eficacia del protocolo tanto en resultados clínicos finales (dolor, calidad de vida o funcionalidad) o en medidas de bienestar psicológico, como en variables intermedias (compasión, afecto positivo, etc).

La formación en la terapia de Compasión Basada en los Modelos de Apego se está estructurando de la misma forma que otros protocolos similares. Tras un programa de formación básico, se recomienda la práctica personal durante un tiempo. Posteriormente se realiza un programa de formación para aplicar la terapia (equivalente al *Teacher Training* de otros protocolos) y, finalmente, se recomienda la supervisión de los dos primeros grupos que se realizan en esta terapia con alguno de los formadores experimentados en el uso del programa.

La formación se incluye sistemáticamente en el máster de *Mindfulness* de la Universidad de Zaragoza cuya tercera edición termina este curso (www.masterenmindfulness.com). Pero también puede recibirse dicha formación de forma independiente del máster mediante cursos específicos que organizamos todos los trimestres, tanto en formato semanal como intensivo de fin de semana tanto en la Universidad de Zaragoza como en las ciudades que lo demandan (mindfulnessycompasiongarciacampayo.com).

Conclusiones

La Terapia de Compasión Basada en los Estilos de Apego es un protocolo de compasión que también puede emplearse tanto en población general como en enfermedades médicas y psiquiátricas, adaptada al entorno cultural y sanitario de

los países latinos, que se basa en uno de los constructos psicológicos fundamentales que explican las relaciones interpersonales del individuo: los estilos de apego. Los resultados preliminares de esta intervención son muy prometedores y la aceptación y adherencia de los usuarios es elevada, siendo escasos y poco relevantes sus efectos no esperados. La versatilidad del modelo, que puede usarse tanto en poblaciones con depresión muy grave como en individuos sanos, así como el componente transdiagnóstico, ya que parece eficaz tanto en depresión como en dolor crónico o ansiedad, pueden facilitar su uso extensivo en los sistemas sanitarios de España y de países latinoamericanos.

ANEXO 1

ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO DE COMPASION DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (TERAPIA DE COMPASIÓN BASADA EN LOS ESTILOS DE APEGO)

Semana 1

PREPARÁNDONOS PARA LA COMPASIÓN. LA ATENCIÓN AMABLE.

TEORIA:

- El funcionamiento de nuestro cerebro
- La realidad del sufrimiento: sufrimiento primario y secundario
- Qué es y qué no es compasión

PRACTICAS FORMALES:

- Respiración compasiva y *body scan* compasivo
- Afrontamiento compasivo ante las dificultades

PRÁCTICAS INFORMALES:

- Práctica de los 3 minutos compasiva
- Diario de la autocompasión
- Saborear y agradecer

Semana 2

DESCUBRIENDO NUESTRO MUNDO COMPASIVO

TEORIA:

- Compasión y *mindfulness*
- Autoestima y compasión
- Miedo a la compasión

PRACTICAS FORMALES:

- La figura de afecto: conectar con el afecto básico
- Desarrollar un lugar seguro
- El gesto compasivo
- Identificar la figura de apego seguro

PRACTICAS INFORMALES:

- El objeto que nos une al mundo
- Diario de la práctica de compasión
- ¿En qué somos buenos?

Semana 3

DESARROLLANDO NUESTRO MUNDO COMPASIVO

TEORIA:

- Como actúa la compasión
- Eficacia de la compasión
- La autocrítica

PRÁCTICAS FORMALES:

- Desarrollar la figura de apego seguro
- Desarrollar la voz compasiva

PRÁCTICAS INFORMALES

- Escribir una carta al amigo compasivo

Semana 4

ENTENDIENDO NUESTRA RELACION CON LA COMPASION

TEORIA:

- Modelos de apego
- Importancia de estos modelos en la vida diaria

PRACTICAS FORMALES:

- Tomar conciencia de nuestro modelo de apego
- Capacidad de recibir afecto: amigo, indiferente, enemigo

PRÁCTICAS INFORMALES:

- Carta a los padres

Semana 5

TRABAJANDO SOBRE NOSOTROS MISMOS

TEORIA:

- Importancia del afecto hacia nosotros mismos y hacia los demás

PRACTICAS FORMALES:

- Dar afecto a amigos e indiferentes
- Darnos afecto a nosotros mismos
- La reconciliación con nuestros padres
- Tres aspectos positivos y tres negativos de nuestros padres

PRÁCTICAS INFORMALES:

- La mayor muestra de afecto (en general y de nuestros padres)
- La falacia de las etiquetas

Semana 6**COMPASIÓN AVANZADA (I): EL PERDON***TEORIA:*

- La culpa y la importancia del perdón

PRACTICAS FORMALES:

- Perdonarse a uno mismo
- Pedir perdón a otros
- Perdonar a otros y dar compasión a los enemigos
- Perdonar por el daño producido por personas queridas (sólo para personas con esta experiencia)
- La recapitulación

PRÁCTICAS INFORMALES:

- La compasión en la vida diaria
- La interdependencia

Semana 7**COMPASION AVANZADA (II): CONVERTIRSE EN LA PROPIA FIGURA DE APEGO y MANEJO DE LAS RELACIONES DIFÍCILES***TEORIA:*

- Trabajar en los tres períodos
- La envidia
- Utilidad de ser nuestra figura de apego
- Las personas difíciles

PRÁCTICAS FORMALES:

- Trabajar con la envidia
- Convertirnos en nuestra propia figura de apego
- Manejo de las relaciones difíciles

PRÁCTICAS INFORMALES:

- No tomarse nada personalmente
- Mirarse a los ojos y conectar con el sufrimiento de los otros

Semana 8**MAS ALLA DE LA COMPASIÓN: LA ECUANIMIDAD***TEORIA:*

- La ecuanimidad
- Cómo mantener la práctica de compasión a lo largo de la vida

PRÁCTICAS FORMALES:

- La ecuanimidad (I): Todos somos iguales.

- La ecuanimidad (II): La falacia de las categorías.
- La ecuanimidad (III): Dar al mundo la gratitud que no hemos podido devolver.

PRÁCTICAS INFORMALES:

- Nuestros valores y su relación con la compasión
- La figura de apego cósmica
- El abrazo tántrico

Referencias bibliográficas

- Akiyama, H., Barger, S., Barnum, S., Bradt, B., Bauer, J., & Cole, G. M., (2000). Inflammation and Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 21(3), 383-421.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Cebolla, A. y Miró, M. T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- García, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 121-132. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-en-la-terapia-dialectico-comportamental.html>
- García Campayo, J. (2008). La práctica del “estar atento” (*mindfulness*) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención Primaria*, 40(7), 363-366.
- García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015a). *Manual de mindfulness. Curiosidad y aceptación*. Barcelona: Siglantana.
- García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015b). *Mindfulness y compasión. La nueva revolución*. Barcelona: Siglantana.
- García Campayo, J., Díez, M. A., y Sanmartín, A. O. (2005). *Salud mental e inmigración en atención primaria*. Madrid: Edikamed.
- García Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(4), 1-9.
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en compasión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-355.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo: El arte de la compasión hacia uno mismo*. Barcelona: ONIRO.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Prior, V., & Glaser, D. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: Theory, evidence and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Simón, V. (2006). *Mindfulness y neurobiología*. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67(2), 541-555.

COLABORA ORGANIZA



Blanquerna
Universitat Ramon Llull



Fourth Europe+ Conference of Narrative Therapy and Community Work
V Encuentro de la Asociación Española de Terapia Narrativa

July
6-9
2016
6 y 7 precongreso
7 inicio de congreso
Julio

Fourth Europe+ Conference of Narrative Therapy and Community Work
V Encuentro de la Asociación Española de Terapia Narrativa

CO-CONSTRUCTING BRIDGES OF MEANING

Facultat de Psicologia, Ciències de la Comunicació i l'Esport Blanquerna (Universitat Ramon Llull)

Barcelona

Información e inscripció: www.aetencongress.es

MBCT (*MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY*): ORIGEN, ALCANCE Y EFICACIA

MBCT (*MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY*): ORIGIN, SCOPE, AND EFFECTIVENESS

Estrella Fernández

Universidad de Bangor (UK)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Fernández, F. (2016). MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): Origen, Alcance y Eficacia. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 71-88.

Resumen

El programa Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) nace de la integración de Mindfulness y la Terapia Cognitivo-Conductual para la depresión. Inicialmente concebido para prevenir recaídas en pacientes con depresiones recurrentes, su ámbito de aplicación ha evolucionado para impartirse a un rango mucho más amplio de personas y entornos. El primer objetivo de este artículo es proporcionar una comprensión del contexto en que se desarrolla el programa –el modelo cognitivo de la depresión– y sus premisas teóricas de funcionamiento. El segundo objetivo es revisar su eficacia empírica y los mecanismos de acción y cambio. Finalmente, se exploran los distintos ámbitos de aplicación del programa en los que ha mostrado ser efectivo, más allá de los trastornos del estado de ánimo. La investigación muestra consistentemente cómo la intervención con MBCT mejora el bienestar en población clínica y un creciente número de estudios revelan los mismos efectos positivos en adultos sanos. En línea con las predicciones teóricas, los mecanismos que median el cambio tras una intervención con MBCT son los incrementos en habilidades de Mindfulness, en metaconsciencia y autocompasión y la reducción de preocupaciones y rumiaciones

Palabras clave: *mindfulness*, MBCT, terapia cognitiva, depresión

Abstract

Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) is the result of the integration of Mindfulness and the cognitive-behavioral therapy for depression. Initially conceived as an intervention to prevent relapses in patients with recurrent depression, its scope has evolved to be taught to a much wider range of people and environments. The first objective of this article is to provide an understanding of the context in which the program develops –the cognitive model of depression– and its theoretical premises. The second objective is to review the research on its efficacy and the action mechanisms of change. Finally, different areas where the program has proved to be effective are reviewed, beyond mood disorders. Research consistently shows how the MBCT intervention improves well-being in clinical population and a growing number of studies reveal the same positive effects in healthy adults. In line with theoretical predictions, increases in Mindfulness skills, awareness and self-compassion and decreases in worry and ruminations are the mechanisms that mediate the change after an intervention with MBCT.

Keywords: *mindfulness*, MBCT, cognitive therapy, depression

Fecha de recepción: 01/12/2015. Fecha de aceptación: 03/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: estrella.fernandez@insel.es

Dirección postal: Estrella Fernández. C/ Conde de Salvatierra 8, pral. 1ª – Barcelona 08006.

© 2016 Revista de Psicoterapia



El programa *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) es una intervención psicoterapéutica basada en la evidencia, que integra elementos de la terapia cognitivo-conductual para la depresión con la aplicación clínica de la meditación *mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002, 2013). Desarrollado por Williams, Teasdale y Segal, fue diseñado partiendo del programa MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) de Kabat-Zinn (1984), específicamente como un enfoque para personas con historias de depresión y que eran vulnerables a recaer en episodios futuros (Crane, 2009). El propósito era enseñar a estas personas que estaban en fase de remisión a darse cuenta de las sensaciones corporales, pensamientos y emociones y responder de forma adaptativa a los primeros signos de recaída (Crane, 2009; véase una revisión en Pérez y Botella, 2006).

La MBCT es un programa vivencial, incluye ocho sesiones semanales en grupo, de dos horas y media de duración, un día de retiro en silencio y práctica diaria en casa.

Las sesiones en grupo incluyen meditaciones guiadas, un proceso de indagación dirigido por el instructor para explorar en profundidad las experiencias personales, psicoeducación general sobre el funcionamiento de los procesos mentales, ejercicios de terapia cognitivo-conductual y psicoeducación específica para la depresión. El contenido psicoeducativo es adaptable a las características del grupo de participantes (por ejemplo ansiedad, etc.)

A través de las prácticas en casa y en grupo los participantes desarrollan diferentes habilidades y actitudes, como orientar, mantener y desenganchar la atención y aceptación de la experiencia sin evitarla ni perderse en elaboraciones mentales.

Un rasgo distintivo del programa MBCT es la firmeza de los autores en establecer unos requisitos para la enseñanza del programa tanto en ámbito clínico como en población general. Los requisitos para los profesores de MBCT incluyen una práctica personal de meditación *mindfulness* establecida, entrenamiento profesional acreditado, supervisión regular, asistencia a retiros de meditación en silencio guiados por un profesor con probada experiencia y un desarrollo profesional continuo (*Center for Mindfulness Research and Practice, 2009*).

Marco Teórico: Modelo Cognitivo de Vulnerabilidad a la Depresión

El programa MBCT fue creado en un contexto muy explícito, después de analizar los procesos involucrados en la recaída de depresiones y en la relevancia de las prácticas de *mindfulness* para cambiar estos procesos (Teasdale, 2003).

El programa se basa en la investigación sobre la vulnerabilidad, que vincula las recaídas con la reactivación de patrones de pensamientos negativos en momentos de fluctuaciones de estados de ánimo y con formas desadaptativas de responder a cogniciones y emociones negativas, como la rumiación o la supresión de pensamientos y evitación experiencial (Barnhofer et al., 2009, 2015).

El trastorno depresivo mayor constituye un gran reto de salud mental. Se trata

de una enfermedad crónica y muy invalidante, con altas ratios de síntomas residuales y con un gran riesgo de recaídas o recurrencias. Aquellos que sufren un episodio depresivo “experimentarán un promedio de cuatro episodios de 20 semanas de duración cada uno” (Judd, 1997). Tiene una prevalencia estimada entre el 2.9 y 12.6% de la población y un riesgo estimado durante la vida de 17-19% (Kessler et al., 1994). La Organización Mundial de Salud (OMS, 2012), proyecta que para el 2030 que sea la primera causa de discapacidad en el mundo (Lau, Segal, & Williams, 2004).

El conocimiento de los factores de vulnerabilidad está íntimamente relacionado con la reducción de la amplia tasa de recaídas y recurrencias (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

Los modelos de vulnerabilidad más utilizados son los de diátesis-estrés que proponen la interacción de dos factores: factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis) que están latentes en el individuo y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno (Vázquez et al., 2010).

Dentro de estos modelos de vulnerabilidad, los modelos cognitivos identifican los sesgos en el procesamiento de la información (memoria, atribuciones causales, atención e interpretación) como elementos fundamentales que favorecen las reacciones depresivas (Robins & Hayes, 1993). Por ejemplo, el modelo cognitivo de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush & Shaw, 1979) postula que las reacciones conductuales y emocionales de una persona a una determinada situación están mediadas a través de los pensamientos de esta persona y sus interpretaciones o significados atribuidos a la experiencia. En la depresión, el contenido de estos pensamientos es predominantemente negativo sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos pensamientos, a su vez, derivan de esquemas negativos o depresógenos, formados a menudo como resultado de experiencias negativas en la infancia y que se activan de nuevo ante un acontecimiento crítico o estresante y sirven como guía a los sesgos negativos de procesamiento (Lau et al., 2004).

La investigación en estas últimas décadas ha permitido ampliar aspectos del modelo de Beck (Vázquez et al., 2010). La contribución de Teasdale ha sido clave, con su teoría de la *activación diferencial* (Lau et al., 2004).

Teasdale construyó sobre el modelo de Beck proponiendo que:

...adicionalmente a cualquier esquema cognitivo idiosincrático que pueda ser activado por un tipo limitado de situación ambiental, la vulnerabilidad a la depresión persistente y severa está fuertemente relacionada con los diferentes patrones de pensamiento que son activados en el estado depresivo (Teasdale, 1988).

La teoría de la activación diferencial asume que durante los episodios de depresión se forma y se aprende la asociación entre los distintos elementos que constituyen la experiencia depresiva: estado de ánimo bajo, patrones de pensamiento negativo, evitación experiencial y sensaciones físicas de fatiga y pesadez (Segal

et al., 2002; Teasdale, 1988). Episodios repetidos de depresión refuerzan estas asociaciones entre los distintos componentes y dejan huella en la memoria de la persona. Después, en los periodos de remisión, una pequeña bajada o cambio de humor puede desembocar en la activación de todo el proceso, de todo el círculo vicioso asociado con la tristeza, especialmente los pensamientos negativos y los sesgos, también negativos, en el procesamiento de la información (Gotlib & MacLeod, 1997; Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997). Esta “activación diferencial” es la responsable de las recaídas (Lau et al. 2004; Segal et al., 2002; Teasdale, 1988).

Se produce un proceso de sensibilización progresiva: cuantas más experiencias depresivas previas, más fuertes son las redes asociativas entre los elementos y más disminuye el umbral de activación de los mismos, de forma que la importancia de los estresores vitales en las recaídas se reduce según aumenta la reactividad cognitiva. Esto explica que el riesgo de caer en un episodio depresivo aumente con cada episodio consecutivo y que los sucesivos episodios requieran cada vez de menos estresores externos para dispararse (Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; Ma & Teasdale, 2004). Es decir, los procesos que median las recaídas se van haciendo más autónomos con las experiencias repetidas de depresión (Ma & Teasdale, 2004).

Pero no sólo el contenido del pensamiento, sino también un modo particular de procesamiento es responsable de la vulnerabilidad cognitiva: el estilo de procesamiento rumiativo (Vázquez et al., 2010) que Nolen-Hoeksema define como “pensamientos repetitivos sobre el hecho de que uno está deprimido, en los síntomas depresivos y en las causas, significados y consecuencias de estos síntomas” (Nolen-Hoeksema, 1991).

Este procesamiento rumiativo tiene dos subtipos o componentes: la rumiación reflexiva y el *brooding* (autoreproches o reproches a las situaciones). Este último es el componente más desadaptativo (Cova, Melipillán y Rincón, 2009; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Vázquez et al., 2010).

Por tanto, una bajada de estado de ánimo activa de forma significativa los pensamientos negativos, los sesgos negativos de atención e interpretación de experiencias y un estilo de procesamiento de la información autorreferente rumiativo, que propicia una espiral descendente hacia la depresión (Lau et al. 2004).

De todo lo anterior se deduce que el riesgo de recaídas en depresión se reducirá si los pacientes pueden aprender a darse cuenta de los patrones de pensamiento negativos reactivados durante los momentos de disforia o bajo estado de ánimo y son capaces de desengancharse de los ciclos de rumiación depresiva (Nolen-Hoeksema, 1991).

El programa MBCT fue diseñado para lograr estos objetivos (Ma & Teasdale, 2004; Segal et al., 2002).

MBCT–Premisas Teóricas de Funcionamiento

Los autores del programa (Segal et al., 2002, 2013) proponen que la combinación del entrenamiento en *mindfulness* y los elementos de la terapia cognitivo-conductual que conforman la MBCT permitirían a los participantes (a) reconocer la activación automática de los procesos cognitivos disfuncionales, como la rumiación; (b) desengancharse de estos procesos disfuncionales redirigiendo la atención al flujo de la experiencia en el momento presente (sensaciones corporales, pensamientos, emociones); (c) desarrollar meta-consciencia: la capacidad de observar los pensamientos y las emociones como eventos mentales temporales y automáticos en la mente, en lugar de hechos o realidades y (d) desarrollar una actitud de aceptación y compasión, relacionándose de forma adaptativa con los pensamientos, emociones y experiencias que, de otra forma habrían disparado la recaída (Segal et al., 2002, 2013).

Estas habilidades reducirían la vulnerabilidad a las recaídas en depresión. Especialmente la metaconsciencia y la actitud compasiva inherente en el programa serían ingredientes claves para lograr el efecto terapéutico (Kuyken et al. 2010, 2015; Segal et al., 2013; van der Velden et al. 2015).

MBCT–Eficacia y Mecanismos de Acción

Eficacia en la Prevención de Recaídas en Depresiones Recurrentes

En la última década, numerosos estudios han examinado la eficacia del programa MBCT. Un meta-análisis de Piet (2011) de 6 ensayos controlados aleatorios (n=593) sugiere que la MBCT reduce significativamente los ratios de recaída comparado con tratamiento habitual o placebo, con un descenso en el porcentaje de riesgo de hasta 43% (Piet & Hougaard, 2011). Los resultados de este meta-análisis indican que la MBCT es una intervención efectiva para la prevención de recaídas en pacientes en remisión de una depresión recurrente al menos en el caso de tres o más episodios previos. Hay también evidencia acumulada de que la MBCT aporta el máximo beneficio a pacientes con mayor riesgo, por ejemplo a aquellos que reportan una infancia con adversidades (Williams et al., 2014) y en prevenir recaídas no precedidas por estresores vitales (Ma & Teasdale, 2004).

Kuyken et al. diseñan en el 2010 el estudio PREVENT, protocolo de investigación multicéntrico, controlado, aleatorio y ciego (n=424) para evaluar la eficacia del programa MBCT respecto a la terapia de mantenimiento con antidepresivos durante dos años de seguimiento, respecto a tres variables: prevención de recaídas, síntomas residuales y calidad de vida (Kuyken et al., 2010).

La muestra eran pacientes en remisión de un episodio depresivo mayor de acuerdo al DSM-IV, que hubieran tenido tres o más episodios depresivos, mayores de 18 años y con una dosis terapéutica de antidepresivos de mantenimiento acorde a las recomendaciones de la guía NICE (*National Institute for Clinical Excellence* –Reino Unido).

Los participantes fueron asignados de forma aleatoria para recibir o bien tratamiento farmacológico antidepresivo o un programa MBCT de 8 semanas que incluía soporte para dejar o discontinuar su medicación de mantenimiento (3 sesiones de refresco ofrecidas cada tres meses durante el año siguiente: MBCT-TS).

Los dos grupos de tratamiento mostraron resultados igualmente positivos y perdurables durante los dos años de seguimiento en términos de recaídas, síntomas residuales y calidad de vida. Se encontró evidencia de que la MBCT-TS es una alternativa igualmente eficaz al mantenimiento con antidepresivos a un coste similar, que permite a los pacientes estar bien y mantener una buena calidad de vida. Además, se encontró que en los pacientes que informaban de abuso infantil, la MBCT-TS aportaba mayor beneficio que la terapia de mantenimiento con antidepresivos (Kuyken et al., 2015). Esto es consistente con resultados de estudios anteriores: la intervención con el programa MBCT puede otorgar más beneficio a los pacientes con mayor riesgo de recaídas y a los que han sufrido más adversidades durante la infancia (Williams et al., 2014; Ma & Teasdale, 2004).

La evidencia de la eficacia del programa está reconocida por la guía NICE, que lo recomienda como tratamiento profiláctico para el trastorno depresivo mayor (*National Institute for Clinical Excellence*, 2009)

Eficacia en la Depresión Aguda y Crónica

Aunque el programa fue originalmente desarrollado como una intervención preventiva y la primera investigación sobre la MBCT se había hecho en pacientes en remisión, la evidencia sugiere que los procesos cognitivos que incrementan la vulnerabilidad a futuros episodios depresivos, la rumiación depresiva (Nolen-Hoeksema, 1991; Watkins & Teasdale, 2004) y una alta reactividad cognitiva a los cambios de humor (Segal, Gemar, & Williams, 1999), son los mismos que mantienen la depresión.

En los pacientes con depresión crónica, los patrones de pensamiento desadaptado, como la rumiación y la evitación experiencial, han adquirido una naturaleza habitual (Barnhofer et al., 2009). El entrenamiento mental usado en la MBCT y los elementos a los que se dirige juegan un papel importante en el mantenimiento y persistencia del trastorno y estudios subsecuentes han reportado que también es una intervención efectiva para la fase aguda en trastorno depresivo mayor y para la reducción de sintomatología residual (Kenny & Williams, 2007; Barhofer et al. 2009; Van Aalderen et al. 2012).

En un estudio preliminar de viabilidad con pacientes con depresión resistente al tratamiento (n=50) Kenny y Williams encontraron una reducción significativa de los síntomas depresivos después de la intervención, con un alto grado de aceptación y una tasa muy baja de abandono, a pesar de los niveles de severidad y discapacidad de numerosos episodios previos de depresión (Kenny & Williams, 2007).

Un estudio de Barnhofer (2009) controlado y aleatorizado con pacientes con depresión crónica con al menos tres episodios previos (n=28) muestra cómo los

síntomas depresivos descienden desde niveles severos a leves en el grupo de MBCT, mientras permanecen inalterados en el grupo de tratamiento habitual. Asimismo, el número de pacientes que cumplía los criterios diagnósticos de depresión mayor se redujo en el grupo MBCT pero permaneció inalterado en el grupo de tratamiento habitual con informantes ciegos (Barnhofer et al., 2009).

En su estudio, van Aalderen et al. (2012) reportan que los pacientes (n=205) asignados al grupo MBCT en comparación con tratamiento habitual experimentan mayor reducción de síntomas depresivos, preocupación y rumiación e incremento de habilidades de *mindfulness*. Además, el nivel de reducción de los síntomas depresivos era similar en pacientes inmersos en un episodio depresivo o en remisión (van Aalderen et al. 2012).

A pesar de la prudencia inicial de los desarrolladores del programa sobre su aplicación en pacientes deprimidos, porque no tenían claro que las demandas cognitivas de la meditación regular superaran las capacidades de los pacientes, los ratios de asistencia a las clases y los datos sobre el cumplimiento de las tareas para casa sugieren que el tratamiento es aceptable y gestionable para estos pacientes. En el estudio de Banhofer (2009), solo un número reducido tuvo que usar las adaptaciones previstas –anclajes más tangibles, como las sensaciones corporales o posibilidad de abrir los ojos de vez en cuando, etc. (Banhofer et al. 2009).

Por otra parte, la investigación inicial en la eficacia de la MBCT informaba de efectos diferenciales relacionados con el número de episodios previos. El impacto en la prevención de futuros episodios parecía restringido a pacientes con tres o más episodios depresivos (Teasdale et al. 2000; Ma & Teasdale 2004) y basado en estos hechos, la subsecuente investigación en MBCT no incluía participantes con dos o menos episodios previos.

Sin embargo, un estudio más reciente (Geschwind et al., 2011) reporta la misma efectividad de la MBCT en reducir síntomas depresivos en pacientes con pocos (dos o menos) o múltiples (tres o más) episodios depresivos previos. Los autores proponen que estos resultados divergentes podrían ser explicados por la diferencia en el objetivo terapéutico: prevención de la recaída en depresión *versus* reducción de la actual sintomatología depresiva. Lanzan la hipótesis de que aunque la eficacia de la MBCT en reducir síntomas residuales de depresión puede ser independiente del número de episodios previos, una diferencia en los mecanismos que subyacen al cambio puede dar lugar a un riesgo diferencial en el curso y recaída de un trastorno por depresión (Batink, Peeters, Geschwind, van Os, & Wichers, 2013).

Eficacia en el Trastorno Bipolar

Los pacientes con trastorno bipolar tienen hasta un 73% de tasa de recaídas aun con tratamiento farmacológico de mantenimiento (Gitlin, Swendsen, Heller, & Hammen, 1995) y hasta un 60% de comorbilidad con trastornos de ansiedad (Sasson, Chopra, Harrari, Amitai, & Zohar, 2003) que se asocia a riesgo de suicidio (Williams et al., 2008). Actualmente el trastorno bipolar se trata con una combina-

ción de medicación y psicoterapia.

La investigación sobre la aplicación del programa MBCT en pacientes bipolares no es extensa, pero los estudios realizados hasta el momento arrojan resultados muy positivos.

En un estudio de viabilidad, Williams (2008) informa de que el tratamiento con MBCT tiene un efecto inmediato en ansiedad y en síntomas depresivos en pacientes bipolares en remisión, en comparación con el grupo control. Este estudio sin embargo no tenía en cuenta resultados en manía (Williams et al., 2008).

Posteriormente Miklowitz et al. (2009) realizan un estudio pre-post (n=22) con una adaptación de la MBCT enfocada en ayudar a los pacientes a gestionar la emergencia de síntomas maníacos (con instrucciones para tomar consciencia de síntomas maníacos e hipomaníacos al mismo tiempo que depresivos, pensamientos suicidas y ansiedad). En consistencia con los resultados encontrados por Williams, estos pacientes mejoraron en depresión e ideación suicida sin que se incrementen la manía o la ansiedad (Miklowitz et al. 2009).

Similares resultados se encuentran en un estudio de Weber en 2010 en grupos compuestos exclusivamente por pacientes bipolares (tipos I y II) (Weber et al. 2010).

MBCT–Mecanismos de Acción y Cambio

Comprender los mecanismos de cambio es el primer paso para optimizar cualquier tratamiento (Kazdin, 2009) y es lo que puede ayudar a los terapeutas a mejorar los resultados de la MBCT, enfatizando los procesos clave (Williams & Kuyken 2012).

Por tanto, un importante primer paso en establecer los mecanismos de cambio en MBCT es identificar las variables que median sus efectos terapéuticos (Batink et al., 2013).

Basándose en las premisas teóricas se han investigado como potenciales mecanismos de cambio en la MBCT el incremento en habilidades de *mindfulness*, en meta-consciencia y en autocompasión y la reducción en rumiación, preocupación y reactividad cognitiva (van der Velden et al., 2015).

En consistencia con el modelo teórico de la MBCT un estudio de Kuyken (2010) que comparaba la intervención con MBCT con la terapia de mantenimiento con antidepresivos aporta evidencia empírica de que la eficacia de la intervención con MBCT está mediada por el incremento de habilidades de *mindfulness* y autocompasión y que las mejoras en estas habilidades eran precisamente lo que explicaba los cambios en los síntomas depresivos 15 meses más tarde (Kuyken et al. 2010). Kuyken, sin embargo, encuentra mayor reactividad cognitiva informada por los pacientes post-tratamiento, pero esta mayor reactividad no se relaciona con más recaídas y podría explicarse por un incremento de metaconsciencia.

Estos resultados fueron confirmados en otro estudio (Shahar, Britton, Sbarra, Figueredo, & Bootzin, 2010) que también reportaba que las habilidades de *mindfulness* y los descensos en rumiación (*brooding*) mediaban el efecto de la

MBCT en la reducción de los síntomas depresivos (Batink et al. 2013).

Van Aalderen et al. (2012) encontraron que la efectividad de la MBCT en reducir los niveles actuales de depresión estaba mediada por un descenso en preocupación, rumiación y un incremento en la habilidad de *mindfulness* “aceptación sin juicio” (van Aalderen et al., 2012).

Geschwind et al. (2011) informa de que el efecto de la MBCT estaba asociado con el incremento de experiencias positivas momentáneas, más apreciación y más respuesta a las actividades placenteras de la vida diaria. Estos cambios parecían independientes parcialmente de la disminución observada en preocupación y rumiación (Geschwind, Peeters, Drukker, van Os, & Wichers, 2011).

De manera conjunta, esto sugiere que ambos cambios en procesos cognitivos y afectivos contribuyen a la reducción de la sintomatología depresiva (Batink et al. 2013). Batink et al (2013) diseñan un estudio (n=130) para examinar el papel de las variables afectivas y cognitivas en los mecanismos de cambio de la MBCT para los síntomas depresivos residuales y ver hasta qué punto distintos mecanismos de cambio pueden subyacer al impacto de la MBCT en la reducción de la sintomatología en participantes con múltiples episodios depresivos (tres o más) comparados con los de menos episodios (dos o menos).

Sus resultados replican los de estudios anteriores, indicando que los efectos terapéuticos de la MBCT están mediados por cambios en habilidades *mindfulness* y un descenso en preocupación. Sin embargo, sugiere que los factores mediadores pueden ser diferentes para diferentes niveles de severidad en la depresión, dependiendo de la historia previa de episodios.

El programa MBCT reduce, por tanto, la sintomatología depresiva en ambos grupos, pero dependiendo de la historia de los pacientes, posiblemente por diferentes vías: en el grupo de pacientes con dos o menos episodios depresivos son predominantemente los cambios cognitivos los que median los efectos de la MBCT. Sin embargo, en pacientes con tres o más episodios depresivos, los cambios en afecto fueron los mediadores del efecto de la MBCT.

Sin embargo, aunque los cambios en los procesos cognitivos no son mediadores significantes en el grupo de pacientes con tres o más episodios, no se puede concluir que no jueguen un rol en la mejora de la sintomatología. Simplemente ilustra que cambios en cognición pueden ser importantes, pero que los cambios emocionales son el elemento crucial en la mejora tras la intervención MBCT (Batink et al. 2013).

La diferencia puede significar una sensibilización más avanzada en el grupo de tres o más episodios. Esto es consistente con un gran cuerpo de evidencia que indica que la experiencia de episodios previos incrementa la vulnerabilidad a episodios consecutivos y puede ocasionar más cambios permanentes e indeseables en los sistemas regulatorios biológicos y en patrones negativos del procesamiento de la información (Segal et al., 2002). Se podría hipotetizar que dependiendo del nivel de sensibilización, un papel más prominente se reserva para que los cambios

afectivos contrapesen las cogniciones disfuncionales más activadas y asentadas. Otro aspecto relacionado es la edad de aparición. Cuanto más temprana haya sido, más posibilidad de que haya sensibilización respecto a una aparición tardía cuando el desarrollo biológico y psicológico ha progresado hacia niveles estables en el adulto. Cuanta más adversidad infantil también los cambios emocionales más que cognitivos constituyen una pieza clave en la reducción de los síntomas depresivos en este grupo particular (Batink et al. 2013).

En línea con las predicciones teóricas, hay un cuerpo de investigación creciente que sugiere que los cambios en habilidades de *mindfulness*, preocupación, meta-consciencia y autocompasión median la reducción de los síntomas depresivos después de una intervención con MBCT (van der Velden et al. 2015).

Además, parecen existir relaciones recíprocas entre estados afectivos, procesos cognitivos y habilidades metacognitivas tal como se entrenan en la MBCT. Los cambios en afecto y especialmente en afecto positivo pueden resultar parcialmente de cambios en los procesos cognitivos, como el descenso de preocupaciones y son particularmente importantes en la reducción de los síntomas (Batink et al. 2013).

En conclusión, los cambios en la cognición y en el afecto operan conjuntamente durante un curso de MBCT y se puede hipotetizar que se impactan uno a otro de forma bidireccional.

Más Allá de los Trastornos del Estado de Ánimo

Aunque el programa MBCT fue desarrollado en el contexto de prevención de la depresión recurrente, existe una sólida base conceptual que sugiere que su aplicación puede ser útil para otros trastornos y condiciones. Los resultados de los estudios realizados hasta el momento así lo corroboran.

Es importante notar que aunque los valores y principios nucleares del programa permanecen constantes, las diferencias en la naturaleza del problema, especialmente los elementos que lo mantienen, son diferentes e influirán, por tanto, en la implementación del enfoque. Es necesario adaptar los procesos, temas específicos y aspectos psicoeducativos, relacionándolos con la comprensión clara y profunda de las causas y mantenimiento del trastorno o condición a tratar (Teasdale, 2003).

MBCT y Ansiedad—Justificación y Eficacia

La interdependencia de la sintomatología ansiosa y depresiva ha sido destacada largamente por la investigación. Los modelos cognitivos conciben la ansiedad como fruto de una serie de sesgos o tendencias en la interpretación de la situación (Eysenk 1997).

Beck propuso un modelo que relacionaba la depresión y la ansiedad: las personas ansiosas y depresivas poseerían esquemas cognitivos inadaptados de un modo latente que constituirían la vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de sus patologías (Beck 1974; Beck, Emery, & Greenberg, 1985). La aparición de los cuadros ansioso y depresivo, según Beck, deriva de la interacción entre este factor

de vulnerabilidad cognitiva (los esquemas inadaptados) y formas específicas de estrés ambiental. La diferencia entre ambos trastornos radicaría en los diferentes contenidos de sus sesgos de procesamiento.

Las personas con predisposición al desarrollo de trastornos depresivos poseerían una vulnerabilidad cognitiva en forma de esquemas cognitivos negativos acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Las personas con vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de ansiedad dispondrían de una serie de esquemas relativos a la amenaza, sobre todo en torno a tres temas: aceptación, competencia y control (Beck et al., 1985). La amenaza, en este sentido, es un factor clave en la ansiedad y la preocupación ha sido considerada el sello característico de este trastorno (APA 2003; Vindel, 1999).

Además, aunque los estudios sobre los efectos de la rumiación se han concentrado fundamentalmente en la depresión y los de preocupación en la ansiedad, la investigación que ha explorado las relaciones entre preocupación y rumiación (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005) indica que ambas juegan un papel relevante en el desarrollo de los síntomas de ansiedad, contradiciendo el supuesto de que la rumiación sería más específica de la depresión (Calmes & Roberts, 2007). La preocupación y la rumiación comparten los mismos procesos, pero implican contenidos diferentes y co-ocurren en la misma persona (Watkins et al., 2005). Los pensamientos repetitivos están implicados en la vulnerabilidad tanto de la depresión como de la ansiedad (Calmes & Roberts, 2007).

En depresión, una bajada de estado de ánimo puede desencadenar una secuencia de simulaciones o narrativas mentales que son tratadas como pérdidas reales por los circuitos neuronales primitivos en el cerebro (Williams, 2010). Después la dificultad surge del modo de procesamiento que es aplicado para enfrentar esas simulaciones o narrativas mentales. Es el modo que Williams llama “modo hacer”, que esencialmente trata de “resolver” el problema emocional apelando a la memoria, a los recuerdos del pasado e imágenes sobre el futuro y estableciendo objetivos que ayuden a encontrar una solución. Este “modo hacer” cuando se aplica a los eventos mentales, solo sirve para incrementar los niveles de rumiación o supresión e incrementa el sentido de desamparo y estrés a la vez que reduce la capacidad atencional (Williams, 2010).

Este mismo modo de procesamiento se desencadena en la ansiedad cuando se produce una activación de los *scripts* o narrativas mentales ante estímulos considerados como amenazas reales. La preocupación es parte del “modo hacer” de resolución de problemas.

...”la cadena de pensamientos y de imágenes, cargadas de afectos negativos y relativamente incontrolables; representa una tentativa de entablar una solución mental de problemas en un asunto cuyo resultado es incierto pero que contienen la posibilidad de uno o más resultados negativos” (Borkovec, Robinson Pruzinsky, & Depree, 1983).

El entrenamiento en MBCT se propone enseñar el acceso al “modo ser”,

prestando atención al desarrollo de la experiencia momento a momento, de forma abierta y sin juzgarla. Esto permite a las personas ver más claramente la tendencia de la mente a elaborar y crear narrativas que después se toman por reales (Surawy, MacManus, Muse, & Williams, 2014).

Muchos de los mecanismos que se piensa que son responsables del mantenimiento de la ansiedad en los modelos cognitivo conductuales (Salkovskis & Warwick, 2001) son probablemente impactados por la MBCT. Estos incluyen preocupación, rumiación y evitación, hipervigilancia e intolerancia a la incertidumbre (Surawy et al. 2014).

La investigación que explora la eficacia del programa MBCT en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aunque no numerosa, arroja resultados positivos y prometedores (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; MacManus, Surawy, Muse, Vázquez-Montes, & Williams, 2012) habiéndose encontrado importantes mejorías en sintomatología en pacientes con trastorno por ansiedad generalizada (Evans et al., 2008; Kim et al., 2010), trastorno de pánico (Kim et al. 2010) y trastorno de ansiedad por la salud (Williams, MacManus, Muse, & Williams, 2011; MacManus et al., 2012; Surawy, MacManus, Muse, & Williams, 2014).

Semple, Lee, Rosa y Miller (2009) realizaron una adaptación manualizada de la MBCT para niños (MBCT-C) con problemas de ansiedad. Su estudio con niños de edades comprendidas entre los 9 y 13 años (n=25), muestra resultados positivos en la reducción de los síntomas de ansiedad comparados con grupo control (Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2009).

MBCT y TDAH–Justificación y Eficacia

En los últimos años ha surgido un creciente interés en la aplicación de intervenciones basadas en *mindfulness* a pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), tanto niños como adultos.

Este trastorno se caracteriza por un conjunto de alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales y se manifiesta con síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad (Castellanos & Tannock, 2006; Pessoa 2008).

Por otra parte, numerosos estudios evidencian los efectos positivos que el entrenamiento en *mindfulness* tiene sobre las funciones cognitivas, emocionales y comportamentales alteradas en el TDAH, especialmente sobre la atención (Jha, Krompinger, & Baime, 2007; Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008; Tang et al., 2007), control inhibitorio (Oberle, Schonert-Reichl, Lawlor, & Thomson, 2011), memoria de trabajo (Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong, & Gelfand, 2010) y regulación emocional (Chiesa, Calati, & Serreti, 2011; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008; Tang et al. 2007).

La investigación de la efectividad del entrenamiento en *mindfulness* para el TDAH está aún en sus inicios y principalmente se han realizado estudios con protocolos adaptados de la MBCT, que centran las prácticas y los elementos psicoeducativos en la especificidad del trastorno (Bogels, Hoogstad, van Dun, de

Schutter, & Restifo, 2008; Hepark et al., 2015; Mitchell et al., 2013; Schoenberg et al., 2014; Van der Oord, Bogels, & Peijnenburg, 2012). Los resultados consistentemente positivos en el tratamiento de la sintomatología y déficits nucleares del trastorno que se encontraban en los estudios preliminares están siendo corroborados con los subsecuentes estudios controlados y aleatorizados (Schoenberg et al., 2014; van de Weijers, Bergsma, Formsmma, de Bruin, & Bogels, 2012) y proporcionan una base sólida de apoyo para su utilización, aunque aún es necesario un cuerpo de investigación más amplio.

MBCT en Población Sana

Se postula que el papel de la psicología moderna debería ser mejorar e incrementar el afecto positivo (Snyder, López, & Pedrotti, 2010), puesto que es un potente predictor de sentido en la vida y protege contra el desarrollo de trastornos mentales (Davis & Suveg, 2014).

Dado que la investigación muestra consistentemente cómo la intervención con MBCT mejora significativamente el bienestar emocional (incremento del afecto positivo y/o disminución del afecto negativo) en población clínica (Evans et al, 2008; Goldin y Gross, 2009; Hofmann et al. 2010; McManus et al. 2012), se han comenzado a investigar los efectos de la MBCT en población adulta sana (Cousin & Crane, 2015), para evaluar su capacidad de restaurar y mejorar el bienestar emocional y también comprender los mecanismos mediadores en la mejora.

El estudio de Cousin y Crane (2015), con 75 adultos sanos (58 mujeres; 17 hombres) que aleatoriamente fueron asignados a grupo MBCT o grupo control, muestra mejoras significativas en afecto positivo en el grupo MBCT y también muestra cómo los cambios en las estrategias de afrontamiento de los problemas de cada día (más aproximación y aceptación y menos evitación o negación) son mediadores en la mejora e incremento del estado de ánimo positivo.

Este papel mediador de las estrategias de afrontamiento puede explicarse al entender cómo la evitación o negación reducen el afecto positivo. Lo hace por dos vías fundamentales: (a) no permite que las experiencias difíciles sean totalmente procesadas, lo que impide la restauración del estado de ánimo y limita la capacidad subsiguiente de la persona para experimentar emociones positivas (Barlow, Allen, & Choate, 2004) y (b) si las estrategias de evitación se tienden a generalizar y a ser aplicadas por la persona de forma indiscriminada no sólo a estímulos de valencia negativa, sino también a los estímulos de valencia mixta (Rossignol, Joassin, Fish, Philippot, & Maurage, 2012) la posibilidad de experimentar afecto positivo queda muy limitada (Heeren, Lievens, & Philippot, 2011).

Si, por el contrario, se estimula a las personas a involucrarse en las experiencias emocionales independientemente de su valencia (Segal et al., 2013), esto puede ayudarles a adquirir tanto lo bueno como lo malo cuando se encuentran en situaciones de valencia mixta o ambigua, como pueden ser, por ejemplo, las relaciones sociales.

En definitiva, los individuos sanos se benefician de la MBCT en el incremento de afecto positivo después de la intervención y utilizan menos estrategias de evitación o negación cuando se enfrentan a dificultades en su vida diaria (Cousin & Crane, 2015).

Conclusiones

Un amplio y sólido cuerpo de investigación muestra que la MBCT es una intervención útil para evitar recaídas en depresión en pacientes con depresiones recurrentes, con una eficacia similar a la terapia de mantenimiento con antidepresivos. Así lo recoge en sus recomendaciones la guía de excelencia clínica NICE, del Reino Unido. La investigación también indica que el programa MBCT es una intervención útil en el tratamiento de la depresión aguda, incluida la forma de depresión resistente a tratamiento.

Adicionalmente, los estudios que evalúan la eficacia de la MBCT en trastorno bipolar, trastornos de ansiedad (crisis de pánico, TAG y ansiedad por la salud) y trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) indican resultados positivos en los déficits nucleares de cada trastorno. Estudios con población general (adultos sanos) muestran mejoras significativas en los índices de bienestar y afecto positivo.

Es de destacar la importancia de realizar una buena formulación del problema a tratar. De acuerdo a la recomendación de los autores, los valores nucleares y los principios de la MBCT han de permanecer constantes, pero la naturaleza del problema y su profunda comprensión tiene que guiar la implementación del enfoque: los procesos, temas específicos y los aspectos psicoeducativos deberán estar vinculados con los factores que causan y mantienen el trastorno o malestar específico a tratar.

Referencias bibliográficas

- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-Based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373. doi:<http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019>
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., ... Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1013-1020. doi:<http://doi.org/10.1037/ccp0000027>
- Batink, T., Peeters, F., Geschwind, N., van Os, J., & Wichers, M. (2013). How Does MBCT for Depression Work? Studying Cognitive and Affective Mediation Pathways. *PLoS ONE*, 8(8), e72778. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0072778>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (Vol. 32). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. En R. Friedman, & M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 3-27). Washington, DC: Winston-Wiley.

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach. *Basic, New York*, b58.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(02), 193-209.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.
- Calmes, C. A., & Roberts, J. E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 343-356.
- Castellanos, F. X., Sonuga-Barke, E. J. S., Milham, M. P., & Tannock, R. (s. f.). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(3), 117-123. doi:http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.01.011
- Centre for Mindfulness Research and Practice, Bangor University. (s. f.). Recuperado 20 de enero de 2016, a partir de <https://www.bangor.ac.uk/mindfulness/>
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449-464. doi:http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003
- Cousin, G., & Crane, C. (2015b). Changes in disengagement coping mediate changes in affect following mindfulness-Based cognitive therapy in a non-clinical sample. *British Journal of Psychology*, n/a-n/a. doi:http://doi.org/10.1111/bjop.12153
- Cova, F., Rincón, P., & Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia psicológica*, 27(2), 155-160.
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J. V., Silverton, S., Williams, J. M. G., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 17-24. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.015
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features* (1st edition). London/ ; New York: Routledge.
- Davis, M., & Suveg, C. (2014). Focusing on the positive: a review of the role of child positive affect in developmental psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 17(2), 97-124.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-Based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721. doi:http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and cognition: A unified theory*. Hove, UK: Psychology Press.
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., van Os, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 618.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(11), 1635.
- Goldin, P., Ramel, W., & Gross, J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 242.
- Gotlib, I. H., & MacLeod, C. (1997). Information processing in anxiety and depression: A cognitive-developmental perspective. En J. Burack, & J. Enns (Eds.). *Attention, Development, and Psychopathology* (pp. 350-378). New York: Guilford Press.
- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 76-94.
- Heeren, A., Lievens, L., & Philippot, P. (2011). How does attention training work in social phobia: disengagement from threat or re-engagement to non-threat? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1108-1115.
- Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 403-409. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.017

- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L. A., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. M. (2015). The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*. doi:http://doi.org/10.1177/1087054715613587
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169-183. doi:http://doi.org/10.1037/a0018555
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109-119.
- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion (Washington, D.C.)*, 10(1), 54-64. doi:http://doi.org/10.1037/a0018438
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 989-991.
- 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(1), 33-47.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 418-428.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1243-1251.
- Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.008
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kim, B., Lee, S.-H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., ... Yook, K.-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-Based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 590-595.
- Kuyken, W., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., Lewis, G., Taylor, R., ... Kessler, D. (2010). Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-Based cognitive therapy with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. *Trials*, 11(1), 99.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-Based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73. doi:http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62222-4
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-Based cognitive therapy work? *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Lau, M. A., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017. doi:http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.003
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163-169. doi:http://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004a). Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31.
- McManus, F., Muse, K., & Surawy, C. (2011). Mindfulness-Based cognitive therapy (MBCT) for severe health anxiety. *Healthcare Counselling & Psychotherapy Journal*, 11(1), 19-23.
- McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A., & Williams, J. M. G. (2015). Relating Differently to Intrusive Images: the Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Intrusive Images in Patients with Severe Health Anxiety (Hypochondriasis). *Mindfulness*, 6(4), 788-796. doi:http://doi.org/10.1007/s12671-014-0318-y
- McManus, F., Surawy, C., Muse, K., Vázquez-Montes, M., & Williams, J. M. G. (2012a). A randomized clinical trial of mindfulness-Based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 817.

- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Fennell, M. J., Dimidjian, S., ... Williams, J. M. G. (2009). A pilot study of mindfulness-Based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(4), 373-382.
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C., & Kollins, S. H. (2013). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *Journal of Attention Disorders*. doi:http://doi.org/10.1177/1087054713513328
- NICE | The National Institute for Health and Care Excellence. (s. f.). [CorporatePage]. Recuperado 20 de enero de 2016, a partir de <https://www.nice.org.uk/>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008a). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., Lawlor, M. S., & Thomson, K. C. (2011). Mindfulness and inhibitory control in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*. doi: 10.1177/0272431611403741
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, 9(2), 148-158. doi:http://doi.org/10.1038/nrn2317
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-Based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032-1040.
- Robins, C. J., & Hayes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 205.
- Rossignol, M., Joassin, F., Fisch, S.-A., Philippot, P., & Maurage, P. (2012). In doubt, let's avoid! General avoidance of faces, postures and neutral objects in social anxiety. *International Journal of Psychophysiology*, 85(3), 423.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: a cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Sasson, Y., Chopra, M., Harrari, E., Amitai, K., & Zohar, J. (2003). Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(02), 139-144.
- Schoenberg, P. L. A., Heparik, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. M. (2014). Effects of mindfulness-Based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 125(7), 1407-1416. doi:http://doi.org/10.1016/j.clinph.2013.11.031
- Segal, Z. V., Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 108(1), 3.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-Based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. *New York: Guilford*.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-Based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229.
- Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueredo, A. J., & Bootzin, R. R. (2010). Mechanisms of change in mindfulness-Based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 402-418.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862. doi:http://doi.org/10.1002/jclp.20491
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., & Pedrotti, J. T. (2010a). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Sage Publications.
- Surawy, C., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2015b). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Health Anxiety (Hypochondriasis): Rationale, Implementation and Case Illustration. *Mindfulness*, 6(2), 382-392. doi:http://doi.org/10.1007/s12671-013-0271-1

- Tang, Y.-Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *104*(43), 17152-17156. doi:<http://doi.org/10.1073/pnas.0707678104>
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition & Emotion*, *2*(3), 247-274.
- Teasdale, J. D. (2003). Mindfulness Training and Problem Formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 157-160. doi:<http://doi.org/10.1093/clipsy/bpg017>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000b). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-Based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 615-623. doi:<http://doi.org/10.1037//0022-006X.68.4.615>
- Van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-Based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, *42*(05), 989-1001.
- van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(1), 139-147. doi:<http://doi.org/10.1007/s10826-011-9457-0>
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., ... Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-Based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, *37*, 26-39. doi:<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsa, A. R., de Bruin, E. I., & Bögels, S. M. (2012). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(5), 775-787. doi:<http://doi.org/10.1007/s10826-011-9531-7>
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, *18*(1), 139-165.
- Vindel, A. C. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. *Psicología.com [Online]*, *3*(1), 145 párrafos. Available: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol143num141/art_146.htm.
- Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour research and therapy*, *43*(12), 1577-1585.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, *82*(1), 1-8.
- Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., & Aubry, J.-M. (2010). Mindfulness-Based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry*, *25*(6), 334-337.
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Cognitive Therapy and Research*, *32*(6), 721-733. doi:<http://doi.org/10.1007/s10608-008-9204-z>
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, *10*(1), 1-7. doi: 10.1037/a0018360
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., ... Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1-3), 275-279. doi:<http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-Based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*(2), 275-286. doi:<http://doi.org/10.1037/a0035036>
- Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-Based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(5), 359-360.
- Williams, J. M. G., 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. <http://doi.org/10.1037//0021-843X.109.1.150>
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. John Wiley & Sons.
- Williams, M. J., McManus, F., Muse, K., & Williams, J. M. G. (2011a). Mindfulness based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, *50*(4), 379-397.

EFFECTOS Y PARTICULARIDADES DEL USO DEL *MINDFULNESS* EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

EFFECTS AND DISTINCTIVE ASPECTS OF MINDFULNESS TRAINING FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Matilde Elices^{1,2,3,4}, Cristina Carmona^{1,2,3}, Ana Martín-Blanco^{1,2,3},
Juan Carlos Pascual^{1,2,3} y Joaquim Soler^{1,2,3,5}

¹Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
Institut d'Investigació Biomèdica - Sant Pau (IIB-Sant Pau).

³Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.

⁴Programa de Cognición. Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología.
Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.

⁵Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Elices, M., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Pascual, J.C. y Soler, J. (2016). Efectos y Particularidades del Uso del Mindfulness en el Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 89-101.

Resumen

Distintos estudios muestran que los sujetos con trastorno límite de la personalidad (TLP) presentan –respecto a controles sanos– una menor capacidad de mindfulness, entendida como la habilidad para prestar atención al momento presente de forma no-evaluativa y no-reactiva. Parecería ser que estos déficits en la capacidad de mindfulness se relacionan con algunas de las características del trastorno como la disregulación emocional, la impulsividad o las dificultades en el área interpersonal, y que, el hecho de haber sufrido abuso sexual en la infancia también contribuiría a una menor capacidad de mindfulness. Estudios en los que se han evaluado los efectos del entrenamiento en mindfulness en pacientes con TLP sugieren que éste se relaciona con mejoras en algunos parámetros atencionales (i.e., capacidad de inhibir respuestas) y de impulsividad (i.e., habilidad para tolerar recompensas, percepción temporal). Además, la práctica de mindfulness se asocia con un aumento de la capacidad de descentramiento, describir, no-juzgar y no reaccionar, y con una disminución de la sintomatología límite. En conjunto, la literatura actual sugiere que el mindfulness es eficaz para el tratamiento del TLP, y que intervenciones de este tipo deberían hacer especial énfasis en trabajar aspectos actitudinales del mindfulness, como la capacidad de no-juzgar.

Palabras clave: mindfulness, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctico-conductual, descentramiento.

Fecha de recepción: 07/12/2015. Fecha de aceptación: 11/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jsolerri@santpau.cat

Dirección postal: Joaquim Soler. Servei de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Av. Sant Antoni M^a Claret 167, 08025 Barcelona, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Abstract

Several studies showed that individuals with borderline personality disorder (BPD) are characterized by deficits in mindfulness capabilities, understood as the ability to paying attention to the present moment in a non-judgmental and non-reactive way. Deficits in mindfulness have been related to some of the core characteristics of BPD as impulsivity, emotion dysregulation or impairments in interpersonal behavior. In addition, it seems that having had a history of childhood sexual abuse also affects mindfulness abilities. To date, some studies suggest that mindfulness training has a positive impact in BPD as reflected in improvements in attentional (i.e., response inhibition) and impulsivity-related aspects (i.e., tolerance for delayed rewards and time perception). In addition to a diminishing in BPD-related symptoms, mindfulness practice has also been related to an enhancement of decentering and other mindfulness facets including the ability for describing, non-judging and non-reacting. Taken together, the current evidence suggests that mindfulness is efficacious for the treatment of BPD, and that mindfulness-based interventions for BPD should place especial emphasis in improving attitudinal aspects as non-judging.

Keywords: *mindfulness, borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, decentering.*

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico frecuente y grave, caracterizado por una gran inestabilidad en la regulación de las emociones, la autoimagen, las relaciones interpersonales y el control de impulsos (*American Psychiatric Association*, 2013). En las últimas décadas se han desarrollado tratamientos psicoterapéuticos específicos para el TLP, entre los que destaca la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) como el tratamiento que cuenta con mayor soporte empírico (Stoffers et al., 2012; Pérez y Botella, 2006 ya la incluían como una de las aplicaciones clínicas basadas en *mindfulness* en su revisión en el monográfico de la Revista de Psicoterapia). La TDC es un tratamiento multi-modal que incluye terapia individual, terapia grupal de entrenamiento en habilidades, consultoría telefónica y grupo de consultas para terapeutas (Linehan, 1993a). En un estudio reciente en el que se investigó la eficacia de los distintos componentes de la terapia se observó que el entrenamiento en habilidades es un componente clave de la TDC (Linehan et al., 2015). Este entrenamiento consta de cuatro módulos de habilidades: regulación emocional, eficacia interpersonal, tolerancia al malestar y *mindfulness*. Estas últimas (i.e. *mindfulness*) son las habilidades nucleares de la terapia, son las primeras en enseñarse y se repiten entre un módulo y otro (Linehan, 1993b).

Aunque existen muchas definiciones del constructo de *mindfulness*, probablemente la más utilizada plantea que el *mindfulness* es la capacidad de prestar atención al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 1990). Esta definición señala dos componentes clave, por un lado, un componente atencional –que hace referencia a prestar atención al momento presente– y por otro, un componente actitudinal, vinculado a la no-evaluación, el no-juicio y a la aceptación de las experiencias internas y externas (Bishop et al., 2004). El término *mindfulness* se utiliza frecuentemente para hacer referencia a un conjunto de prácticas, pero también para describir un rasgo disposicional que todos los individuos poseemos en mayor o menor medida (Baer, Smith, & Allen, 2004). Actualmente existen distintos instrumentos para medir el *mindfulness* disposicional, siendo el *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) el más utilizado. Este cuestionario destaca cinco facetas del *mindfulness*, consistentes con el modelo propuesto en TDC (que veremos más adelante). Las cinco facetas del FFMQ son: (1) observar (i.e., notar experiencias internas y externas como sensaciones, pensamientos o emociones), (2) describir (i.e., etiquetar experiencias con palabras), (3) actuación consciente (i.e., focalizar en el presente, en oposición a actuar de forma mecánica), (4) no-juzgar (i.e., tomar una postura no-evaluativa acerca de los propios pensamientos o emociones) y (5) no-reaccionar (i.e., dejar que los pensamientos y emociones estén presentes sin necesidad de modificarlos o actuar según ellos).

Considerando al *mindfulness* como un rasgo disposicional, diversos estudios han señalado que el TLP se caracterizaría por presentar déficits en este rasgo, lo que se asociaría a ciertas características del trastorno (Wupperman, Fickling, Klemanski,

Berking, & Whitman, 2013; Wupperman, Neumann, Whitman, & Axelrod, 2009). Estudios en los que se han comparado sujetos con TLP con controles sanos muestran que los primeros presentan puntuaciones significativamente inferiores en *mindfulness* (Baer, Smith, & Allen, 2004) y en otros constructos asociados a este, como por ejemplo la capacidad de descentramiento (i.e., la capacidad de poder distanciarse de los propios contenidos mentales observándolos como fenómenos de la mente; Soler et al., 2014). Tanto en poblaciones clínicas con diagnóstico de TLP como en poblaciones no-clínicas con rasgos de TLP las bajas puntuaciones en escalas de *mindfulness* se han correlacionado con algunas de las características nucleares del trastorno como un pobre funcionamiento interpersonal, un mayor uso de estrategias impulsivas/pasivas de regulación emocional y un alto grado de neuroticismo (Wupperman et al., 2008, 2009). Además, parecería que la capacidad de *mindfulness* media la relación entre síntomas del TLP y autolesiones y entre TLP y otros comportamientos desadaptativos como el abuso de sustancias o los atracones (Wupperman, Fickling, Klemanski, Berking, & Whitman, 2013).

Utilizando el modelo propuesto por el FFMQ, algunos trabajos recientes sugieren que la interacción entre algunas de las facetas del FFMQ se asocia especialmente con los síntomas del trastorno. En un estudio de Peters et al. (Peters, Eisenlohr-Moul, Upton, & Baer, 2013) se ha reportado que solamente cuando existen altos niveles de “no-juzgar” la faceta de actuación consciente se asocia con una mayor severidad de algunos síntomas del TLP (i.e., ira, rumiación y dificultades en las relaciones interpersonales). En este sentido, parecería ser que la baja capacidad de no-juzgar es un elemento clave en la psicopatología del TLP (Eisenlohr-Moul, Peters, Chamberlain, & Rodriguez, 2015). En un estudio reciente en el que se recogieron medidas de *mindfulness* y síntomas del TLP durante cuatro semanas consecutivas, se demostró que las fluctuaciones individuales en no-juzgar predicen la expresión de los síntomas del trastorno, indicando que a menores niveles de “no-juzgar”, mayor severidad de los síntomas del TLP. A su vez, este estudio muestra también que, al menos en el TLP, algunas facetas serían más estables que otras, ya que la variabilidad intra-sujeto en las puntuaciones de “no-juzgar” y “no-reaccionar” fue mayor que la variabilidad en la faceta de “actuación consciente” (45% y 49% vs. 26% de variabilidad respectivamente; Eisenlohr-Moul et al., 2015).

En conjunto, estos estudios confirman que los sujetos con diagnóstico de TLP presentarían niveles inferiores de *mindfulness* en comparación con controles, ahora bien, ¿cuáles serían los factores que podrían explicar estos déficits? Parecería ser que en sujetos con TLP la capacidad de *mindfulness* se relacionaría inversamente con algunos rasgos temperamentales de origen biológico como el neuroticismo o la impulsividad y, en menor medida, con eventos vitales estresantes, como el hecho de haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Elices et al., 2015). Específicamente, la faceta de “actuación consciente” se relaciona con el neuroticismo y el abuso sexual, y el neuroticismo, la impulsividad y el abuso sexual son predictoras de la capacidad de no-juzgar (Elices et al., 2015). El no haber encontrado asociaciones

significativas entre las facetas del *mindfulness* medidas a través del FFMQ y otros tipos de experiencias traumáticas infantiles, como por ejemplo el abuso emocional, es un hallazgo inesperado y son necesarios más estudios para determinar con mayor precisión cuales son los factores que podrían explicar esta baja capacidad de *mindfulness*.

Mindfulness y TDC

El entrenamiento en *mindfulness* tiene un rol importante en los abordajes psicoterapéuticos actuales para el TLP. Aunque se ha propuesto que el aumento de la capacidad de *mindfulness* es un mecanismo común a distintos tipos de terapias para el trastorno (Bliss & McCardle, 2013), solo la TDC hace un énfasis explícito en la adquisición de estas habilidades, considerando que son habilidades fundamentales y que deben anteceder a la adquisición de otras habilidades de auto-regulación (Linehan, 1993b). A pesar de esto, se han realizado pocos estudios en los que se evalúa la eficacia aislada del *mindfulness* como componente del tratamiento.

En TDC las habilidades de *mindfulness* se agrupan en dos categorías, las habilidades “qué” y las habilidades “cómo”. Las primeras (i.e., habilidades “qué”) orientan al paciente sobre “qué” hacer durante la práctica: observar, describir y participar. “Observar”, refiere al acto de ser consciente de las experiencias internas (e.g., pensamientos, emociones y deseos) o externas (e.g., sensaciones físicas). El aspecto clave es aprender a observar la experiencia sin editorializarla, y sin ponerle etiquetas verbales. La segunda habilidad (i.e., “describir”) refiere a la capacidad de poner en palabras la experiencia que estamos observando sin juzgar ni evaluarla. Las prácticas de descripción implican poner etiquetas a los eventos que observamos. Esta habilidad se ha mostrado especialmente útil para aumentar la regulación emocional ya que promovería una mayor capacidad de reconocer los propios estados emocionales, lo que implica, a su vez, un mayor distanciamiento (Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, 2007). Finalmente, la habilidad de participar, objetivo fundamental de la práctica de *mindfulness*, implica la entrega completa al momento presente de forma fluida y espontánea y se asemeja al concepto de *flow* proveniente de la psicología positiva (Csikszentmihalyi, 1991). Si consideramos que la participación sin consciencia es característica de los actos impulsivos y estado de ánimo dependiente, participar con consciencia es importante para disminuir este tipo de conductas.

El segundo grupo de habilidades, las habilidades “cómo”, indican el aspecto actitudinal de la práctica de *mindfulness*. Las habilidades “cómo” guían al paciente para observar, describir y participar: (1) focalizándose en una sola cosa a la vez (*one-mindfully*) y evitando así fusionarse con los contenidos mentales vinculados a preocupaciones, interpretaciones o expectativas de futuro, (2) sin adoptar una postura juiciosa o evaluativa y sin etiquetar la experiencia como “buena” o “mala”, para observarla “tal cual es”, fomentando así la transformación de la experiencia sin que sea necesario recurrir a las estrategias clásicas de re-estructuración cognitiva

(Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006) y (3) priorizando las actuaciones eficaces con el objetivo de disminuir las conductas dependientes del estado de ánimo que usualmente suelen guiar las acciones de los paciente con TLP (Linehan, 2014). En conjunto, la práctica de las habilidades de *mindfulness* es un vehículo para promover actuaciones guiadas por la “mente sabia” (Linehan, 1993b; Lynch et al., 2006). Esta representa la síntesis de la mente racional (i.e., una mente lógica, fría y racional) y la mente emocional (i.e., la mente de las preferencias, los gustos, los deseos y las urgencias de acción), agregando el componente de la intuición.

A diferencia de otros modelos de enseñanza de *mindfulness*, en TDC se hace énfasis en la práctica no formal y las habilidades “qué” y “cómo” son una guía para conseguirla. Cada habilidad se enseña y se practica de forma individual, y por tanto existen decenas de tipos de prácticas que se dan a los pacientes a modo de ejemplo. Cuando ambos conjuntos de habilidades (i.e., “qué” y “cómo”) se practican conjuntamente es cuando para la TDC estamos hablando de *mindfulness* propiamente dicho (Linehan 2014).

Estudios en los que se ha evaluado la frecuencia de uso de las habilidades de la TDC muestran que las habilidades de *mindfulness* son las más utilizadas por los pacientes, en comparación con otros conjuntos de habilidades como son las habilidades interpersonales e incluso las de regulación emocional, lo que de alguna forma podría indicar una probable mayor utilidad clínica (Lindenboim, Comtois, & Linehan, 2007; Stepp, Epler, Jahng, & Trull, 2008).

Estudios de Eficacia del Mindfulness para el TLP

El primer trabajo en el que se evaluó la eficacia del entrenamiento en *mindfulness* de la TDC en TLP fue publicado en el año 2012 (Soler et al., 2012). En este primer estudio los pacientes que recibieron un entrenamiento en *mindfulness* mostraron –en comparación con un grupo control– una mayor capacidad de inhibir respuestas en una tarea de tipo Go/No Go (CPT-II; Conners, 2004), reflejada en una mayor habilidad para discriminar *targets* y *no-targets* y reducir errores de comisión. Además, los sujetos en el grupo de *mindfulness* mostraron en este mismo test una disminución de la impulsividad (Soler et al., 2012). Con la intención de continuar explorando los efectos en *mindfulness* en el TLP, se realizó un estudio posterior en el que 64 sujetos con diagnóstico de TLP fueron asignados aleatoriamente a una intervención grupal en *mindfulness* o a una intervención también grupal de entrenamiento en habilidades sociales de la propia TD (Elices et al., *en prensa*). Ambos tratamientos fueron impartidos con la misma frecuencia y duración (i.e., dos horas semanales, durante 10 semanas). Los pacientes que recibieron el entrenamiento en *mindfulness* mostraron una reducción significativa de la clínica *borderline* medida a través de la *Borderline Symptom List-23* (Soler et al., 2013), que fue corroborada por índices de significación clínica. Mientras el 40% de los pacientes asignados al grupo de *mindfulness* pueden considerarse respondedores al tratamien-

to, solo el 13% de los sujetos asignados a la intervención control está en este grupo (Elices et al., en prensa). Además, parecería ser que el entrenamiento en *mindfulness* se asociaría a un aumento significativo de la capacidad de descentramiento, es decir, la capacidad para tomar distancia de los propios contenidos mentales (Fresco, Segal, Buis, & Kennedy, 2007). Esta capacidad parecería estar especialmente afectada en poblaciones clínicas (Soler et al., 2014), y además, parecería que el incremento de la misma es uno de los mecanismos de acción de la psicoterapia en general, no exclusivo de las intervenciones basadas en *mindfulness* (Hayes-skelton, Calloway, Roemer, & Orsillo, 2015; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Adicionalmente al aumento del descentramiento, los participantes asignados a la condición de *mindfulness* también reportaron un aumento de la capacidad de “describir”, “no-juzgar” y “no-reaccionar”. Por otra parte, como mencionamos anteriormente, la habilidad de no-juzgar hace referencia al aspecto actitudinal de la práctica de *mindfulness*. En conjunto, el aumento de la capacidad de “no-juzgar”, y “no-reaccionar” indicarían un incremento de la aceptación (Baer et al., 2006), que en el caso particular de nuestro estudio, podría haberse potenciado por la inclusión de las habilidades de aceptación radical (Elices et al., en prensa).

Respecto a la adherencia a la intervención en *mindfulness*, es interesante observar que, si bien ésta fue más eficaz que la intervención control, el porcentaje de abandonos de tratamiento en *mindfulness* fue mayor que en la intervención control (40% *mindfulness* vs. 19% GC). En comparación con estudios previos, esta tasa de abandonos es sensiblemente superior a la reportada habitualmente en poblaciones con TLP (alrededor de un 30%; Kröger, Harbeck, Armbrust, & Kliem, 2013). Existen varios factores que podrían explicar el mayor porcentaje de abandonos en el grupo de *mindfulness*. Dado que la práctica de *mindfulness* no implica la modificación directa de los síntomas, sino que se focaliza en construir una nueva relación con ellos, la conexión entre la práctica de *mindfulness* y la mejoría de los síntomas relevantes en el TLP, puede no ser lo suficientemente explícita como para motivar al paciente a practicar diariamente. Por tanto, es posible que algunos participantes no hubiesen percibido una relación clara entre los objetivos del tratamiento y los propios objetivos terapéuticos. Otra posible explicación al alto índice de *dropout*, podría relacionarse con una simple falta de motivación para la terapia o con el hecho de que el entrenamiento en *mindfulness* incluyera prácticas formales que pueden resultar especialmente desafiantes para algunos pacientes con TLP y que ha sido el motivo principal para que éstas no fuesen un requisito en los entrenamientos grupales habituales en esta terapia (Dimidjian & Linehan, 2003). En un análisis secundario de este estudio (Soler et al., 2016), se encontraron mejorías relacionadas con índices de impulsividad como son la estimación temporal o la capacidad para tolerar recompensas demoradas, pero a diferencia del estudio anterior (Soler et al., 2012), no se encontraron mejorías en las variables atencionales. Estos hallazgos indican que el entrenamiento en *mindfulness* promueve un enlentecimiento subjetivo del paso del tiempo. Este fenómeno ya ha sido descrito

previamente como consecuencia de la práctica de *mindfulness* en meditadores así como en sujetos sin experiencia meditativa (Droit-Volet, Fanget, & Dambrun, 2015; Kramer, Weger, & Sharma, 2013; Wittmann et al., 2015). La práctica de *mindfulness* implicaría un procesamiento temporal momento a momento, de forma más detallada, más curiosa y más atenta (Csikszentmihalyi, 1991; Siegel, 2007) que podría contribuir a la percepción subjetiva de mayor lentitud.

Por otro lado, el aumento de tolerancia a las recompensas demoradas es un hallazgo interesante, ya que este tipo de impulsividad ha sido asociado a distintas conductas desadaptativas como el abuso de sustancias, los atracones o las autolesiones (Coffey, Gudleski, Saladin, & Brady, 2003; Kane, Loxton, Staiger, & Dawe, 2004; Kollins, 2003) por lo que parece potencialmente relevante desde el punto de vista clínico. En futuros estudios sería interesante explorar si este aumento de tolerancia a la gratificación demorada observada en un contexto experimental se asocia a una menor frecuencia de las conductas impulsivas típicas del trastorno (e.g., consumo de tóxicos, autolesiones).

Recomendaciones para la Práctica de Mindfulness en el TLP

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios anteriores, habría algunos aspectos específicos que podrían contribuir al éxito de las intervenciones basadas en *mindfulness* para pacientes con TLP. A continuación plantearemos algunas recomendaciones que podrían ser útiles para maximizar la eficacia de estas intervenciones.

En primer lugar, y considerando la gran variedad de prácticas de *mindfulness* disponibles, parecería ser que los pacientes con TLP podrían beneficiarse especialmente de aquellas en las que se promueve la capacidad de aceptación. Como vimos en la primera parte de este artículo, la evidencia actual indica que los pacientes con TLP se caracterizarían por la tendencia a realizar juicios acerca de las experiencias, de ellos mismos y/o de los demás. Peters et al. (2013) sostienen que aumentar la capacidad de no-juzgar es clave en el tratamiento del TLP, sugiriendo incluso que el entrenamiento puramente atencional podría no ser útil si no se acompaña de la disminución de juicios. En este sentido, la TDC propone un modelo que se ajusta a esta necesidad, promoviendo de forma simultánea el desarrollo de habilidades atencionales y actitudinales (Linehan, 2014). Además, las habilidades de “aceptación radical” enseñadas conjuntamente con las habilidades de *mindfulness*, podrían ser especialmente útiles para fomentar una actitud opuesta al juicio (Linehan, 2014).

En relación a los tipos y frecuencia/cantidad de práctica en TDC, contrariamente a otros abordajes terapéuticos, se hace especial énfasis en la práctica informal ya que según Linehan, la práctica formal podría ser especialmente desafiante para los pacientes con TLP (Dimidjian & Linehan, 2003). Esto ha motivado “dividir” *mindfulness* en habilidades (tres habilidades “qué” y tres habilidades “cómo”) que el paciente pueda practicar individualmente con ejercicios que no requieren gran dedicación de tiempo ni contextos particulares. Sin embargo, resultados de estudios

recientes demuestran que los pacientes con TLP son capaces de realizar prácticas formales, aunque de menor duración que las prácticas que proponen otros modelos como el Programa Basado en *Mindfulness* para la Reducción del Estrés (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) o la Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). En conjunto, la evidencia actual muestra que los pacientes con TLP son capaces de realizar prácticas formales que pueden llegar hasta los 12 minutos de media si se ajustan algunos parámetros (e.g., Feliu-Soler et al., 2014; Soler et al., 2012). En los estudios antes mencionados, los propios participantes decidían de forma “sabia” la duración de la práctica adecuada para ellos (Soler et al., 2012). Resulta también fundamental para estos pacientes entender que esta no pretende ser relajante ni agradable ya que requiere, entre otras cosas, tolerar el malestar que supone exponerse a la incomodidad y resulta una decisión no dependiente del estado de ánimo (i.e., se hace independientemente de lo que a uno le apetezca). Además, el hecho de que el objetivo de la práctica sea promover una nueva relación con los síntomas y no su “desaparición”, puede resultar contraintuitivo y, por tanto, suele ocurrir que los pacientes no vean claramente la relación entre la práctica de *mindfulness* y la mejoría sintomatológica. En este punto, es particularmente importante ser psicoeducativo y así motivar a los pacientes a la práctica. Como en todas las habilidades de la TDC el refuerzo de la práctica es de gran importancia. En esta población es habitual que la práctica formal sea una forma de exposición interoceptiva; no es de extrañar pues muchos de estos pacientes presentan diagnóstico comórbido de algún trastorno de ansiedad. Por ejemplo, si un paciente se encuentra muy ansioso al prestar atención a la respiración, el terapeuta puede recomendarle –al menos al inicio de la práctica– poner la atención en otra sensación física (e.g., sensación de los pies en el suelo o del contacto del cuerpo con la silla), para realizar así una exposición gradual a las sensaciones físicas.

Direcciones Futuras

Aunque en los últimos años la investigación en relación a la eficacia del *mindfulness* en el TLP ha ido en aumento aún quedan muchos aspectos por esclarecer. En primer lugar es importante contar con estudios que exploren los predictores de eficacia del *mindfulness* en el TLP. Por un lado algunos datos indican que la intervención en *mindfulness* podría ser especialmente útil para pacientes con historias de traumas (Elices et al., 2015; Williams et al., 2014), permitiendo el reprocesamiento y la exposición a memorias traumáticas (Holzel et al., 2011). Este procesamiento “momento a momento” de la experiencia facilita la exposición y ayuda a extinguir comportamientos habituales de evitación, incrementando también la habituación a ciertas sensaciones o emociones relacionadas con las experiencias traumáticas (Fiorillo & Fruzzetti, 2015). En el TLP son necesarios otros estudios para determinar si –como fue descrito en sujetos con depresión (Williams et al., 2014)– el haber sufrido experiencias traumáticas durante la infancia es un predictor de eficacia de las intervenciones en *mindfulness*.

Para determinar con mayor precisión las características de la población que podría beneficiarse de la intervención en *mindfulness*, es necesario conocer también cuáles podrían ser los factores predictores de adherencia a este tipo de intervenciones. Sabemos que, en general, la comorbilidad del TLP con algunos trastornos psiquiátricos y otras características clínicas (e.g., intentos de suicidio previos o días de hospitalización) predicen el abandono de tratamiento (Kröger, Röpke, & Kliem, 2014). Además, en algunos casos, la falta de motivación para el tratamiento o la dificultad para tolerar emociones negativas, son también, sobre todo en contextos grupales, factores que podrían favorecer el *dropout*. Son necesarios futuros estudios para determinar si estas variables u otras, podrían explicar las tasas de abandono en el estudio anteriormente comentado (Elices et al., *en prensa*).

Finalmente, futuros estudios deberían contrastar diferentes intervenciones en *mindfulness* con el objetivo de investigar si existen algunos tipos de prácticas especialmente beneficiosas para pacientes con TLP. El entrenamiento en *mindfulness* puede incluir distintos métodos, prácticas y abordajes. Por ejemplo, algunas intervenciones como MBCT o MBSR dan énfasis a la práctica formal (e.g., *sitting meditation*, meditación caminando, etc) y otras como la TDC enfatizan la práctica informal (e.g., *mindfulness* en la vida cotidiana: comiendo, conduciendo, duchándose, etc.) Como plantean Dimidjian y Linehan (2003) es probable que algunos tipos de prácticas sean más adecuadas para algunos pacientes. En esta misma línea, sería interesante explorar si, además de la TDC, otros modelos basados en *mindfulness*, basados en la práctica formal como el MBCT o MBSR, podrían ser aplicados con éxito en poblaciones con TLP.

La aplicación del *mindfulness* en el tratamiento del TLP es un área de investigación que continuará creciendo en los próximos años. A pesar de los últimos avances, aún son necesarios estudios controlados que comparen el *mindfulness* con otras intervenciones eficaces para el TLP (Khoury et al., 2013) para poder determinar si existe una superioridad de esta intervención y, si es así, determinar cuáles son los mecanismos de cambio del *mindfulness* y sus targets específicos.

Conclusiones

En suma, la literatura actual sugiere que el entrenamiento en *mindfulness* es una intervención eficaz para el TLP, disminuyendo la sintomatología nuclear del trastorno y aumentando capacidades de *mindfulness* como el *decentering* o la capacidad de no-juzgar. A pesar de estos hallazgos prometedores, son necesarios futuros estudios que permitan concluir acerca de los beneficios concretos del *mindfulness* en el TLP.

Agradecimientos

Joaquim Soler es miembro de PROMOSAM: Investigación en procesos, mecanismos y tratamientos psicológicos para la promoción de la salud mental, (Red de Excelencia PSI2014-56303-REDT) financiada por el Ministerio de Economía y

Competitividad (2014).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- 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. doi:10.1177/1073191104268029
- 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. doi:10.1177/1073191105283504
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Bliss, S., & McCardle, M. (2013). An Exploration of Common Elements in Dialectical Behavior Therapy, Mentalization Based Treatment and Transference Focused Psychotherapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Clinical Social Work Journal, 42*(1), 61-69. doi:10.1007/s10615-013-0456-z
- Coffey, S. F., Gudleski, G. D., Saladin, M. E., & Brady, K. T. (2003). Impulsivity and rapid discounting of delayed hypothetical rewards in cocaine-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 11*(1), 18-25. doi:10.1037/1064-1297.11.1.18
- Conners, B. C. K. (2004). Conners' Continuous Performance Test II (CPT II V. 5).
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine, 69*(6), 560-565. doi:10.1097/PSY.0b013e3180f6171f
- Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, NY: HarperPerennial.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 166-171. doi:10.1093/clipsy/bpg019
- Droit-Volet, S., Fanget, M., & Dambun, M. (2015). Mindfulness meditation and relaxation training increases time sensitivity. *Consciousness and Cognition, 31*, 86-97. doi:10.1016/j.concog.2014.10.007
- Eisenlohr-Moul, T. a., Peters, J. R., Chamberlain, K. D., & Rodriguez, M. a. (2015). Weekly Fluctuations in Nonjudging Predict Borderline Personality Disorder Feature Expression in Women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 1-9*. doi:10.1007/s10862-015-9505-y
- Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., ... Soler, J. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry, 15*(1), 180. doi:10.1186/s12888-015-0573-z
- Elices, M., Pascual, J.C., Portella, M.J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. Mindfulness (En Prensa).
- Feliu-soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-blanco, A., Armario, A., ... Pérez, V. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy- Mindfulness Training on Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(4), 363-370. doi:10.1002/cpp.1837
- Fiorillo, D. R., & Fruzzetti, A. E. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Trauma Survivors. In V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, & D. I. Rome (Eds.), *Mindfulness-Oriented Interventions for Trauma. Integrating Contemplative Practices* (1st ed., pp. 75-91). New York, NY: The Guilford Press.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 447-455. doi:10.1037/0022-006X.75.3.447
- Hayes-skelton, S. A., Calloway, A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2015). Decentering as a Potential Common Mechanism Across Two Therapies for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 395-404. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0038305
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537-559. doi:10.1177/1745691611419671
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delacorte.

- Kane, T. a., Loxton, N. J., Staiger, P. K., & Dawe, S. (2004). Does the tendency to act impulsively underlie binge eating and alcohol use problems? An empirical investigation. *Personality and Individual Differences*, 36(1), 83-94. doi:10.1016/S0191-8869(03)00070-9
- Khouri, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kollins, S. H. (2003). Delay discounting is associated with substance use in college students. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1167-1173. doi:10.1016/S0306-4603(02)00220-4
- Kramer, R. S. S., Weger, U. W., & Sharma, D. (2013). The effect of mindfulness meditation on time perception. *Consciousness and Cognition*, 22(3), 846-852. doi:10.1016/j.concog.2013.05.008
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 411-416. doi:10.1016/j.brat.2013.04.008
- Kröger, C., Röepke, S., & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 46-52. doi:10.1016/j.brat.2014.07.001
- Lindenboim, N., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2007). Skills Practice in Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Women Meeting Criteria for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 147-156. doi:10.1016/j.cbpra.2006.10.004
- Linehan, M. M. (1993a). Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2nd Edition.). New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D., ... Murray-gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA*, 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., 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. doi:10.1002/jclp
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Peters, J. R., Eisenlohr-moul, T. A., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Nonjudgment as a moderator of the relationship between present-centered awareness and borderline features/ : Synergistic interactions in mindfulness assessment. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 24-28. doi:10.1016/j.paid.2013.01.021
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: The Guilford Press.
- Shapiro, S. ., Carlson, L. E., Astin, J. ., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. WW Norton & Company.
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-blanco, A., Feliu-soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder/ : results from a pilot randomized study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1), 1-10. doi:10.1186/s40479-015-0035-8
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., Tejedor, R., ... Portella, M. J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*, 45(6), 863-871. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.004
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., ... Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 150-7. doi:10.1016/j.brat.2011.12.002

- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., ... Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry, 13*, 139. doi:10.1186/1471-244X-13-139
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders, 22*(6), 549-563. doi:10.1521/pedi.2008.22.6.549
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Cochrane D.). John Wiley & Sons. doi:10.1002/14651858.CD005652
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Danielle, S., Fennell, M. J. V., ... Russell, I. T. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Preventing Relapse in Recurrent Depression: A Randomized Dismantling Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 275-286.
- Wittmann, M., Otten, S., Schötz, E., Sarikaya, A., Lehnen, H., Jo, H., ... Meissner, K. (2015). Subjective expansion of extended time-spans in experienced meditators. *Frontiers in Psychology, 5*, 1586. doi:10.3389/fpsyg.2014.01586
- Wupperman, P., Fickling, M., Klemanski, D. H., Berking, M., & Whitman, J. B. (2013). Borderline personality features and harmful dysregulated behavior: the mediational effect of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 69*(9), 903-911. doi:10.1002/jclp.21969
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & Axelrod, S. R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties? *Journal of Personality Disorders, 22*(5), 466-482. doi:10.1521/pedi.2008.22.5.466
- Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(10), 766-771. doi:10.1097/NMD.0b013e3181b97343

ASEPCO

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la
**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

ENSEÑAR *MINDFULNESS*: CONTEXTOS DE INSTRUCCIÓN Y PEDAGOGÍA

TEACHING *MINDFULNESS*: CONTEXTS OF TEACHING AND PEDAGOGY

Ausiàs Cebolla

Universitat de València

Daniel Campos

Universitat Jaume I

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Campos, D. y Cebolla, A. (2016). Enseñar Mindfulness: Contextos de Instrucción y Pedagogía. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 103-118.

Resumen

La aparición de mindfulness y su rápida diseminación en entornos clínicos obedece a diversas razones, siendo una de las más relevantes la relacionada con la pedagogía. La literatura científica ha propuesto un modelo de enseñanza de mindfulness basado en los mecanismos de eficacia, la configuración de nuevas demandas, y la aparición de diferentes contextos. El objetivo de este artículo es revisar por un lado los diferentes contextos de enseñanza de mindfulness (psicoeducativos, clínicos y espirituales), analizando las semejanzas y diferencias. A continuación se revisarán los mecanismos de eficacia (regulación de la atención, conciencia corporal, regulación emocional y cambios en la perspectiva del self) que fundamentan hacia donde hay que enfocar la instrucción, y finalmente se presentará el proceso de indagación basándonos en el trabajo realizado en la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (TCBM), y que supone un elemento fundamental en la enseñanza de mindfulness. La pedagogía es un elemento comúnmente olvidado en los entrenamientos de instructores, y nos sitúa un nuevo horizonte en la investigación, generando una serie de retos de futuro que serán analizados.

Palabras clave: *mindfulness, meditación, indagación, darse cuenta, metacognición*

Abstract

The appearance of mindfulness and its rapid spread in clinical settings is due to various reasons, one of the most important being related to pedagogy. The scientific literature has proposed a model for teaching mindfulness based on the study of the efficacy mechanisms, new teaching demands, and the emergence of different contexts. The purpose of this paper is to review the different contexts of teaching mindfulness (psycho-educational, clinical and spiritual), analyzing the similarities and differences. The underlying mechanisms of efficacy (attention regulation, body awareness, emotional regulation and changes in the perspective of the self) that base where teachers need to focus instructions and finally the inquiry process will be presented based on the work done in Mindfulness Based Cognitive Therapy, that is a fundamental element in teaching mindfulness. Pedagogy is an element commonly forgotten in training of trainers, and sets up a new horizon in research, generating a series of challenges for the future that will be analyzed.

Keywords: *Mindfulness, meditation, inquiry, awareness, metacognition*

Fecha de recepción: 12/12/2015. Fecha de aceptación: 14/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: ausias.cebolla@uv.es

Dirección postal: Ausiàs Cebolla i Martí, Universitat de València, Avinguda Blasco Ibáñez, 10, 46010 València.

© 2016 Revista de Psicoterapia



En el año 2014 la revista TIME publicó un número con una portada muy significativa, que rezaba “la revolución *Mindfulness*”. Ciertamente esta portada capta muy bien todo lo que ha ido aconteciendo en los últimos años en la diseminación e investigación de *mindfulness* en occidente y que tiene efectivamente aspectos revolucionarios. *Mindfulness* ha pasado en pocos años de ser una práctica marginal asociada únicamente a contextos espirituales a estar omnipresente en las mejores revistas científicas y congresos del mundo, generando un impacto social que pocos podían predecir (los trabajos sobre *mindfulness* en nuestro país tienen ya más de una década, algunos de ellos se publicaron en un monográfico de la Revista de Psicoterapia dedicado a *mindfulness*: Cebolla y Miró, 2006; García, 2006; Miró, 2006; Pérez y Botella, 2006; Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró, 2006; Simón, 2006).

Esta revolución se debe a varios factores; por un lado los estudios de eficacia han mostrado que puede ser una terapia altamente eficaz. Por ejemplo, recientemente la revista *The Lancet*, una de las mejores del mundo en medicina, publicaba un estudio mostrando la eficacia de la MBCT (Kuyken et al., 2015) para la prevención de recaídas en depresión. Por otro lado el segundo factor se debe a la demanda social en un mundo cada vez más tecnológico y multitarea. Las personas buscan desesperadamente espacios de calma, serenidad y autocuidado, lo que ha llevado a sentirse atraídos por las prácticas de tipo contemplativo. El tercer factor, al que pocos autores hacen referencia, tiene que ver con una revolución pedagógica. Paralela a la investigación de resultados ha habido una investigación sobre cómo transmitir estas enseñanzas que ha supuesto una forma innovadora y facilitadora de transmitir las.

Mindfulness, como es ampliamente conocido, proviene del Budismo y aunque está presente en todas las prácticas espirituales es el Budismo el que ha sabido generar un método y un fundamento que ha atraído a los científicos occidentales. El reto al que se enfrenta *mindfulness* en occidente es variado. Por un lado el de ser investigado científicamente, lo cual plantea un riesgo de atomización y desvinculación de sus orígenes como muchos autores ya han destacado (Grossman, 2015); es decir *mindfulness* nunca ha sido utilizado para lo que se usa en occidente – bienestar psicológico, tratamientos clínicos, etc. Por otro lado, la tradición no ha tenido que enfrentarse a un escenario como el hospitalario o clínico en el que hay personas que aprenden *mindfulness* sin tener una clara motivación, ni un deseo estructurado de aprendizaje; por ejemplo, una persona con depresión que simplemente quiere que alguien le ayude para sentirse mejor. Finalmente, también ha cambiado el método de diseminación, es decir ya no son maestros de meditación con largos años de experiencia los que enseñan *mindfulness* sino profesionales, sobre todo psicólogos y médicos, que a pesar de estar más o menos implicados en su práctica diaria no son estrictamente maestros de meditación, sino instructores de *mindfulness*. Además *mindfulness* también se está implementando de manera generalizada en entornos escolares y organizacionales, lo que supone una gran

novedad. Estos nuevos contextos de instrucción hacen que los obstáculos o dificultades de la práctica que surgen (falta de motivación, mitos de la meditación, divagación mental, etc.) deban ser trabajados de manera coherente, con un sistema protocolizado y con una metodología pedagógica definida.

Todo esto, ha llevado a muchos autores a reflexionar sobre cómo se puede mejorar la enseñanza de esta herramienta adaptándola a estos nuevos retos, contextos y roles, con el objetivo final de llegar al mayor número de personas posible. El objetivo de este artículo es revisar lo que se ha investigado sobre pedagogía de *mindfulness*, los contextos y roles para su instrucción, mecanismos de eficacia y trabajo grupal, así como analizar posibles retos de futuro en la instrucción de *mindfulness*.

El Instructor de Mindfulness y su Contexto

Mindfulness es una herramienta que se puede utilizar por los menos en tres contextos de enseñanza diferentes (véase Tabla 1): (i) el *espiritual*, tradicionalmente el único contexto de enseñanza y con pedagogías basadas en las diferentes tradiciones de enseñanza que se han ido pasando de generación en generación, en algunos casos palabra por palabra. A este contexto, se le añaden dos nuevos, (ii) el contexto *clínico* (tratamiento de trastornos psicológicos, depresión, ansiedad, etc.) y (iii) el *psicoeducativo* (entorno escolar, organizacional o de crecimiento personal).

Cada uno de estos contextos, requiere profesionales con formaciones diferentes: en el caso del contexto *espiritual*, maestros de meditación; en el caso del contexto *psicoeducativo*, profesionales/instructores formados en *mindfulness* y expertos en el entorno donde lo vayan a aplicar (alguien del mundo de la empresa cuando se enseña en el ámbito organizacional, o un profesor en el ámbito escolar) y, finalmente, en el contexto *clínico*, terapeutas, psicólogos y médicos con formación en *mindfulness*. Además, cada contexto va acompañado de diferentes estructuras formativas y objetivos diferentes, que deben saber adaptar la pedagogía de *mindfulness* a los diferentes objetivos que se les plantea, desde mejorar el bienestar, hasta reducir sintomatología o constituir una vía de desarrollo espiritual. Esta versatilidad está relacionada con los mecanismos psicológicos que se activan en la práctica de *mindfulness* que hace que active procesos psicológicos profundamente nucleares.

Es fundamental que los instructores conozcan el contexto donde se mueven, ya que cualquier salto de contexto sin la formación adecuada puede ser catastrófico, desde maestros de meditación que trabajen en contextos clínicos a personas sin la preparación adecuada que trabajen en contextos espirituales.

A todo esto hay que añadir un punto de gran importancia. En los últimos años han surgido varias voces invitando a investigar si la práctica de *mindfulness* o meditación tiene efectos no esperados o indeseables. Los datos indican que estos efectos existen y que el porcentaje no es precisamente bajo (Cebolla, Demarzo,

Tabla 1**Contextos de Enseñanza de Mindfulness**

	Contexto psicoeducativo	Contexto clínico	Contexto espiritual
Objetivo	Aumentar <i>mindfulness</i> rasgo, bienestar psicológico, felicidad, regulación emocional, auto-compasión.	Aumentar <i>mindfulness</i> rasgo, reducción de síntomas y de vulnerabilidad cognitiva.	Desapego, búsqueda de la verdad, desconstrucción del yo.
Profesional	Profesional formado en <i>mindfulness</i> y experto en el ámbito de enseñanza donde se aplica. (Instructor-participante)	Psicólogo clínico, psicólogo general sanitario, psiquiatra. (Terapeuta-paciente)	Maestro de meditación.
Técnicas	<i>Mindfulness</i> en la vida cotidiana, meditaciones sencillas.	<i>Mindfulness</i> en la vida cotidiana, meditaciones sencillas. Apoyo a otras intervenciones.	Meditaciones más complejas.
Duración de las sesiones	Entre 20 y 40 minutos por día.	Entre 20 y 40 minutos por día.	Más flexibilidad.
Duración del entrenamiento	Ocho semanas.	Ocho semanas en formato grupal e inespecífico en el individual.	Depende de la tradición.
Formato	Grupal	Grupal e individual	Grupal e individual

Martins, Soler y García-Campayo, *en revisión*; Shapiro, 1992). En estos casos el contexto es clave, ya que lo que en contexto se puede entender como un efecto no esperado (por ejemplo, un aumento de la tristeza en un contexto clínico) será visto como algo no deseable y por tanto se intentará paliar, mientras que en el contexto espiritual será visto como una parte fundamental del camino.

¿Para qué Sirve Practicar Mindfulness?

Entender bien los mecanismos psicológicos por los que *mindfulness* genera los cambios que genera es clave para su enseñanza, ya que es precisamente este conocimiento el que permite flexibilizar y diseñar intervenciones adaptadas al contexto de instrucción. Enseñar *mindfulness* para reducir estrés en un contexto organizacional (aprender a regular el estrés, mejorar la gestión del tiempo...) no tiene nada que ver con trabajar con *mindfulness* en un programa de prevención de recaídas en depresión (aumentar habilidades metacognitivas, regular la emoción, modificar de estrategias de afrontamiento desadaptativas...). Las técnicas pueden ser las mismas pero los objetivos y lo explorado en sesión es complementemente diferente, y por tanto la pedagogía debe ser adaptada.

Dentro de los mecanismos de eficacia de *mindfulness* destaca el trabajo de Hölzel et al., (2011) en el que revisa los principales estudios llevados a cabo sobre meditación y *mindfulness* en los últimos años. Los autores reducen los mecanismos de actuación a cinco: (1) control atencional, (2) conciencia corporal, (3) regulación

emocional, (4) revalorización y exposición y (5) un cambio en la perspectiva del *self*.

Estos mecanismos son una excelente plataforma para comprender la pedagogía de *mindfulness* ya que simulan de manera fehaciente todos los procesos activados en la práctica de *mindfulness* y que son precisamente los que lo hacen tan versátil. Los autores proponen que estos componentes suponen un proceso de mejora de la auto-regulación. Por tanto, el aprendizaje de *mindfulness* resultaría en una mejora de la capacidad de auto-regulación a distintos niveles. Los diferentes componentes interactúan entre sí y, además, entran en juego en distintos momentos de la práctica de *mindfulness*, como más adelante comentaremos. Trasladada a la práctica, esta propuesta teórica a partir de una excelente revisión podría seguirse como un plan de acción en la enseñanza de *mindfulness* (Tabla 2). A continuación se relata dicho plan por orden cronológico en términos pedagógicos (Cebolla, 2014).

Tabla 2

Mecanismos de Eficacia y Pedagogía de *Mindfulness*

Mecanismos	Instrucciones de la práctica	Ejemplos de prácticas de <i>mindfulness</i>	Fases de aplicación	Áreas del cerebro asociadas
1. Regulación de la atención.	Sostener la atención en distintos puntos.	Meditación de la respiración.	Fases iniciales/ primeras sesiones.	Córtex cingulado anterior.
2. Conciencia corporal.	Sostener la atención en las sensaciones corporales: respiración cuerpo, emociones, etc.	Meditación de la contemplación de las sensaciones o <i>body scan</i> . Movimientos corporales con atención plena (<i>mindful movements</i>), etc.	Fases iniciales e intermedias.	Ínsula, junta temporo-parietal.
3a. Regulación emocional: revalorización.	Generar nuevas formas de reaccionar a las emociones: no juzgar, aceptar.	Meditación de las emociones.	Fases o sesiones intermedias y finales.	Córtex prefrontal (dorsal).
3b. Regulación emocional: exposición, extinción y reconsolidación.	Exponerse a aquello que sucede en la conciencia: tomar distancia, no reaccionar a la experiencia interna.	Meditación de las emociones. Meditación de las emociones difíciles.	Fases o sesiones intermedias y finales.	Amígdala. Hipocampo.
4. Cambios en la perspectiva del <i>self</i> .	Desapego a una imagen fija de uno mismo.	Meditación de los pensamientos. Meditación de la disolución del yo.	Transversal a todo el aprendizaje. Mayor énfasis en fases intermedias y finales.	Córtex cingulado posterior, ínsula.

El primero de los mecanismos es el de control atencional. Este es el primer nivel de interacción en la práctica (cuando llevamos la atención al aire entrando o

saliendo de la nariz) y, de hecho, supone la primera dificultad en su práctica (divagación mental, dificultades para retener la atención en un punto). Sabemos a través de tareas experimentales que la atención mejora de manera clara tras un entrenamiento protocolizado de *mindfulness* (Tang, Hölzel, & Posner, 2015), y de hecho el esfuerzo atencional es muy alto al inicio del entrenamiento y se va reduciendo conforme aumenta el número de horas de práctica (Tang, Yang, Leve, & Harold, 2012). Esta mejora en los niveles atencionales es en la que se basa la justificación del uso de *mindfulness* en el ámbito escolar o en el tratamiento del TDAH (van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2011) o del deterioro cognitivo adulto (Quintana-Hernández et al., 2015).

En esta primera fase la instrucción básica que guiará las distintas prácticas utilizadas hará énfasis en llevar la atención a la respiración o al cuerpo y mantenerla hasta que inevitablemente esta se aleje, y será entonces cuando debemos hacer que regrese al foco de atención de la práctica (por ejemplo a la respiración o al cuerpo) con una actitud de amabilidad. Este “ir y venir” supone el punto de partida y el núcleo de la práctica en los entrenamientos de *mindfulness*.

Distintas tradiciones meditativas enfatizan la importancia de la regulación atencional en la práctica diaria, por ejemplo, *samadhi* en la tradición Budista Theravada (Hart, 1987); *samatha* en la tradición budista Tibetana (Lutz, Dunne, & Davidson, 2007); o *dharana* en la tradición de Yoga India (Vishnu Devananda, 1999). Se recomienda la meditación de atención focalizada como un primer nivel de aprendizaje antes de pasar a otro tipo de meditaciones. En las primeras sesiones de las terapias basadas en *mindfulness* (TBM) tanto el contenido de las mismas como las prácticas entre sesiones se destinarán a este fin. Es fundamental un buen entrenamiento antes de avanzar en el aprendizaje ya que supondrá un anclaje donde se volverá repetidamente. En resumen, además de ser un mecanismo subyacente a la práctica vemos que también es esencial en la propia práctica de *mindfulness*. En algunos casos puede ser una fuente de frustración y un obstáculo en el aprendizaje, por lo que se recomienda que el terapeuta/instructor esté atento y dedique recursos a establecer este primer nivel de práctica.

El segundo mecanismo es de conciencia corporal; el cuerpo surge en *mindfulness* como un espacio de observación de la experiencia. La observación momento a momento se hace sobre la experiencia que surge en el cuerpo y tanto la respiración como las sensaciones se utilizan como anclaje para regresar al aquí y ahora. Durante la práctica el cuerpo está presente siempre y es un lugar de observación neutral para depositar la atención, ya sea como el fenómeno físico de la respiración o el impacto de los pensamientos o emociones en el cuerpo. Para ello se pueden utilizar prácticas que están directamente dirigidas a este propósito, como el *body scan* u otras relacionadas en las que se incluye la instrucción básica de la conciencia corporal, como por ejemplo la *meditación de la respiración* (prestar atención a las sensaciones físicas y cambios corporales de la respiración).

Por conciencia corporal se entiende *un proceso dinámico e interactivo por el*

que se perciben los estados, procesos, y acciones que suceden en el cuerpo tanto a nivel interoceptivo como propioceptivo y que pueden ser observados por uno mismo (Mehling et al., 2005). Este mecanismo está muy conectado con las teorías de *embodiment* que parten de la base de que la cognición se basa en representaciones de las distintas modalidades sensoriales (visual, auditiva, táctil y cenestésica).

Según esta aproximación los estados corporales son constituyentes de la cognición y, por lo tanto, pueden desencadenar estados cognitivos y viceversa (Barsalou, Niedenthal, Barbey, & Ruppert, 2003). La postura corporal, los movimientos de expansión o los ejercicios de yoga se utilizan de manera consciente para trabajar este aspecto clave. Los datos indican que tras un entrenamiento en *mindfulness* aumenta la conciencia corporal y también la agencia del cuerpo (Cebolla, Vara, Miragall, Palomo y Baños, 2015).

Por otro lado, nuevas hipótesis plantean que este mecanismo está profundamente conectado con todos los demás y sobre todo con el último, el cambio en la perspectiva del *self* ya que altera los procesos de la auto-representación. Desde un punto de vista pedagógico, el cuerpo representa el “lugar” donde ocurren nuestras experiencias y sirve como espacio de observación, una observación adaptativa, basada en el presente y no juzgadora (Michalak, Burg, & Heidenreich, 2012). En términos metafóricos sería el “laboratorio” o el espacio de trabajo. Es ahí donde el terapeuta/instructor invita a mirar (Segal, Williams, & Teasdale, 2013) cuando algo nos invita a salir de la práctica o aparecen pensamientos o emociones difíciles. Esta sería la posición del instructor y el papel que tomará como hilo conductor en el proceso de enseñanza.

El tercer y cuarto mecanismo son en realidad dos formas de entender la regulación emocional. En los últimos años han surgido una variedad de trabajos que sugieren que la práctica de *mindfulness* facilita la regulación emocional (Hölzel et al., 2011). Por regulación emocional se entiende el conjunto de procesos a través de los cuales influimos en las emociones que tenemos, cuándo las tenemos y cómo las experimentamos y expresamos (Gross, 1998). Concretamente desde las TBM, se proponen dos estrategias de regulación emocional como son la re-valoración y la exposición.

La re-valoración hace referencia al proceso de adaptación a través del cual los eventos estresantes son reconstruidos como beneficiosos, significativos o benignos (por ejemplo, pensar que uno va a aprender algo de una situación difícil; Garland, Gaylord, & Fredrickson, 2011). Además, durante la meditación nos exponemos a todo lo que está presente en el campo de la conciencia, incluyendo estímulos externos así como sensaciones corporales y experiencias emocionales, observando estas experiencias sin alterarlas o reaccionar a ellas. Por tanto, atender a las emociones o sensaciones desagradables desde esta actitud genera a largo plazo una mayor capacidad de regularlas.

En este punto del aprendizaje las instrucciones básicas radicarán en facilitar estas dos estrategias de regulación. Para la revalorización nos centraremos en

generar nuevas formas de reaccionar a las emociones a través de “no juzgar” y aceptar la experiencia, mientras que para facilitar la exposición, extinción y re-consolidación fomentaremos el tomar distancia de las experiencias que sucedan en la consciencia, observando sin reaccionar a la experiencia interna. Aunque todavía quedan muchos aspectos por clarificar de la relación entre *mindfulness* y regulación emocional, estas son algunas ideas que nos pueden ser de utilidad en la pedagogía de *mindfulness*, sobre todo en fases intermedias cuando se integra este componente.

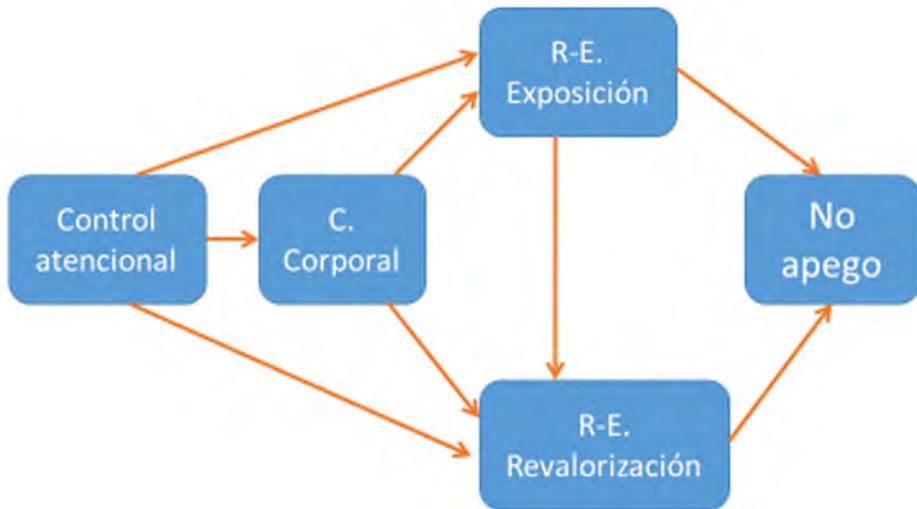
En el cuarto nivel, se profundiza en los cambios en la perspectiva del *self*, como consecuencia de lo trabajado previamente. Se trata de poner la atención en la naturaleza transitoria del *self*. Es lo que se conoce como la “desconstrucción de uno mismo” (Epstein, 1988) y aparece con la experiencia de la práctica continuada. Cuando aumenta la conciencia interna a través del entrenamiento los meditadores informan de una mayor capacidad y claridad para observar los procesos mentales (MacLean et al., 2010). Esta mayor claridad facilita la observación de cómo los procesos mentales aparecen y desaparecen, consolidando la idea de que el contenido mental es transitorio y está en constante cambio tal y como sugieren Hölzel et al. (2011).

Además, la observación sin juzgar que se enseña y entrena en *mindfulness* permite el desapego o desidentificación de los contenidos de la conciencia. Es lo que algunos autores, llaman “repercepción” o “descentramiento” (Carmody, Baer, Lykins, & Olendzki, 2009; Fresco et al., 2007; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). En estas fases se habla de la perspectiva del observador: el “yo observador” diferente del observado. De esta forma, se genera el desapego de las experiencias. Desapego se refiere a la ausencia de una fijación de ideas, imágenes u objetos sensoriales así como la ausencia de presión interna para mantener, evitar o cambiar las experiencias (Shadra, Shaver, & Brown, 2010). De acuerdo con las tradiciones budistas, este cambio en la perspectiva del *self* es la clave para la felicidad.

Tal y como se observa en la Figura 1 estos mecanismos siguen un orden y cada uno es esencial para explicar los otros. El control atencional se lleva a cabo sobre todo sobre la conciencia corporal y es observando esta conciencia cuando surgen las emociones y el trabajo de regulación de las mismas a través de la atención y el cuerpo lleva a modificar la perspectiva del yo, generando una perspectiva metacognitiva y descentrada.

En los protocolos de las TBM se utilizan metáforas para representar y fomentar este fenómeno, como sería la del espectador de cine en el que uno puede ver en la pantalla todo lo que aparece y desaparece (pensamientos, emociones, etc.) como algo que se observa y no es uno mismo. En este punto del aprendizaje la instrucción básica enfatiza el desapego a una imagen fija de uno mismo, haciendo consciente al practicante de esta evidencia durante la práctica así como en el proceso de indagación que más adelante comentaremos.

Algunos autores plantean que este proceso de meta-conciencia, es decir, de darse cuenta de la propia conciencia, es una forma de experiencia subjetiva y control

**Figura 1****Modelo Pedagógico Basado en los Mecanismos de Eficacia**

ejecutivo en que uno adopta una perspectiva no-conceptual como una forma de atención hacia los contenidos de la conciencia y los procesos implicados (Deikman, 1982; Raffone, & Pantani, 2010; Varela, Thompson, & Rosch, 1991). Este concepto es similar al *insight metacognitivo* (Teasdale et al., 1995) que se persigue desde la MBCT y que promueve la observación de los pensamientos como pensamientos y no como descripciones de la realidad, con una actitud no enjuiciadora de apertura, curiosidad y aceptación. Estos elementos son claves en el proceso de enseñanza y jugarán un papel esencial en el proceso de indagación. Por tanto, el terapeuta/instructor tratará de fomentarlos a lo largo de todo el proceso. Es más, buscará el *insight metacognitivo* como una competencia transversal a lo largo del proceso de enseñanza.

Para resumir, tal como hemos mencionado anteriormente la investigación sobre la pedagogía de los mecanismos subyacentes a la eficacia de *mindfulness* puede ayudar a generar un modelo pedagógico de *mindfulness* basado en la evidencia que sea flexible y adaptable a las características de cada persona. Con la idea de facilitar este proceso, hemos resumido los principales mecanismos organizándolos secuencialmente desde las primeras fases a fases más avanzadas del aprendizaje.

A partir del modelo de Hölzel et al. (2011) establecemos los distintos mecanismos implicados y vemos cómo se relacionan con la práctica y la enseñanza de *mindfulness* en las distintas fases del aprendizaje. Pueden ser una guía a la hora de enseñar *mindfulness* para que el terapeuta/instructor centre su atención en los puntos importantes a recalcar en cada sesión, según en el punto de la enseñanza en el que se encuentre.

La Pedagogía de Mindfulness

Mindfulness es un constructo de muy compleja comprensión si únicamente se explica en términos conceptuales, es decir sin atender a la experiencia directa. De hecho, en un estudio donde se comparó una formación experiencial (basada en la práctica) en la enseñanza de *mindfulness* con una formación estrictamente teórica (sin práctica) se observó una gran diferencia en la comprensión y en el número e intensidad de los obstáculos que surgen en la práctica (Cebolla y García-Palacios, 2013). De cara a ejemplificar una propuesta pedagógica para la enseñanza de *mindfulness* Segal, Williams, & Teasdale (2013) utilizan el modelo pedagógico de Kolb (1984; véase Figura 2).



Figura 2

El Modelo de Kolb (1984)

El punto de partida siempre es la experiencia directa y en primera persona. Posteriormente se pasa a la reflexión, en la que se atiende al contenido de la experiencia de forma descriptiva (poner en palabras experiencia directa). La tercera fase se centra en dar un sentido a la experiencia vivida y relacionarla con cuestiones más amplias como el contexto. Finalmente el último eslabón se dedica a las implicaciones que tiene el aprendizaje en la vida y en futuras experiencias.

Partiendo del modelo de Kolb (1984) en el que el foco del aprendizaje está en la experiencia directa se estructura lo que se ha llamado el proceso de indagación. Este proceso es el elemento pedagógico más importante en el proceso de transmi-

sión y la esencia de las dinámicas grupales basadas en *mindfulness*. Requiere que el terapeuta/instructor acentúe su habilidad para escuchar atentamente, dejar espacio, frenar el impulso de dar consejos y, en lugar de eso, investigue directamente en la experiencia real del participante.

El objetivo (Williams et al., 2007) es sonsacar a los participantes lo notado durante la práctica y, al hacerlo, animarlos a que reflexionen sobre su experiencia y guiarlos sobre cómo explorarla. Por otro lado genera el espacio para trabajar juntos a través del diálogo sobre estas observaciones, para vincular estas observaciones y descubrimientos con los objetivos del programa de intervención. El proceso de indagación es una disciplina de improvisación centrada en las condiciones específicas del momento en el que tiene lugar, caracterizada por una serie de patrones repetitivos e identificables de interacción. Concretamente los autores describen y analizan tres prácticas del proceso de indagación que se pueden identificar en las secuencias del discurso. Estas son:

1. Turnos de conversación implicando preguntas y reformulaciones.
2. El desarrollo de las habilidades de los participantes mediante una forma particular de describir la experiencia.
3. El discurso que construye las conexiones intersubjetivas y la afiliación dentro del grupo.

Los turnos de conversación se refieren a un proceso de co-construcción entre el instructor y el/los participante/s compuesto por tres secuencias o turnos de habla (Crane et al., 2014; Lee, 2007). En primer lugar el instructor abre el diálogo (Primer Turno) (por ejemplo preguntando lo sucedido tras una práctica de *mindfulness*) a lo que siguen las respuestas del/los participante/s en las que se reconstruyen conjuntamente las descripciones de las experiencias (Segundo Turno) y, en última instancia, el instructor da respuesta, recopilando, reformulando y expandiendo el aprendizaje a todo el grupo (Tercer Turno). En este sentido, Crane et al. (2014) observaron a través del análisis conversacional que los instructores utilizaban varias metodologías y respuestas en los turnos Primero y Tercero, teniendo como punto común la reformulación del discurso de los participantes para cumplir los objetivos del entrenamiento en *mindfulness*.

El desarrollo de las habilidades de los participantes mediante una forma particular de describir la experiencia se refiere a que en el proceso de indagación el instructor va guiando y configurando el discurso de los participantes hacia las normas de conversación características de las TBM. Crane et al. (2014) observan distintos métodos a través de los cuales el instructor busca entrenar las competencias de los participantes para describir sus experiencias de forma consistente con la práctica de *mindfulness*.

En primer lugar los participantes aprenden a anclar su aprendizaje en la experiencia directa más que en ideas generalizadas sobre ésta (primera persona). En este punto el instructor redirigirá el discurso de los participantes cuando detecte que se vuelve menos específico.

En segundo lugar tratará de generalizar la experiencia de los participantes que suelen describir sus experiencias en primera persona utilizando el pronombre “yo”. Por eso en el tercer turno el instructor hace uso de términos como “nuestro” o “nosotros” además de hablar sobre “la” mente en vez de “tu” mente. De esta forma se extraen los temas que pueden ser comunes a todos los miembros del grupo, facilitando la generalización el aprendizaje.

En tercer lugar el instructor muestra mayor interés dedicando más tiempo al turno de palabra del participante cuando su discurso es detallado, rico, no-analítico y sobre una experiencia inmediata referida a un tema clave de aprendizaje. Por el contrario, cuando las contribuciones del participante no fomentan esto, el instructor redirige el discurso explícitamente o utiliza respuestas cortas para finalizar el turno.

En cuarto lugar el instructor fomenta el interés y la curiosidad por la experiencia cotidiana así como por los patrones mentales que previamente pasaban desapercibidos. Con este objetivo el instructor anima activamente a los participantes a atender y reconocer que en este contexto lo que puede parecer irrelevante u ordinario cobra especial relevancia.

En quinto lugar los instructores fomentan en los participantes el uso de términos como “darse cuenta” o “ser consciente de” para co-construir retrospectivamente sus experiencias a través del lenguaje. Crane et al. (2014) observaron que los instructores incluso recompensaban estas habilidades de los participantes enfatizándolas a través de evaluaciones positivas como un darse cuenta positivo.

El discurso que construye las conexiones intersubjetivas y la afiliación dentro del grupo. Los instructores a menudo utilizan estrategias durante los turnos de conversación para asegurar la participación de los miembros del grupo y fomentar la afiliación, reconociendo que el tema que se está explorando es relevante para todos. Además el instructor, a través del discurso y la práctica repetida, va construyendo conexiones con las experiencias que van narrando los participantes y el sentido de universalidad de la experiencia humana. Otras expresiones utilizadas son las respuestas cortas altamente positivas como “sí” o “mmm”, que expresan el cierre y cambio de tema. Estos recursos pueden ser de utilidad para marcar el ritmo del turno de habla y gestionar el grupo.

En este sentido, Segal, Williams y Teasdale (2013) hacen una propuesta muy útil y pedagógica similar compuesta por tres círculos o estratos del proceso de indagación y, al igual que la anterior, la dividen en tres círculos o estratos concéntricos.

El primero, tal y como se ha indicado en el modelo de Kolb, es el de la experiencia directa, el conocimiento directo en primera persona y experiencial de los fenómenos que han surgido en la práctica de *mindfulness*. En este proceso las preguntas del instructor que enseña *mindfulness* deben ir dirigidas a lo notado en el cuerpo (por ejemplo, sensaciones físicas, emociones/sentimiento), en la mente (por ejemplo, pensamientos, imágenes), fuera del cuerpo (por ejemplo, sonidos) y, por último, el contenido de la distracción (pensamientos, sensaciones o emociones).

Una vez el participante ha podido describir (no analizar ni juzgar) en primera persona lo experimentado se pasaría a la segunda fase o círculo. Es en este círculo donde los mecanismos de regulación de la atención, conciencia corporal y regulación emocional del modelo de Hölzel et al. (2011) indicados previamente cobran todo su sentido.

La segunda fase del proceso de indagación (segundo círculo o estrato) está más centrada en el proceso de darse cuenta, es decir el foco atencional es la observación del contenido mental desde una perspectiva descentrada. En este punto se estimulará por parte del instructor un *yo observador* consciente del *yo observado*. Se estimula a partir de preguntas como, ¿cómo te sentiste cuando te diste cuenta de... (por ejemplo *que tu mente divagaba, que una emoción de frustración ha aparecido, etc.*)?, ¿qué hiciste cuando te diste cuenta de... (por ejemplo *que te habías distraído, que tenías una sensación desagradable, etc.*)? En este círculo es esencial establecer una actitud de auto-observación adaptativa (basada en el presente, amable, no juzgadora) (Watkins, & Teasdale, 2004) hacia la experiencia interna.

Finalmente se avanza hacia el último estrato o círculo externo cuyo objetivo es la integración. En esta fase el instructor debe tener un buen entrenamiento ya que se trata de tejer un diálogo sobre la experiencia directa y los efectos que tiene poner una atención consciente sobre esta experiencia. Es decir, vincular lo vivido con el modelo de funcionamiento psicológico basado en *mindfulness* que se pretende mostrar (en el caso de aplicar un protocolo, emplear las propuestas del modelo), por el que la observación directa y amable de la experiencia tiene un potencial transformador. Esta comprensión estaría a la base del mecanismo de *mindfulness* de la perspectiva del *selfy* se parecería mucho a lo que Teasdale situó como la auténtica esencia de un entrenamiento en *mindfulness*, lograr el *insight metacognitivo* (Teasdale, Segal, & Williams, 1995). Cada uno de estos estratos o fases fundamenta el siguiente estrato; además no son estratos cerrados y excluyentes sino un continuo en el que se va tejiendo un dialogo.

En resumen, el proceso de indagación tiene una dirección y un propósito particular alineado con los objetivos de las TBMs; el instructor establece las normas del contenido que se incluye y excluye en este proceso basado en el marco de referencia de interacción, métodos y estructuras que permiten el diálogo (Crane et al., 2014). No obstante, este es un proceso de improvisación en el que el instructor responde al proceso y modifica sus métodos para lograr los objetivos. Desde este planteamiento no se busca una respuesta correcta específica ni cambiar la opinión de la persona que aprende o practica *mindfulness* sino guiarlo en el descubrimiento.

Por estos motivos una habilidad de suma importancia que debe tener el instructor es la capacidad de “bailar” con la demanda de cada momento mientras se conduce el proceso de aprendizaje, lo cual nos conecta con las competencias necesarias por parte de los instructores para la enseñanza de *mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2013), como son la curiosidad e interés genuino, la amabilidad y la validación de la experiencia, corporeizar la experiencia vivida (no

sólo moderar la de los otros), no pretender arreglar las cosas, generar un espacio de diálogo, ser respetuoso con los tiempos, tener capacidad de improvisar y formular preguntas abiertas que eviten respuestas rápidas.

Nuevos Retos

El estudio de la pedagogía de *mindfulness* tiene muchos retos por delante y necesita que investigaciones específicas profundicen en las estrategias que faciliten en mayor medida el aprendizaje y la utilidad de la herramienta de *mindfulness*. Uno de los retos más relevantes es la incorporación de otras prácticas contemplativas, como la compasión o las meditaciones analíticas, que suponen un planteamiento y un posicionamiento diferente al de *mindfulness*.

Por otro lado el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, tales como aplicaciones móviles o programas *on-line*, para la formación en *mindfulness* también son un reto importante para poder ejemplificar el objetivo de un entrenamiento en *mindfulness*. Otro reto es el de la comunicación entre ciencia y tradiciones contemplativas: *mindfulness* es sólo una de las muchas estrategias que se han formulado desde las tradiciones espirituales. Tal y como proponen Dhal, Lutz y Davidson (2015) existen tres grandes familias de prácticas contemplativas: las atencionales (atención a la respiración), las constructivas (compasión, valores, etc.) y la desconstructivas (*mindfulness*) y cada una de ellas requerirá una propuesta pedagógica diferente adaptada a nuevos tiempos y nuevas demandas.

Conclusiones

Las formas de enseñar y aprender han transformado el contexto de enseñanza donde tradicionalmente se ha enseñado *mindfulness* suponiendo un gran reto por parte de la psicología académica.

A pesar de que se ha hecho mucha investigación de resultados, apenas se ha publicado sobre investigación de procesos, narrativas y relación terapéutica en el ámbito de la enseñanza de *mindfulness*. Este elemento normalmente es minimizado por parte de algunas formaciones, delegando todo el aprendizaje a un proceso natural consecuencia directa de la práctica o del *insight*.

Sin duda alguna, la enseñanza de *mindfulness* no debe reducirse a un proceso guiado por la intuición, sino que debe basarse en modelos científicos de enseñanza y aprendizaje que optimicen el aprendizaje y minimicen los abandonos. Lo que todo instructor que aplica *mindfulness* debe evitar a toda costa es que haya alguien que pueda interpretar que no tiene las características necesarias para aprender y practicar *mindfulness*. Éste sin duda sería un fracaso de la pedagogía, en ningún caso del practicante.

Cabe remarcar que en este artículo no hemos centrado nuestra atención en los contenidos a impartir sino en los procesos en los que intervenimos cuando enseñamos *mindfulness*. En la actualidad contamos con manuales estandarizadas que podemos utilizar como guía para establecer qué contenidos trabajar e impartir,

no obstante hemos querido reflexionar sobre la pedagogía de *mindfulness* tratando de clarificar qué estamos enseñando y cómo podemos fomentar o facilitar este aprendizaje.

Referencias bibliográficas

- Barsalou, L. W., Niedenthal, P. M., Barbey, A. K., & Ruppert, J. A. (2003). Social embodiment. *Psychology of Learning and Motivation*, 43, 43-92.
- Carmody, J., Baer, R.A., Lykins, E. L. B., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 613-626.
- Cebolla, A. (2014). ¿Por qué y para qué sirve practicar *mindfulness*? Mecanismos de acción y eficacia. En A. Cebolla, J. García-Campayo y M. Demarzo (Coords). *Mindfulness y Ciencia. De la Tradición a la Modernidad* (1ª Ed., pp. 65-84). Madrid: Alianza Editorial.
- Cebolla, A., Demarzo, M., Martins P., Soler, J., y García-Campayo, J. (en revisión). Unwanted effects: is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *Material no publicado*.
- Cebolla, A., y Miró, M.T. (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 133-156. <http://revistadepsicoterapia.com/eficacia-de-la-terapia-cognitiva-basada-en-la-atencion-plena-en-el-tratamiento-de-la-depresion.html>
- Cebolla, A., Vara, MD., Miragall, M., Palomo, P., y Baños, R. (2015) Embodied mindfulness: review of the body's participation in the changes associated with the practice of mindfulness. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 36-41.
- Cebolla, A., y García-Palacios, A. (2013). Efectos de una aproximación experiencial en la adquisición de competencias asociadas al aprendizaje de la técnica de mindfulness dentro de la asignatura de técnicas de intervención y tratamientos psicológicos. En A. Bengochea (dir.), *IV Jornada Nacional sobre Estudios Universitarios: El futuro de los títulos universitarios* (pp.190-197). Castellón de la Plana, España: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Crane, R. S., Stanley, S., Rooney, M., Bartley, T., Cooper, L., & Mardula, J. (2015). Disciplined improvisation: Characteristics of inquiry in mindfulness-based teaching. *Mindfulness*, 6(5), 1104-1114.
- Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(9), 515-523.
- Deikman, A. J. (1982). *The observing self: Mysticism and psychotherapy*. Boston, MA: Beacon Press.
- Epstein, M. (1988). The deconstruction of the self: Ego and "egolessness" in Buddhist Insight meditation. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 20, 61-69.
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234-246.
- García, A. (2006). Mindfulness en la terapia dialéctico-comportamental. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 121-132. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-en-la-terapia-dialectico-comportamental.html>
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., y Fredrickson, B. L. (2011). Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*, 2, 59-67
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Grossman, P. (2015). Mindfulness: Awareness informed by an embodied ethic. *Mindfulness*, 6(1), 17-22.
- Hart, W. (1987). *The art of living: Vipassana meditation: As taught by S.N. Goenka*. San Francisco, CA: HarperOne.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., Lewis, G., Watkins, E., Brejcha, C., Cardy, J., Causley, A., Cowderoy, S., Evans, A., Gradinger, F., Kaur, S., Lanham, P., Morant, N., Richards, J., Snah, P., Sutton, H., Vicary, R., Weaver, A, Wilks, J., Williams, M., Taylor, R. S., & Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 386(9988), 63-73.

- Lee, Y. O. (2007). Third turn position in teacher talk: contingency and the work of teaching. *Journal of Pragmatics*, 39, 180-206.
- Lutz, A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness: An introduction. In P.D. Zelazo, M. Moscovitch, & E. Thompson (Eds.), *Cambridge handbook of consciousness* (pp. 499-554). Cambridge: Cambridge University Press.
- MacLean, K.A., Ferrer, E., Aichele, S.R., Bridwell, D.A., Zanesco, A.P., Jacobs, T.L., King, B.G., Rosenberg, E.L., Sahdra, B.K., Shaver, P.R., Wallace, B.A., Mangun, G.R., & Saron, C.D. (2010). Intensive meditation training improves perceptual discrimination and sustained attention. *Psychological Science*, 21, 829-839.
- Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht, F.M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: Construct and self report measures. *PLoS ONE*, 4, e5614.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). Don't forget your body: Mindfulness, embodiment, and the treatment of depression. *Mindfulness*, 3(3), 190-199.
- Miró, M. T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 31-76. <http://revistadepsicoterapia.com/la-atencion-plena-mindfulness-como-intervencion-clinica-para-aliviar-el-sufrimiento-y-mejorar-la-convivencia.html>
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Quintana-Hernández, D. J., Miró-Barrachina, M. T., Ibáñez-Fernández, I. J., Pino, A. S. D., Quintana-Montesdeoca, M. P., Rodríguez-de Vera, B., Morales-Casanova, D., Perez-Vieitez, M., Rodríguez-García, J., & Bravo-Caraduje, N. (2015). Mindfulness in the maintenance of cognitive capacities in Alzheimer's disease: a randomized clinical trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(1), 1-16.
- Raffone, A., & Pantani, M. (2010). A global workspace model for phenomenal and access consciousness. *Consciousness and Cognition*, 19, 580-596.
- Sahdra, B. K., Shaver, P. R., & Brown, K. W. (2010) A scale to measure nonattachment: A Buddhist complement to Western research on attachment and adaptive functioning. *Journal of Personality Assessment*, 92, 1-12, 2010.
- Santamaría, M. T., Cebolla, A., Rodríguez, P. J. y Miró, M. T. (2006). La práctica de la meditación y la atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 157-175. <http://revistadepsicoterapia.com/la-practica-de-la-meditacion-y-la-atencion-plena-tecnicas-milenarias-para-padres-del-siglo-xxi.html>
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: Guilford Publications.
- Shapiro, D.H. (1992) Adverse effects of Meditation: A Preliminary Investigation of long-term meditators. *International Journal of Psychosomatics*, 39, 62-67.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.
- Tang, Y. Y., Yang, L., Leve, L. D., & Harold, G. T. (2012). Improving executive function and its neurobiological mechanisms through a mindfulness-based intervention: Advances within the field of developmental neuroscience. *Child development perspectives*, 6(4), 361-366.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39.
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A., de Bruin, E., & Bögels, S. (2011). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 775-787.
- Varela, F.J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Vishnu Devananda, S. (1999). *Meditation and mantras*. Delhi: Motilal Banarsidass Publishers.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of affective disorders*, 82(1), 1-8.
- Williams, M.G., Crane, C., Soulsby, J.M., Blacker, M., Meleo-Meyer, F., Stahl (2007) The inquiry process, aims, intentions and teaching considerations. *Manuscrito no publicado*.

CAMBIOS TERAPÉUTICOS DE ESTILO DE VIDA (CTEV) Y MINDFULNESS EN EL ÁMBITO PSICOTERAPÉUTICO

THERAPEUTIC LIFESTYLE CHANGES (TLC) AND MINDFULNESS IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC CONTEXT

David Alvear Morón.

Instituto de Psicología Integral Baraka de San Sebastián.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Alvear Morón, D. (2016). Cambios Terapéuticos de Estilo de Vida (CTEV) y Mindfulness en el Ámbito Psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 119-132.

Resumen

Se define el estilo de vida (EV) y se propone una posible relación directa con el cambio terapéutico en psicoterapia. Posteriormente, se analizan las intervenciones basadas en los Cambios Terapéuticos de Estilo de Vida (CEVT), su potencial en el contexto de la psicoterapia y se subraya la importancia de la práctica de mindfulness en la mayoría de las intervenciones basadas en CEVT. Más adelante, se describen cinco ámbitos de aprendizaje de habilidades mindfulness en el proceso psicoterapéutico y se acaba con varias conclusiones extraídas al respecto.

Palabras clave: *estilo de vida, mindfulness, cambios terapéuticos de estilo de vida, psicoterapia basada en mindfulness*

Abstract

Lifestyle is defined and a possible relationship with therapeutic change in psychotherapy is proposed. Afterward, interventions based on the Therapeutic Lifestyle Changes (TLC) and its potential in the context of psychotherapy are analyzed, and the importance of the practice of mindfulness in most TLC is underlined. Then, five learning areas of mindfulness skills in the psychotherapeutic process are described and it is ended with several conclusions.

Keywords: *lifestyle, mindfulness, therapeutic lifestyle changes, mindfulness based psychotherapy*



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estilo de vida (EV) como patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas (WHO, 1986a). En este ámbito, en el año 1986 la OMS celebró en Ottawa la primera conferencia internacional relativa a la promoción de la salud, redactándose como conclusiones la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (WHO, 1986b). En esta carta se definió el proceso que permite a los ciudadanos incrementar el control sobre su salud para mejorarla, incluyendo políticas públicas facilitadoras de dicho cambio. Así, la carta incluyó los elementos necesarios para la salud, factores sociales y ambientales por un lado (por ejemplo, la paz social, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad) y los intraindividuales por otro (por ejemplo, las creencias o las habilidades personales) (Sanjuan y Rueda, 2014).

Uno de los primeros autores en utilizar el concepto de EV fue Toffler (1980) en su libro *La Tercera Ola*, en esta obra definía el EV como la manera de comer, practicar ejercicio, descansar, jugar, comportarse con los demás, dormir o trabajar. Desde otra perspectiva más integradora Dean, Colomer y Pérez-Hoyos (1995) describen el EV como un fenómeno sociocultural, argumentando que los patrones de conducta interactúan con situaciones contextuales para crear lo que se conoce como estilo de vida. Por lo tanto, se entiende que los valores y creencias de base cultural dan forma a prácticas comportamentales que a la vez se encuentran definidas por unas condiciones socio-económicas concretas.

Otra definición aceptada y quizá más divulgativa para el EV implica lo siguiente: la manera de vivir, las cosas que habitualmente hace una persona o grupo en el día a día (Alvear, 2015). El estilo de vida se basa en las decisiones individuales, las características, las preferencias personales y las circunstancias que rodean a todo ello. O planteado de otra manera, cómo cada ser humano distribuye y estructura el tiempo (Zimbardo & Boyd, 2008). Por ende, se sobreentiende que un EV específico implica la elección consciente o no consciente de un tipo de conducta u otra, y que todo ello de manera acumulativa va generando un impacto específico en la salud física, en la salud mental y en el bienestar comunitario.

Estilo de Vida y Salud Mental

Parece clara la relación directa entre el EV y ciertas enfermedades físicas. De hecho, Doyle (2001) sugiere seis principales enfermedades del “estilo de vida” o enfermedades no transmisibles: enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón, cáncer de colon, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Si bien la relación entre el EV y la salud mental no posee una base empírica tan contundente, no es menos cierto que en la actualidad están emergiendo indicios que apuntan a una estrecha relación entre ambas.

Partiendo de las definiciones del EV, los cambios terapéuticos de estilo de vida (CTEV) defienden que nuestra sociedad ha subestimado tanto el impacto del estilo de vida en la salud mental como el impacto de las conductas que sostienen el estilo

de vida no saludable en la enfermedad mental. Tampoco se ha tenido muy en cuenta el potencial de las conductas que sustentan el estilo de vida saludable para tratar trastornos mentales ni para aumentar el bienestar psicológico (Walsh, 2011).

En el ámbito psicoterapéutico, la integración de los CTEV puede suponer, en primera instancia, una entrevista diagnóstica de mayor calidad, y una vez comenzada la intervención, una mayor eficacia en la consecución del cambio terapéutico. La metodología utilizada en los CTEV sigue un formato psico-educativo, pudiendo comenzar con un sondeo mediante una entrevista semiestructurada donde se obtenga información al respecto de varias variables relativas a los EV. Ejemplo de ello puede ser:

- El consumo de tabaco.
- El consumo de alcohol.
- El consumo de otro tipo de drogas.
- La existencia de conductas sexuales de riesgo.
- La práctica del ejercicio físico.
- La conexión social y el apoyo social existente.
- El tipo de dieta.
- La higiene del sueño o el cuidado de los ciclos vigilia-sueño.
- El tipo de utilización de las redes sociales e Internet.
- La situación laboral.
- La existencia de contacto con la naturaleza.
- La existencia de conductas altruistas.
- La existencia de animales de compañía en el hogar.
- La práctica de ejercicios de relajación o *mindfulness*.

Para que la intervención en CTEV sea efectiva conviene hacerse valer de estrategias de modificación de hábitos y conductas eficaces. Un modelo interesante es el Modelo de las cinco As, utilizado en Estados Unidos como una de las claves a la hora de prevenir conductas de riesgo y fomentar una mejor salud y un mayor bienestar en la ciudadanía (Glasgow, Emont, & Miller, 2006). Estas cinco As (en idioma inglés) son eficaces en un modelo de intervención de *counseling*, siguiendo las siguientes fases: (1) Evaluar (*assess*) conductas saludables y no saludables, (2) aconsejar de manera individualizada (*advise*), (3) acordar objetivos (*agree*), (4) ayudar (*assist*) mediante técnicas de modificación de conducta a conseguir los objetivos, (5) realizar seguimiento (*arrange*) estructurando visitas para apoyar y ajustar objetivos.

En resumen, lo citado anteriormente toma forma en base a una hipótesis de trabajo que prevé que si no existe un estilo de vida mínimamente equilibrado, reduciendo los factores de riesgo y adoptando unos hábitos saludables (siempre en base a la evidencia científica), es probable que el éxito en el cambio terapéutico se vea limitado.

Propuestas de Cambios Terapéuticos de Estilo de Vida (CTEV)

En la actualidad, está comenzando a tomar fuerza el abordaje de diferentes psicopatologías y problemas médicos mediante la implementación de los programas basados en los cambios de estilo de vida, tanto a un nivel de intervención, como preventivo. Destaca el Programa *Therapeutic Lifestyle Change* (TLC) que Stephen Ilardi (2009) y su equipo desarrollan en la Universidad de Kansas para el tratamiento de la depresión. La TLC se basa en la aplicación de seis elementos que poseen base científica en el tratamiento de la depresión: el consumo de suplementos de omega-3 en una dosis concreta, exposición a luz brillante, higiene del ciclo vigilia-sueño, ejercicio aeróbico, estrategias anti-rumia basadas en la activación conductual y el apoyo social.

Igualmente, también están en auge los modelos de CTEV que integran la práctica meditativa, incluso la práctica de meditación *mindfulness*, en sus propuestas, subrayando los beneficios derivados de la meditación en varios contextos. Resultan relevantes las propuestas basadas en CTEV de Dean Ornish (2007) en el ámbito médico, la de Roger Walsh (2011) en el ámbito de la salud mental y la de Daniel Siegel y su equipo (Rock, Siegel, Poelmans, & Payne, 2012) en el terreno de la promoción del bienestar mental. Veamos estos tres abordajes con más detenimiento.

Dean Ornish es profesor en la Facultad de Medicina de la UCLA en San Francisco. En su propuesta defiende que los cambios en el estilo de vida pueden generar beneficios médicos desconocidos hasta la actualidad. Destaca su poder de divulgación y el alto número de sujetos que participan en sus investigaciones. Ornish (2007) se basa en cuatro elementos a la hora de diseñar los protocolos de intervención:

- a) La nutrición, promoviendo dietas bajas en grasas.
- b) La respuesta al estrés del sujeto. Aquí es donde promueve técnicas de reducción de estrés diarias basadas en la meditación, el yoga y la visualización.
- c) La actividad física. En tres niveles: ejercicio aeróbico regular, entrenamiento de fuerza (mediante resistencia) regular y ejercicio de estiramientos regular.
- d) Las relaciones sociales satisfactorias y positivas, promoviendo grupos de apoyo para diferentes patologías.

Los resultados obtenidos a raíz de la aplicación de este protocolo señalan que la implementación de estos cuatro elementos puede derivar en una mejora de las condiciones generales en patologías crónicas como los problemas cardíacos, diabetes tipo II y cáncer de próstata (Ornish et al., 2005), puede generar cambios en la expresión genética (activando genes promotores de la salud y desactivando genes promotores de la patología) (Ornish et al., 2008), e incluso, puede generar un alargamiento de los telómeros, siendo un indicador clave en el envejecimiento del organismo. Desde el ámbito de la salud mental, Ornish también ha encontrado que

este protocolo reducía los niveles de depresión (Pischke, Scherwitz, Weidner, & Ornish, 2008).

Desde otro campo, y con otra manera de trabajar, Roger Walsh, profesor de Psiquiatría en la UCLA en Irvine y un reputado estudioso de las tradiciones de sabiduría (Walsh, 1999), promueve el CTEV basado en ocho vías hacia el bienestar mental. Estas ocho vías están basadas en la revisión de la literatura científica. El autor subraya que una buena utilización de las mismas puede llegar a ser tan efectivo como la psicoterapia o la farmacoterapia en trastornos mentales, con el menor gasto económico y social que ello supone. Las ocho vías que Walsh (2011) propone son:

- 1) Realizar ejercicio físico moderado con frecuencia casi diaria.
- 2) La nutrición y la dieta; aumentando la ingesta de frutas, verduras y pescado.
- 3) Pasar tiempo en la naturaleza.
- 4) Cultivar relaciones interpersonales de calidad.
- 5) Disfrute y potenciación de emociones positivas.
- 6) Cultivo de ejercicios de relajación y meditación.
- 7) Integrar prácticas religiosas o espirituales, cultivando una cosmovisión que dé sentido a la vida y que trascienda a uno mismo.
- 8) Cultivar el servicio o la conducta altruista.

Con otro tipo de propuesta, más centrada en la prevención y el cuidado del cerebro, Daniel J. Siegel, profesor de Psiquiatría en la UCLA e integrador del *mindfulness* y la psicoterapia, y su equipo (Rock, Siegel, Poelmans, & Payne, 2012) proponen siete actividades mentales diarias para optimizar el cerebro y aumentar el bienestar, partiendo de una gestión del tiempo adecuada para que dé tiempo de llevar a cabo estas actividades mentales en la cotidianeidad. Con fines didácticos, revisten de terminología divulgativa y con símbolos fácilmente identificables las siete actividades mentales esenciales, subrayando que hace falta dedicar tiempo a cada una de ellas. Se presentan de esta manera:

- 1) El tiempo en reposo: dormir lo suficiente.
- 2) El tiempo físico: mover el cuerpo lo suficiente.
- 3) El tiempo de enfoque: concentrarnos en tareas orientadas a metas, por ejemplo en el trabajo o estudiando.
- 4) El tiempo con atención plena a uno mismo: en silencio observar las sensaciones físicas, sentimientos, imágenes y pensamientos.
- 5) El periodo de inactividad: aprender a no estar centrados, a no estar con objetivos, y dejar que la mente divague.
- 6) El tiempo de juego: cuando la persona se permite ser espontáneo o creativo incentivando conductas lúdicas.
- 7) El tiempo de conexión: conectando con otros seres humanos, idealmente en persona.

Estas tres últimas propuestas de CTEV destacan de una u otra manera la utilidad de la práctica meditativa como uno de los ejes de un estilo de vida funcional

y generador de bienestar en uno mismo y en las personas que nos rodean. Se dedicará el próximo punto a ello, a la integración de las habilidades *mindfulness* en los CTEV.

Integración de Mindfulness en los CTEV

Aplicada en un formato psicoeducativo dentro del contexto de una psicoterapia individual o grupal, el aprendizaje de ciertas habilidades *mindfulness* puede empoderar al cliente, de manera que le ayude a cubrir diversas áreas detectadas en un EV óptimo. Esto respondería al desarrollo del elemento b) “la respuesta al estrés del sujeto” en el modelo de Ornish (2007), a la vía 6 (y quizá 7) en el modelo de Walsh (2011) y a la actividad 4 (dedicar tiempo con atención plena a uno mismo) en el modelo de CTEV propuesto por Siegel (Rock, Siegel, Poelmans y Payne, 2012) –ver Tabla 1.

Tabla 1

Áreas de CTEV relacionadas con habilidades *mindfulness* y sus modelos de origen

Modelo de CTEV	Áreas de CTEV relacionadas con habilidades <i>mindfulness</i>
Modelo de Ornish (2007)	- La respuesta al estrés del sujeto.
Modelo de Walsh (2011)	- Cultivo de ejercicios de relajación y meditación. - Integrar prácticas religiosas o espirituales, cultivando una cosmovisión que dé sentido a la vida y que trascienda a uno mismo.
Modelo de Siegel (Rock, Siegel, Poelmans y Payne, 2012)	- El tiempo con atención plena a uno mismo: en silencio observar las sensaciones físicas, sentimientos, imágenes y pensamientos.

Estas habilidades se han estructurado en el presente escrito en cinco ámbitos de aprendizaje en los que *mindfulness* posee unas garantías de eficacia contrastadas:

- Aprender a parar y dirigir la atención al presente.
- Aprender a sentir el cuerpo con aceptación.
- Aprender a tratarse con autocompasión en situaciones adversas.
- Aprender a funcionar en “modo ser” cuando el contexto lo requiera.
- Aprender a gestionar los estados de ánimo cotidianos reduciendo la tensión y aumentando la energía.

Aprender a Parar y Dirigir la Atención al Presente

Definimos la atención al momento presente como un continuo seguimiento de las experiencias tanto internas (pensamientos, emociones y sensaciones físicas) como externas (eventos contextuales) del sujeto, donde un alto nivel de atención al momento presente indicaría un alto seguimiento de las experiencias internas y externas, mientras un bajo nivel de atención al momento presente estaría relacionado con un déficit en el seguimiento de las experiencias internas y externas

(Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra y Farrow, 2008; Alvear, 2016).

Aumentar la capacidad de focalizar la atención en el momento presente es una habilidad que genera beneficios tanto en el psicoterapeuta como en el cliente (Beltrán y Alvear, 2015). Para ello, es necesario invertir tiempo en prácticas de atención enfocada que entran dentro del ámbito de las prácticas formales de *mindfulness*.

En las meditaciones basadas en atención enfocada, el foco atencional se dirige a un objeto seleccionado (por ejemplo, la sensación táctil que genera la respiración en las fosas nasales) y se intenta sostener la atención en dicho objeto. En el momento que aparecen en la mente elementos distractores que no son el objeto primario (por ejemplo, pensamientos), se desconecta la atención de los elementos distractores y se devuelve el foco atencional al objeto primario sin violentar la mente y sin juzgarnos por el hecho de que la atención cambie de foco atencional constantemente (Lutz, Slagter, Dunne, y Davidson, 2008).

Esta habilidad *mindful* consistente en depositar la atención en el presente invirtiendo tiempo en ello, está relacionada con el proceso de enseñanza-aprendizaje de una pedagogía de la calma, que el psicoterapeuta irá enseñando al cliente tanto con su actitud como con el entrenamiento constante y tanto en consulta (conjuntamente) como en casa (al comienzo mediante grabaciones de audio), de las diversas prácticas de meditación *mindfulness* formal. Así, parece conveniente que los terapeutas que utilizan *mindfulness* en su práctica psicoterapéutica lleguen a integrar el *mindfulness* como un estilo de vida que se incorpora tanto en el ámbito personal como en el profesional y familiar. Incluso hay autores que defienden que la motivación ideal para practicar *mindfulness* debe ser el deseo de crecer personalmente y que no ha de haber exclusivamente una razón utilitarista (por ejemplo, *mindfulness* como herramienta profesional) como elemento motivador (Simón, 2012). De hecho, una condición *sine qua non* para los instructores de las diferentes intervenciones basadas en *mindfulness* sigue siendo la práctica diaria tanto a nivel formal como informal (Crane y Elías, 2006).

Aprender a Sentir el Cuerpo con Aceptación

La conciencia corporal se puede definir como el proceso dinámico e interactivo por el que se perciben los estados, procesos y acciones que suceden en el cuerpo tanto a nivel interoceptivo como propioceptivo y que pueden ser observados por uno mismo (Mehling, DiBlasi, & Hecht, 2005). Es importante subrayar que la toma de conciencia corporal, como tal, puede ser bien funcional o bien disfuncional (Mehling et al., 2009), en el caso del entrenamiento en *mindfulness* se cita siempre como una atención a las sensaciones físicas con una actitud de apertura y ecuanimidad.

La habilidad de la conciencia corporal y el entrenamiento de la misma se ha convertido en un elemento clave a la hora de entender la reducción de sintomatología psicopatológica en las diferentes intervenciones basadas en *mindfulness* (Kuyken

et al., 2010), de hecho, la conciencia corporal es uno de los mecanismos de acción fundamentales a la hora de explicar la causalidad relativa a los resultados exitosos encontrados en las intervenciones basadas en *mindfulness* (Hölzel et al., 2011). Mientras, se ha observado la relación de una integración interoceptiva disfuncional en condiciones clínicas como en el trastorno de ansiedad generalizado, el estrés postraumático, la depresión, el trastorno de la conducta alimentaria y los trastornos adictivos (Farb et al., 2015).

En el contexto psicoterapéutico puede ser conveniente entrenar barridos corporales con una actitud *mindful*, adaptados a las necesidades del propio cliente. Resulta de ayuda realizar una grabación en audio (en la propia sesión de terapia) del barrido corporal con la voz del terapeuta para que el cliente entrene esta habilidad en casa a diario.

Ciertamente, resulta paradigmática la Terapia Cognitivo Conductual con *Mindfulness* Integrado de Bruno Cayoun (2011), la cual propone como elemento clave de la terapia un trabajo intensivo con la habilidad de tomar conciencia del cuerpo de manera ecuánime, con prácticas meditativas tanto formales (por ejemplo escaneo corporal) como informales (por ejemplo el darse cuenta en diferentes momentos del día de la posición en la que se encuentra el cuerpo: sentado, de pie, caminando o tumbado). En el caso de las prácticas formales, propone herramientas derivadas del enfoque tradicional del *mindfulness* en el que se identifican cuatro características básicas relativas a las sensaciones físicas (la masa, la temperatura, el movimiento y la cohesión) y que son susceptibles de observar en base a su intensidad, aplicándolo en diferentes contextos clínicos.

En el ámbito de *mindfulness* se ha observado cómo un entrenamiento especialmente dirigido al aumento de la conciencia corporal impacta de manera directa en el procesamiento interoceptivo, promoviendo cambios en diversos campos: aumenta la sensibilidad interoceptiva, aumenta la no reactividad, aumenta la regulación, aumenta la capacidad de experimentar *insights*, aumenta la presencia y la voluntad y aumenta las emociones positivas (Farb et al., 2015).

Efectivamente, no sólo la práctica de *mindfulness* entrena y aumenta la conciencia corporal con aceptación sino que diversas técnicas cuerpo-mente como el yoga, Qigong (o Chi-Kung), tai chi, Alexander, Feldenkraïis, Rolfing, etc., aplicadas de manera segura y por un profesional cualificado, pueden conseguir efectos cercanos a los que se consiguen mediante la práctica de *mindfulness* (Mehling, Hamel, Acree, Byl y Hecht, 2005).

Aprender a Tratarse con Autocompasión en Situaciones Adversas

Se ha visto en estudios previos que la autocompasión también puede predecir con solvencia el bienestar psicológico y la salud mental (Woo Kyeong, 2013). Específicamente, mostró una relación positiva con marcadores como auto-aceptación, satisfacción en la vida, conexión social, autoestima, *mindfulness*, autonomía, sentido en la vida, sabiduría reflexiva y afectiva, curiosidad y exploración en la vida,

y optimismo (Neff, 2003b). También se ha demostrado que ofrece una relación negativa con depresión, ansiedad, rumiación, supresión del pensamiento, neuroticismo y perfeccionismo (Kirkpatrick, 2005). De la misma manera, en otro estudio, esta vez con muestra española, se ha visto que los tres subcomponentes funcionales de la autocompasión (auto-amabilidad, humanidad compartida y *mindfulness*) se relacionan negativamente con medidas relativas a la ansiedad (rasgo) y al estrés percibido, mientras que los tres subcomponentes disfuncionales de la autocompasión (Auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación) se relacionan positivamente (García-Campayo et al., 2014). Ver la Tabla 2 como resumen de la distribución de las tres polaridades de las que se compone el constructo de autocompasión según Neff (2003a).

Tabla 2

Constructo de autocompasión según Neff (2003a) basado en tres polaridades

Nº DE POLARIDAD	BASE FUNCIONAL	BASE DIFUNCIONAL
Polaridad 1	Autoamabilidad	Autojuicio
Polaridad 2	Humanidad compartida	Aislamiento
Polaridad 3	<i>Mindfulness</i>	Sobreidentificación

En muestras norteamericanas (Neff, 2003a) y turcas (Akin, 2009), las intercorrelaciones entre las seis subescalas de la autocompasión fueron las esperadas: las tres funcionales (autoamabilidad, humanidad compartida y *mindfulness*) correlacionan significativamente y positivamente entre sí, y lo hacen significativamente y en dirección negativa con los factores disfuncionales (autojuicio, aislamiento y sobreidentificación), que a la vez correlacionan de manera significativa y positiva entre sí.

Por ende, enseñar al cliente estrategias basadas en la autoamabilidad, la humanidad compartida y *mindfulness* a la hora de regular emociones difíciles, puede suponer un cambio cualitativo clave en el proceso psicoterapéutico. La Tabla 3 nos muestra diversas prácticas susceptibles de entrenar en el proceso psicoterapéutico destinadas a fomentar el buen trato hacia uno mismo (Alvear, 2015).

Aprender a Funcionar en “Modo Ser” Cuando el Contexto lo Requiera

Cada autor o cada equipo de trabajo, basándose en su profesión, en su contexto de práctica *mindfulness*, y en su planteamiento epistemológico de la mente humana, entre otros factores, propone una descripción aclarativa del funcionamiento del cuerpo-mente durante la práctica de *mindfulness* y los efectos que se derivan de la misma.

Uno de los modelos explicativos más sugerentes relativos al funcionamiento de la mente humana en un estado *mindful* es el propuesto por Mark Williams (2010), uno de los creadores de la MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*). Williams describe los procesos psicológicos implicados en la activación/inhibición de las

Tabla 3

Prácticas meditativas que fomentan la compasión y el buen trato hacia uno mismo, junto al tipo de atención utilizada (Alvear, 2015).

Tipo de atención utilizada	Nombre de la práctica.
Atención enfocada	Escaneo corporal compasivo Meditación caminando compasiva Meditación de la luz Meditación con mantra personal Meditación de los seis qi Lugar seguro Color compasivo Creación de imagen compasiva
Práctica informal	Pausa de autocompasión

emociones, y cómo el entrenamiento en *mindfulness* puede ayudar a gestionar de manera más funcional y adaptativa las emociones difíciles que emergen en el cuerpo-mente.

Para ser efectivas como señales, las emociones deben poseer dos cualidades: (a) la capacidad de *activarse* cuando el mundo exterior lo demande (por ejemplo se oye un ruido de camión, se activa la emoción del miedo y el sujeto se aparta de la carretera) y (b) la capacidad de *desactivarse* cuando las circunstancias del mundo exterior cambian (por ejemplo el camión hace diez minutos que ha pasado, el sujeto ha cruzado la carretera con éxito y se encuentra descansando en un banco). Gran parte del sufrimiento humano proviene de que los niveles de sobre-activación de las emociones difíciles (como el miedo, la rabia y la tristeza) no se corresponde con la situación presente y se mantienen a lo largo del tiempo sin que existan estímulos externos objetivos que las generen (Williams, 2010).

Planteado de otra manera, el simulador mental que poseemos los humanos para generar representaciones mentales del pasado y del futuro (de gran utilidad especialmente en la resolución de problemas técnicos y cotidianos), se convierte en un problema cuando se trata de gestionar emociones difíciles, debido a que es este mismo sistema el que sostiene y alimenta en el tiempo la propia emoción generando un sufrimiento innecesario.

Según Williams (2010), al simulador mental que anticipa el futuro y recolecta información del pasado con el objetivo de solucionar problemas en el presente se le denomina como “modo hacer” de la mente y nadie pone en duda su funcionalidad y su necesidad en la vida cotidiana. El sufrimiento deviene cuando se sobreutiliza el “modo hacer” de la mente para evitar, suprimir o intentar elaborar las emociones difíciles, generando un efecto contrario al que se persigue: el sujeto reduce su control atencional y aumenta el impacto de la emoción difícil con la consiguiente sensación de impotencia e indefensión. Frente a ello, el entrenamiento en *mindfulness* cultiva un modo mental diferencial y alternativo denominado como “modo ser”, en el que se enseña al sujeto cómo depositar la atención en el momento presente a los

eventos, tanto internos (corporales y mentales) como externos (contextuales), con una actitud de apertura y curiosidad, fijándose también en las reacciones que el propio organismo genera ante los diferentes eventos. Estas reacciones, normalmente, suelen referirse al deseo de que los eventos considerados como positivos se mantengan, que los considerados como negativos desaparezcan y que los neutros sean más estimulantes o menos aburridos.

Un buen comienzo para la pedagogía del “modo ser” de la mente en el contexto de la psicoterapia es la enseñanza de la práctica informal de *mindfulness* en diversas actividades cotidianas (como el acto de comer, ducharse o dar un paseo). Para ello, una opción es escoger una actividad cada semana para realizarla con atención plena (en “modo ser”) todos los días de la semana e ir cambiando cada semana de actividad, de manera que el cliente vaya consiguiendo aumentar la frecuencia del funcionamiento del “modo ser” en su vida cotidiana.

Aprender a Gestionar los Estados de Ánimo Cotidianos Reduciendo la Tensión y Aumentando la Energía

En el ámbito de la gestión cotidiana de los estados de ánimo, merece la pena destacar el trabajo de Robert E. Thayer (profesor de la *California State University*) basado en su teoría de los estados de ánimo, entendidos como ritmos biológicos endógenos. Thayer (2001) clasifica los estados de ánimo desde dos dimensiones bio-psicológicas: el nivel de tensión (que hace referencia al *continuum* que va desde la tensión hasta la calma) y el nivel de energía (que hace referencia al *continuum* que va desde la energía hasta el cansancio) (Thayer, 2001).

Estas dimensiones interactúan bajo diferentes condiciones de activación para generar cuatro tipos de estado de ánimo: energía calmada, energía tensa, cansancio tenso y cansancio calmado (ver Figura 1). Estos diferentes niveles de activación están relacionados con múltiples factores relativos a aspectos motivacionales y de autorregulación. Si bien estos estados de ánimo van fluctuando en la cotidianidad con cierta regularidad, generando patrones bio-psicológicos parecidos de un día a otro, es evidente que hay opción de autorregularlos mediante la conducta. El estado de ánimo más funcional, si bien es imposible mantenerlo todo el tiempo, es el de la energía calmada. Por ejemplo, una conducta que se ha visto que dirige el estado de ánimo del organismo hacia la energía calmada es la práctica de la meditación (Thayer, 2001), y en especial, la práctica de meditación en movimiento como el *Qigong* (Johansson, Hassmen & Jouper, 2011).

La meditación en movimiento *Qigong* proviene de la Medicina Tradicional China y está compuesta por una gran diversidad de técnicas basadas en diferentes series de ejercicios que coordinan la atención, la respiración y el movimiento. Cuando una persona se encuentra especialmente tensa o cansada, la práctica de *Qigong* le puede ayudar a calmarse o a energizarse respectivamente. De hecho, están apareciendo investigaciones que avalan al *Qigong* como herramienta de intervención en casos de ansiedad (Wang et al., 2013) y depresión (Oh et al., 2013).



Figura 1

Los cuatro estados de ánimo desde el modelo bidimensional de Thayer (2001)

No sólo eso, hay autores que van más allá y plantean que el *Qigong* (entre otras técnicas meditativas) habría que categorizarlo independientemente de las meditaciones de atención enfocada y de monitoreo abierto, proponiendo el término de Auto-Trascendencia Automática para esta tercera categoría (Travis y Shear, 2010).

En otra línea de trabajo, para el cliente de psicoterapia el mero conocimiento de estos cuatro estados de ánimo junto al hecho de dedicar atención plena a observar cómo se distribuyen a lo largo del día genera *insights* o intuiciones relativas a la vida cotidiana sumamente útiles en el proceso del cambio psicoterapéutico. Este conocimiento se puede dar mediante la monitorización de los estados de ánimo cotidianos. En este caso se propone al cliente un ejercicio de auto-registro de los estados de ánimo cotidianos como herramienta coadyuvante de la práctica informal de *mindfulness*. Se trata de monitorizar o tomar conciencia de los niveles de tensión y de energía que posee el cliente a lo largo del día. Para ello puede hacerse valer del test que propone Thayer (1986), o sino otra opción puede ser apuntar en un cuaderno (o en cualquier sistema informático) en cinco momentos puntuales del día el nivel de tensión y el nivel de energía (por ejemplo al levantarse, a media mañana, al mediodía, a media tarde y por la noche). Para medir el nivel de tensión y de energía será suficiente crear una sencilla escala Likert de 11 niveles donde, en el caso de la tensión, el número 0 sea “No me siento nada tenso” y el número 10 sea “Me siento totalmente tenso”. Con la medición de la energía se procederá igualmente.

Para obtener intuiciones interesantes se recomienda realizar el auto-registro por lo menos durante un mes, todos los días, cinco veces al día. Luego, cada cliente puede profundizar al respecto de los datos obtenidos en el contexto de la psicoterapia, habiendo clientes que al tener los datos integrados en sistemas informáticos obtienen gráficos sumamente interesantes en referencia a los niveles de tensión y de energía por los que atraviesan en la cotidianeidad. Lo que sí parece evidente es que el simple hecho de dedicar atención durante un mes a los niveles de tensión y de energía en el cuerpo-mente deja un poso de autoconocimiento y sabiduría en el

cliente, lo cual puede serle de ayuda a la hora de generar conductas que reduzcan el sufrimiento en él mismo y en las personas que le rodean.

Conclusiones

La búsqueda del cambio psicoterapéutico puede necesitar en algunos casos una revisión del estilo de vida del cliente que detecte cierto hábito conductual bloqueante del propio proceso de cambio. Cada vez es más numerosa la literatura científica que avala los CTEV como un condicionante clave a la hora de entender la salud mental y el bienestar psicológico, y el hecho de ir integrándolos en el ámbito psicoterapéutico puede ser un elemento importante en aras de conseguir unos mejores resultados.

La práctica de *mindfulness* se ha mostrado como un eje vertebral en los CTEV, siendo citado en la mayoría de los programas de intervención que proponen cambios basados en EV. En este artículo se han presentado la integración de *mindfulness* en el proceso psicoterapéutico desde cinco ámbitos de aprendizaje diferentes, todos ellos susceptibles de entrenar en una hipotética sesión de psicoterapia.

Referencias bibliográficas

- Akin, A. (2009). Self-compassion and submissive behavior. *Education and Science*, 34, 138-147.
- Alvear, D. (2016). *Mindfulness, autocompasión y estrés docente en profesorado de Educación Secundaria*. Tesis doctoral. Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco.
- Alvear, D. (2015). *Mindfulness en positivo*. Lleida: Milenio.
- Beltrán, M. y Alvear, D. (2014). La Experiencia del Momento Presente en la Psicoterapia Integradora Humanista (PIH) y en la Psicoterapia Basada en el Mindfulness (PBM). *Revista de Psicoterapia*, 97, 149-172.
- Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, y Farrow V. (2008) The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*;15:204-223.
- Cayoun, B.A. (2011). *Mindfulness-Integrated CBT*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Crane, R. y Elías, D. (2006) Being With What Is - Mindfulness practice for counsellors and psychotherapists. *Therapy Today*, 17(10), 31
- Dean, K., Colomer, C. y Perez-Hoyos, S. (1995) Research on lifestyles and health: searching for meaning. *Social Science in Medicine* 41(6), 845-855.
- Doyle, R. (2001) By the numbers: lifestyle blues. *Scientific American*. April.
- Farb N, Daubenmier J, Price CJ, Gard T, Kerr C, Dunn BD, Klein AC, Paulus MP and Mehling WE (2015) Interoception, contemplative practice, and health. *Front. Psychol.* 6:763.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L. y Demarzo, M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12 (4).
- Glasgow, R.E., Emont, S. y Miller, D.C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patientcentered counseling. *Health Promotion International*. 21, 245-255.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., y Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- Ilardi, S. S. (2009) *The depression cure*. Cambridge: Da Capo Press.
- Johansson, M., Hassmén, P., y Jouper, J. (2011). Acute effects of qigong exercise on mood and anxiety. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1, 60-65.
- Kirkpatrick, K. L. (2005). *Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention*. Tesis doctoral no publicada. University of Texas at Austin, TX, USA.

- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D., Dalgleish, T., et al. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work?. *Behav Res Ther*, 48(11), 1105-1112.
- Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., y Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 163-169.
- Mehling W, DiBlasi Z, y Hecht F. (2005). Bias control in trials of bodywork. A review of methodological Issues. *J Altern Comp Med*. 11(2), 333-342.
- Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Prise, C. J., Hecht, F. M., y Steward, A. (2009). Body awareness: construct and self-report measures. *PLOS ONE*, 4(5), e5614.
- Mehling WE, Hamel KA, Acree M, Byl N, y Hecht FM (2005) Randomized, controlled trial of breath therapy for patients with chronic low-back pain. *Altern Ther Health Med* 11, 44-52.
- National Prevention Council, National Prevention Strategy, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Oh, B., Sun Mi Choi, Inamori, A. Rosenthal, D. y Yeung, A. (2013). Effects of Qigong on Depression: A Systemic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 134737. doi: 10.1155/2013/134737
- Ornish D. (2007). *The Spectrum: A Scientifically Proven Program to Feel Better, Live Longer, Lose Weight, and Gain Health*. New York: Ballantine Books.
- Ornish D, Magbanua MJM, Weidner G, et al.. (2008). Changes in prostate gene expression in men undergoing an intensive nutrition and lifestyle intervention. *Proc Natl Acad Sci USA*; 105: 8369-8374.
- Ornish D, Weidner G, Fair WR, Marlin R, Pettengill EB, Raisin CJ, Dunn-Emke S, Crutchfield L, Jacobs FN, Barnard RJ, Aronson WJ, McCormac P, McKnight DJ, Fein JD, Dnistrian AM, Weinstein J, Ngo TH, Mendell NR, y Carroll PR. (2005). Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *J. Urol*. September, 174(3), 1065-1069.
- Pischke, C.R., Scherwitz, L., Weidner, G., y Ornish, D. (2008). Long-term effects of lifestyle changes on well-being and cardiac variables among CHD patients. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(5), 584-592.
- Rock, D., Siegel, D., Poelmans, S., y Payne, J. (2012). The healthy mind platter. *The Neuroleadreship Journal*, 4, 1-23.
- Sanjuan, P. y Rueda, B. (2014) Promoción y prevención de la salud desde la psicología. Madrid: Síntesis.
- Simón, V. (2012). *Formación en mindfulness para psicoterapeutas*. En Miró, M. y Simón, V. (Eds.) *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: DDB.
- Thayer, R. E. (2001). *Calm Energy: How People Regulate Mood With Food and Exercise*. New York: Oxford University Press.
- Thayer, R. E. (1986). Activation-Deactivation Adjective Check List: Current overview and structural analysis. *Psychological Reports*, 58, 607-614.
- Toffler, Alvin. 1980. *The Third Wave*. New York: Morrow.
- Travis, F., y Shear, J. (2010). Focused attention, open monitoring and automatic self-transcending: categories to organize meditations from Vedic, Buddhist and Chinese traditions. *Consciousness and Cognition*, 19, 1110-1118.
- Wang C.W., Wan Chan, C.L., Rainbow T. H. Ho, Hector W. H. Tsang, Celia Hoi Yan Chan, and Siu-Man Ng. (2013). The Effect of Qigong on Depressive and Anxiety Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/716094>
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and Mental Health, *American Psychologist*, 66; 579-592.
- Williams, J.M.G (2010) Mindfulness and Psychological Process. *Emotion*, 10, 1-17
- Woo Kyeong, L. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902
- World Health Organization (1986a) Lifestyles and health. . *Soc Sic Med*, 22(2). 117-124.
- World Health Organization (1986b). *Ottawa charter for health promotion*. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Zimbardo, P. G., y Boyd, J. N. (2008). *The Time Paradox*. New York: Free Press, Simon & Schuster.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN *MINDFULNESS* BASADO EN PRÁCTICAS BREVES INTEGRADAS (M-PBI)

MINDFULNESS TRAINING PROGRAM BASED ON BRIEF INTEGRATED PRACTICES (M-BIP)

Marcial Arredondo Rosas

Universitat Autònoma de Barcelona, *Mindfulness* y Psicología Barcelona.

Pilar Hurtado Villar

Institut Mensalus, *Mindfulness* y Psicología Barcelona.

Montserrat Sabaté Pina

TFS Develop, Barcelona.

Carla Uriarte Chávarri

Grupo de Acción Comunitaria, *Mindfulness* y Psicología Barcelona.

Luis Botella García del Cid

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport (FPCEE) Blanquerna.

Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Arredondo, M., Hurtado, P., Sabaté, M., Uriarte C. y Botella L. (2016). Programa de Entrenamiento en *Mindfulness* Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 133-150.

Resumen

El programa de entrenamiento en Mindfulness basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI) es una propuesta que nace con el objetivo de hacer lo más accesible posible la práctica de mindfulness tanto a la población general como a personas que puedan estar en tratamiento psicológico sin tener un trastorno grave o en estar en fase aguda. Se ha diseñado un protocolo que conserva la estructura de los programas de entrenamiento en mindfulness y compasión de 8 semanas que han probado su eficacia y han sido validados. En este programa se han reducido los tiempos de prácticas habituales y se ha promovido el poder realizar las prácticas "allí donde sea posible", al tiempo que se ha mantenido la eficacia del cambio demostrada en los programas validados. Para facilitar el proceso de aprendizaje, se ha diseñado una App (Mindfulness Focus Now) que incluye las prácticas formales del entrenamiento. El programa cuenta también con recursos en la web www.mindfulnesspsicologiabcn.com y se han incorporado varias Apps que facilitan la accesibilidad, mensurabilidad y guía de diferentes tipos de prácticas, incluyendo una medida de variabilidad de la frecuencia cardíaca (heart rate variability, HRV).

Palabras Clave: M-PBI, *mindfulness*, prácticas breves, HRV

Fecha de recepción: 30/12/2015. Fecha de aceptación: 30/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: marcial@mindfulnesspsicologiabcn.com, marciarredondo@gmail.com

Dirección postal: Marcial Arredondo Rosas, Provença 455, P44, CP 08025, Barcelona

© 2016 Revista de Psicoterapia



Abstract

The Mindfulness Training Program Based on Brief Integrated Practices (M-BIP) is a proposal that was created with the goal of making it as accessible as possible to practice mindfulness both for the general population and for people who may be in psychological treatment without a serious or acute phase disorder. We designed a protocol that preserves the eight week structure of mindfulness and compassion training programs that have proven effective and have been validated. In this program normal practices times have been reduced and to practice “where possible” has been promoted, while the effectiveness of the program changes was validated. To facilitate the learning process, we have designed an App (Mindfulness Focus Now) including formal training practices. The program also has resources on the web www.mindfulnesspsicologiabcn.com and incorporated several Apps that facilitate accessibility, measurability and guide various types of practices, including a measure of heart rate variability, HRV.

Keywords: M-BIP, mindfulness, brief practices, HRV

En el presente manuscrito se resume el Manual del Programa M-PBI. Este programa psicoeducativo¹ se diseñó con el objetivo de aumentar el bienestar psicológico y eudamónico de las personas, a través del aprendizaje, desarrollo e incorporación de habilidades de *mindfulness*, regulación emocional, comunicación consciente, compasión y apertura hacia los propios valores, así como también para disminuir el malestar psicológico, reduciendo síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

Este programa se ha implementado² tanto en población general como en personas en tratamiento psicológico sin un trastorno grave o en fase aguda, obteniéndose cambios significativos en ambas poblaciones tanto en el aumento de habilidades de *mindfulness* como en la disminución de sintomatología (ver Arredondo, Sabaté, Botella, Pina, Acosta y Hurtado, 2016)

En este programa el estado *mindful* de conciencia o *modo ser* de funcionamiento (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) constituye la base sobre la cual se asientan las demás capacidades que se entrenan. El término *mindfulness* y su práctica proceden de las tradiciones orientales, especialmente del budismo. Para la Psicología Budista *mindfulness* implica por una parte una dimensión cognitiva, actitudinal y afectiva y por otro lado se sostiene en una dimensión social y ética (Grossman, 2010).

Mindfulness es la traducción al inglés del término pali *sati* que implica *conciencia, atención y recuerdo*. Recordar significa mantener la intención de permanecer con consciencia (despierto) en el momento presente o mantener la intención de volver al él, cuando la mente se haya distraído (Siegel, Germer, & Olendzki, 2009). Es fundamental en la práctica de *mindfulness* tener presente reorientar la atención intencionadamente y percatarse de la experiencia en curso con una cualidad afectiva, amable, curiosa y receptiva. Un estado *mindful* de conciencia implica ser receptivamente conscientes de lo que sucede mientras está sucediendo.

Mindfulness se suele presentar como una práctica de observación no conceptual, sin embargo Garland, Farb, Goldin y Fredrikson (2015) plantean que es posible utilizar también el estado entrenado consciente y de apertura *mindful* para contemplar *insights* y comprensiones conceptuales que puedan tener una gran relevancia y significado personal, al tiempo que despiertan emociones positivas en relación con tales procesos de pensamiento.

Según Kabat-Zinn (1994) que es a quien se atribuye la recontextualización de *mindfulness* en Occidente para introducirlo en la práctica médica y psicológica, *mindfulness* puede definirse como *prestar atención de forma intencionada al momento presente sin juzgar*.

Mindfulness nos ayuda a darnos cuenta (sin dejarnos arrastrar por ella) de la propia actividad interna (emociones, sensaciones, impulsos, pensamientos, sentido de uno mismo) que se está experimentando, ayudando a reducir la divagación de la mente. Habitualmente la mente se encuentra vagando sin orientación, saltando de unas imágenes a otras, de unos pensamientos a otros y de un tiempo a otro (Simón,

2007). En 2010 Killinsword y Gilbert en un estudio con 2.250 sujetos y miles de datos obtenidos en tiempo real, demostraron que una mente enfocada en la actividad que se realiza correlaciona con un mayor nivel de felicidad que una “mente errante” o distraída, que suele implicarse en procesos autorreferenciales y presenta mayores posibilidades de “fusionarse” o verse arrastrada por emociones y pensamientos (Cifre y Soler, 2014).

Germer (2005) plantea que *mindfulness* puede describir un constructo teórico (la idea de lo que es *mindfulness* y sus definiciones operativas), las prácticas para desarrollar la capacidad de *mindfulness* (prácticas de *mindfulness* formales e informales)³ y los procesos psicológicos involucrados (mecanismos de acción de la mente y el cerebro).

El practicante de *mindfulness* se relaciona de manera activa con los estados de la mente para permanecer ecuánime con todo lo que ocurre. Germer, Siegel y Fulton (2005) definen *mindfulness* como “conciencia de la experiencia presente con aceptación”. *Mindfulness* se ha definido también como el acto de prestar atención intencionadamente con nuevos ojos.

Se han hecho varios intentos de traducción del término *mindfulness* al castellano, como *atención consciente*, *atención plena* o *conciencia plena*, pero dado que *mindfulness* no tiene una palabra correspondiente en castellano se ha ido aceptando el término inglés (Vallejo, 2006).

El uso terapéutico de *mindfulness* en Occidente empezó en 1979 en Estados Unidos en la Clínica de Reducción de Estrés en el Centro médico de la Universidad de Massachusetts, habiéndose introducido posteriormente en Europa y más recientemente en España (Moñivas, García-Diex y García-de-Silva, 2012; Pérez y Botella, 2006). Las publicaciones científicas sobre *mindfulness* empezaron a aparecer en la década de los ochenta, mostrando un crecimiento exponencial hasta la fecha (Black, 2010). La mayoría de estas publicaciones presentan evidencias que señalan los efectos positivos que tiene la práctica de *mindfulness* tanto en la salud tanto física como psicológica. En este sentido Baer (2014) sostiene que la práctica de *mindfulness* evita las espirales de estrés, ansiedad y depresión.

Por otra parte Siegel, Germer y Olendzki (2009) plantean que para poder desenredarnos de las preocupaciones y emociones difíciles es necesario ser conscientes de lo que ocurre en nosotros y nuestro alrededor sin intentar controlar, evitar o suprimir las emociones intensas. Así mismo Hayes, Strosahl y Wilson (2011) afirman que la mayoría de los trastornos psicológicos ocurrirían como un intento por evitar tomar contacto con ciertas experiencias privadas, lo que se ha definido como Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). También en esta línea argumental, Simón (2007) sostiene que al observar es posible desconectar ciertos automatismos que resultan perjudiciales.

Los avances de algunas técnicas de estudio del cerebro, como la neuroimagen y el procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas, están permitiendo conocer la interacción mente-cerebro y están demostrando que el

entrenamiento mental mediante la práctica de *mindfulness* puede proporcionar beneficios cognitivos y emocionales.

La práctica continuada de *mindfulness* produce cambios estructurales en el cerebro que permanecen y que por tanto no son sólo modificaciones transitorias, lo que significa que el cerebro adulto presenta “neuroplasticidad” y que es capaz de modificar las propias conexiones neuronales en respuesta a la experiencia (Siegel, 2008). Estos cambios de plasticidad se pueden producir a través de diferentes mecanismos (Simón, 2010): sinaptogénesis o fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre neuronas, neurogénesis o crecimiento de nuevas neuronas y mielinogénesis o incremento de las vainas de mielina que rodean los axones y determinan su velocidad de conducción. Estos cambios conducen a un aumento de la actividad y a una mejor comunicación entre las zonas cerebrales implicadas.

Se ha visto que a través de la meditación se activa una zona de la corteza cerebral que se relaciona con la integración y la dirección de la atención y la motivación. También se activa la ínsula anterior derecha (ubicada en la superficie lateral del cerebro), relacionada con la interocepción, y el cortex prefrontal izquierdo, que se relaciona con funciones cerebrales superiores como la conciencia, la concentración y la toma de decisiones (Hölzel et al., 2007). Aparte de la activación de estas regiones cerebrales también se ha observado un engrosamiento de otras zonas. Así, se ha visto un aumento de densidad de la materia gris en el hipocampo (área relacionada con los procesos de aprendizaje y memoria y con la modulación del control emocional) así como en la corteza prefrontal y en la ínsula anterior derecha (regiones relacionadas también con la atención, el procesamiento sensorial y la interocepción) (Hölzel et al., 2011; Luders, Toga, Lepore, & Gaser, 2009; Santarnecchi et al., 2014). De esta misma forma también se ha visto una reducción de la amígdala derecha (estructura subcortical formada por un conjunto de neuronas), encargada de mediar los efectos conductuales y fisiológicos relacionados con el estrés, como la liberación de hormonas, el aumento de la presión arterial y la expresión facial de miedo (Hölzel et al., 2009). Asimismo, también se ha evidenciado que la meditación produce cambios en la forma en que las diferentes regiones del cerebro se comunican entre sí, es decir, se producen cambios en la conectividad intrínseca de las redes neuronales (Bertolín-Guillen, 2014; Kilpatrick et al., 2011).

El cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, emocional y comportamental del estrés. Cuando la respuesta de estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta respuesta facilita el inicio de un estado de distrés emocional (estrés negativo) en el que se producen cambios estructurales y funcionales en diferentes áreas del cerebro (Moscoso, 2010).

En condiciones normales, el funcionamiento del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal (HPA), que constituye una parte esencial del sistema neuroendocrino que controla entre otros procesos las reacciones al estrés es regulado por el ritmo diurno de esteroidogénesis y mecanismos de retroalimentación negativa por

glucocorticoides. Bajo condiciones de estrés crónico se aumenta la actividad del eje HPA, con la consecuente elevación de glucocorticoides por encima del nivel basal (Rodríguez-Fernández, García-Acero, y Franco, 2012).

Uno de los programas basados en *mindfulness* más utilizados hasta la actualidad para la reducción del estrés es el MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*). Se trata de una intervención psicoeducativa que tiene como finalidad reducir el estrés, el malestar físico, psicológico y la reactividad emocional. Este programa promueve aprender a actuar con conciencia y aceptación, desarrollando comportamientos más eficaces y adaptados a los acontecimientos. La estructura del programa incorpora ocho sesiones semanales de dos horas y media cada una y un día intensivo de prácticas (ocho horas). Una parte fundamental del programa incluye prácticas diarias de meditación de 45 minutos (Kabat-Zinn, 1990).

Varios de los programas basados en *mindfulness* que se realizan en la actualidad han tomado la estructura y metodología del MBSR, como el MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) y requieren prácticas de meditación de larga duración (45 minutos).

Al diseñar el M-PBI se decidió reducir los tiempos de práctica a raíz de la dificultad que puede constituir para ciertas personas dedicar 45 minutos diarios a la realización de la práctica formal de *mindfulness*. Muchas personas no están dispuestas a invertir este tiempo para practicar diariamente. Esta dificultad se traduce en abandonos de los programas en ciertos colectivos profesionales tal como se recoge en la literatura (Shapiro et al., 2005). También constatamos estas dificultades en la observación hecha durante el primer programa piloto exploratorio, en el que fue posible apreciar que varios de los participantes con mucha carga laboral experimentaban serias dificultades o abandonaban el programa al no poder realizar prácticas de 45 minutos. Considerando que empezaban a realizarse estudios que demostraban que las prácticas breves pero constantes de *mindfulness* eran eficaces (Carmody & Baer, 2009; García-Campayo y Santed, 2014; Klatt et al., 2009; Malarkey, Jarjoura, & Klatt, 2013; Pots, Meulenbeek, Veehof, Klungers, & Bohlmeijer, 2014; Tang, Ma, Wang et al., 2007; Zeidan, Johnson, Diamond, David, Goolkasian, 2010) se decidió investigar en esa línea, implementando prácticas formales de *mindfulness* de breve duración (entre 15 y 20 minutos).

El M-PBI es un programa que mantiene una estructura de ocho semanas al igual que la mayoría de los programas que han probado su eficacia utilizando este mismo tiempo tal como el MBSR, MBCT, MSC, CCT y más recientemente el ABCT⁴ (ver protocolo en este mismo número). En el M-PBI se integran los aspectos transversales de los programas y postulados de *mindfulness* que cuentan con evidencia científica. El programa consta de 9 sesiones, 8 sesiones semanales de 2,5 horas y una sesión de medio día de prácticas intensivas (4 horas).

El entrenamiento del M-PBI consiste en un proceso de aprendizaje experiencial progresivo que incluye las tres habilidades o procesamientos mentales de *mindfulness* señalados por Salberg (2011); conciencia focalizada en un solo punto (concentra-

ción), conciencia de campo abierto (*mindfulness*) y bondad amorosa o compasión; se basa en el modelo de Intención, Actitud y Atención (IAA) desarrollado por Shapiro et. al (2006) e incorpora de manera sucesiva los cinco mecanismos subyacentes, implicados en la práctica de *mindfulness* descritos por Hölzel et. al. (2011) y que detalla Cebolla (2016): regulación de la atención, conciencia corporal, regulación emocional (revalorización), regulación emocional (exposición, extinción y reconsolidación) y cambios en la perspectiva del *self* (Cebolla, 2014).

Al comienzo del programa se proponen prácticas de focalización de la atención y estabilización de la mente. Se inicia el entrenamiento realizando prácticas de respiración coherente y calmante (aproximadamente 5,5 respiraciones por minuto) como las que propone Gilbert (2009) desde la CFT (*Compassion Focus Therapy*), respiraciones fluidas y rítmicas que permiten aumentar la variabilidad cardíaca (Watkins, 2013) y disminuir el nivel de estrés de los participantes⁵. Al aumentar la estabilización de la mente es posible acceder a un estado de mayor concentración y calma mental, lo que a su vez facilita que haya una mayor claridad mental, es decir, aumenta la capacidad de autoobservación consciente (ecuánime), alcanzándose un estado de descentramiento metacognitivo que da cabida a un proceso de reperiencia y apertura mental que favorece los procesos de regulación emocional, flexibilización cognitiva y del sí mismo (Baer, 2003; Hölzel et al., 2011; Shapiro, et al., 2006). Toda esta secuencia y superposición de estados y mecanismos de acción debe ir acompañada de una cualidad afectiva de amabilidad, apertura, curiosidad, aceptación, no crítica y no reactividad. A estas cualidades se añaden las de humanidad compartida y la autoamabilidad de la autocompasión propuestas por Neff (2012).

Hacia el último tercio del entrenamiento, después del trabajo intrapersonal y relacional realizado hasta ese momento, se presenta una metodología comunicacional empática e indagativa que procura la activación del sistema de afiliación y calma presentado por Gilbert (2010). Esta propuesta comunicacional requiere de un posicionamiento existencial en el que los participantes se responsabilizan de sus propios estados emocionales sin juzgarlos, poniendo la intención en relacionarse receptivamente con la experiencia del otro y orientándose a alcanzar un punto de vista comprensivo y compasivo de uno mismo y los otros en la relación (Maturana, 2004; Miró, comunicación personal; Rosenberg, 2006).

El entrenamiento finaliza realizando prácticas de monitoreo abierto o campo abierto, lo cual implica una atención receptiva (al mismo tiempo) tanto a la actividad interna (respiración, sensaciones, emociones, impulsos, pensamientos, percepción de sí mismo) como de la actividad exterior. En esta fase final del programa también se proponen prácticas de indagación que permitan contactar con los propios valores y propósito vital para promover el florecimiento o consolidación de una vida con sentido y bienestar eudamónico (Alvear, 2015; Garland, Farb, Goldin y Fredrikson, 2015; Lyubomirsky, 2007; Seligman, 2012).

Metodología

Cada sesión del programa se inicia con una práctica de centramiento o movimientos conscientes, activando cualidades del modo ser como: interdependencia (*integración transpiracional*), presencia y sintonización (Siegel, 2010). Posteriormente se abre un proceso de revisión indagatoria y reformulaciones acerca de los descubrimientos o dificultades con que se han podido encontrar los participantes durante las prácticas realizadas entre sesiones. A continuación se alterna entre prácticas, indagación, reformulación y teoría, incluyendo en cada sesión alguna práctica de *mindfulness* relacional. La práctica de cierre de cada sesión incluye contactar con un propósito (puede incluir prácticas formales y/o informales) que den continuidad durante la semana al trabajo realizado en la sesión.

La séptima sesión, que corresponde a la sexta semana, se realiza en silencio y está dedicada a realizar prácticas intensivas de *mindfulness* durante una mañana completa.

Evaluación del Programa

En cada programa realizado se han aplicado los cuestionarios FFMQ, EQ y DASS y se han recogido datos demográficos y motivacionales para medir la eficacia del mismo.

El FFMQ (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) mide cinco habilidades de *mindfulness*: (1) *Observar* (notar experiencias internas y externas), (2) *Describir* (etiquetar las propias experiencias), (3) *Actuar con consciencia* (estar focalizado en la actividad que se realiza vs actuar sin estar presente), (4) *No juzgar* (perspectiva no valorativa de los propios pensamientos o emociones) y (5) *No reaccionar* (permitir la presencia de pensamientos o emociones sin verse atrapados por ellos o tener que actuar según estos) (Soler, 2014).

El cuestionario EQ (*Experiences Questionnaire*; Fresco et al., 2007) mide la capacidad de descentramiento de los propios pensamientos y emociones, observándolos con aceptación como fenómenos transitorios de la mente. Este cuestionario considera tres aspectos del descentramiento: la defusión, la no reactividad ante las experiencias negativas y la capacidad de autocompasión (Soler, 2014).

Para medir la sintomatología de ansiedad, depresión y estrés se ha utilizado la versión abreviada del cuestionario DASS-42 (*Depression Anxiety Stress Scales*) (Lovibond, & Lovibond, 1995), el DASS-21 (Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998).

Otra medida utilizada en el programa se tomó en un contexto organizacional en el que se evaluó la variabilidad de la frecuencia cardíaca de los participantes en función de ciertas prácticas realizadas (Rodas, Carballido, Ramos y Capdevila, 2008). Esta medida se llevó a cabo en colaboración con el equipo de investigación del Departamento de Psicología del Deporte de la Universitat Autònoma de Barcelona (desarrolladores del programa de medición). Este estudio aleatorizado y controlado será publicado próximamente.

Destinatarios

Cualquier persona que quiera realizar el programa con el objetivo de entrenar el modo ser o *mindful* de consciencia y funcionamiento, reducir sus niveles de estrés, depresión y/o ansiedad, lograr una mayor regulación emocional, desarrollar un tipo de comunicación más empática y compasiva y que busquen aproximarse a una orientación en la vida basada en los propios valores, con sentido y propósito.

Se han excluido personas con trastornos psicopatológicos graves o agudos.

Recomendaciones

Para implementar este programa se están siguiendo los requisitos de otros protocolos de formación que incorporan *mindfulness* (MBSR, MBCT, MSC, ABCT) en los que se indica la necesidad de realizar una formación específica como formador, después de haber realizado el programa inicial, mantener una práctica continuada de *mindfulness*, haber realizado al menos un retiro de *mindfulness* de varios días y realizar dos programas supervisados con algún formador experimentado.

**PROTOCOLO DEL PROGRAMA M-PBI EN EL DIPLOMADO DE
ESPECIALIZACIÓN UNIVERSITARIA EN *MINDFULNESS* DE LA
FACULTAT DE PSICOLOGIA, CIÈNCIES DE L'EDUCACIÓ I
L'ESPORT (FPCEE) BLANQUERNA DE LA
UNIVERSITAT RAMON LLULL**

(A este protocolo se le han añadido 30 minutos más por sesión en relación al programa evaluado en el estudio, que fue de dos horas por sesión. El tiempo adicional está orientado al incremento de las Prácticas Relacionales y de movimiento consciente.)

SESIONES	CONTENIDOS
Sesión 1 Semana 1	<i>Mindfulness</i>, respiración y variabilidad de la frecuencia cardíaca. <i>(Focalizando la atención, estabilizando la mente y disminuyendo el estrés)</i>
Sesión 2 Semana 2	Modos mentales ser y hacer. Aceptación y resistencia. <i>(Conectando con uno mismo y aceptando lo que no se puede cambiar)</i>
Sesión 3 Semana 3	Sistemas evolutivos de regulación emocional. Emociones. <i>(Descubriendo nuestro diseño y funcionamiento cerebral y emocional)</i>
Sesión 4 Semana 4	<i>Mindfulness</i> y Felicidad. <i>(Cultivando la felicidad)</i>
Sesión 5 Semana 5	Compasión. <i>(Afrontando el dolor, cultivando la fortaleza de la autocompasión)</i>
Sesión 6 Semana 6	Comunicación consciente. <i>(Comunicándose desde el sistema de seguridad y conexión)</i>

Sesión 7	Día de prácticas intensivas.
Semana 6	<i>(Retiro urbano)</i>
Sesión 8	Valores y Propósito.
Semana 7	<i>(Desarrollando un estilo de vida mindful)</i>
Sesión 9	Integración, recursos y continuación.
Semana 8	<i>(Manteniendo los nuevos hábitos)</i>

SESIONES	CONTENIDOS
Sesión 1	<i>Mindfulness</i>, respiración y variabilidad de la frecuencia cardíaca
Semana 1	<i>(Focalizando la atención, estabilizando la mente y disminuyendo el estrés)</i>
	o Objetivos:
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la definición y los beneficios de la práctica de <i>mindfulness</i>. • Conocer el Modelo IAA de Shapiro • Práctica de Atención a la Respiración • Conocer la relación entre estrés y la respiración con patrón errático • Entrenar la Respiración Coherente, aumentar la HRV y la Coherencia cardíaca (patrón coherente)
	o Teoría y principales autores de referencia:
	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al <i>mindfulness</i> (Jon Kabat-Zinn, Cristopher Germer, Vicente Simón y Tich Nhat Hanh) • Modelo IAA Intención, Atención y Actitud (Shauna Shapiro) • Coherencia Cardíaca, Variabilidad Cardíaca (Lluís Capdevila) y Respiración Coherente (Alan Watkins)
	o Prácticas Formales:
	<ul style="list-style-type: none"> • Centramiento • Práctica en parejas de IAA • Práctica de comunicación <i>mindful</i> • Indagación de la propia respiración • Respiración Coherente (5,5 respiraciones por minuto) • Respiración Fluida y Rítmica (propio tiempo)
	o Prácticas Informales y Relacionales:
	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración calmante, fluida y rítmica (5,5 rpm y propio tiempo) • Parada de autoconciencia (STOP) • Llevando la atención a actividades cotidianas • Presentación desde el contacto corporal y escucha <i>mindful</i> • Observación de la respiración en el otro y guía en la respiración
	o Prácticas de la semana para realizar entre sesiones:
	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración coherente formal • Respiración coherente informal • STOP autoobservación consciente sin juicio

Sesión 2	Modos mentales ser y hacer. Aceptación y resistencia.
Semana 2	<i>(Conectando con uno mismo y aceptando lo que no se puede cambiar)</i>
	o Objetivos:

- Conocer los modos mentales ser, hacer y piloto automático
 - Familiarizarse con la aceptación y la resistencia en la vida cotidiana
 - Profundizar en la práctica de Atención a la Respiración y Respiración Coherente y Calmante
 - Aumentar la HRV
 - Experimentar el modo ser de consciencia en una actividad automatizada (comer)
 - Cultivar la ecuanimidad
- o **Teoría y principales autores de referencia:**
- Modos mentales ser y hacer + piloto automático (Zindel Segal, John Teasdale y Mark Williams)
 - Qué, Cómo (Marsha Linehan)
 - Aceptación y Resistencia (Christopher Germer y Vicente Simón)
 - Sufrimiento 1 y sufrimiento 2
- o **Prácticas Formales:**
- Centramiento
 - Movimiento Consciente
 - Indagación de la propia respiración
 - Respiración coherente
 - Respiración fluida y rítmica
 - Práctica de la uva pasa
- o **Prácticas Informales y Relacionales:**
- Respiración calmante, fluida y rítmica
 - Parada de autoconsciencia (STOP)
 - Llevando la atención a actividades cotidianas (incorporando los sentidos)
 - Indagación y diálogo sobre Resistencia y Aceptación en la propia vida
- o **Prácticas de la semana para realizar entre sesiones:**
- Práctica de centramiento
 - Práctica de Respiración Coherente
 - Práctica de Respiración Fluida y Rítmica
 - Práctica del modo ser de consciencia en alguna actividad cotidiana

Sesión 3
Semana 3

Sistemas evolutivos de regulación emocional. Emociones.

(Descubriendo nuestro diseño y funcionamiento cerebral y emocional)

o **Objetivos:**

- Conocer las dificultades que comporta nuestro diseño cerebral
- Conocer los Sistemas Evolutivos de Regulación Emocional
- Profundizar en las Prácticas de respiración
- Desarrollar sensibilidad corporal
- Contemplar las sensaciones corporales con aceptación

o **Teoría y principales autores de referencia:**

- Diseño cerebral humano (Paul Gilbert)
- Tres sistemas evolutivos de regulación emocional (Paul Gilbert)
- Integración Cerebral (Daniel Siegel)
- Mecanismos de cambio de *mindfulness* (Holzel)

- Emociones (Bárbara Fredrikson, Leslie Greenberg, Paul Ekman y Cristophe André)
- o **Prácticas Formales:**
 - Centramiento
 - Práctica de *mindfulness* de pie
 - Prácticas de Respiración
 - *Body scan* (escáner corporal)
- o **Prácticas Informales y Relacionales:**
 - Llevando la atención a las actividades cotidianas (observando los sentidos y las interacciones)
 - Prácticas en pequeños grupos de reconocimiento de las emociones en el cuerpo y de su utilidad social
- o **Prácticas de la semana para realizar entre sesiones:**
 - *Body scan* compasivo
 - Prácticas de respiración
 - Funcionamiento en modo ser en el día a día
 - Pausas de autoobservación sin juicio

Sesión 4 ***Mindfulness* y Felicidad**
 Semana 4 (*Cultivando la felicidad*)

- o **Objetivos:**
 - Diferenciar entre felicidad eudamónica y hedonista
 - Conocer las claves de la felicidad (desde la Psicología Moderna)
 - Comprender cómo las prácticas contemplativas inciden en la felicidad
 - Realizar prácticas breves sobre foco y vitalidad
 - Realizar prácticas sobre la gratitud y el perdón
 - Practicar absorber experiencias positivas
 - Identificar una actividad para realizar en la semana que promueva la propia felicidad
- o **Teoría y principales autores de referencia:**
 - Psicología y felicidad (Sonja Lyubomirsky, Martin Seligman y Barbara Fredrikson)
 - Foco (Mihaly Csikszentmihalyi y Daniel Goleman)
 - Absorber experiencias positivas (Rick Hanson)
 - Activando el sistema de seguridad (Paul Gilbert)
 - Prácticas contemplativas y felicidad (Sharon Salzberg)
- o **Prácticas Formales:**
 - Meditación caminando
 - Escáner corporal compasivo
 - Práctica para estar en foco y con vitalidad
 - Práctica del lugar interno seguro
 - Centramiento conectando con el estado de presencia
- o **Prácticas Informales y Relacionales**
 - Práctica de absorber experiencias positivas
 - Comunicación consciente
 - Práctica de la gratitud en parejas

- o **Prácticas de la semana para realizar entre sesiones:**
 - Práctica del escáner corporal compasivo
 - Estar en modo ser con alguna actividad cotidiana
 - Escoger una actividad para fomentar el cultivo de la felicidad en el día a día
 - Practicar la respiración coherente fluida y rítmica y observar las sensaciones corporales en las distintas actividades
 - Practicar el estado de foco o fluir
-

Sesión 5 **Compasión**

Semana 5 *(Afrontando el dolor, cultivando la fortaleza de la autocompasión)*

- o **Objetivos:**
 - Comprender el poder de la compasión para afrontar el dolor
 - Conocer los mecanismos de acción de la compasión y sus cualidades básicas
 - Practicar la autocompasión en la autocrítica
 - Activar el sistema de seguridad interior y contactar con la propia versión compasiva (uso de la voz compasiva)
 - Crear un gesto compasivo
 - Contemplar las experiencias privadas con aceptación
 - o **Teoría y principales autores de referencia:**
 - Qué es la compasión
 - Acerca del cultivo y práctica de la compasión (Christopher Germer, Kristin Neff, Vicente Simón y Paul Gilbert)
 - o **Prácticas Formales:**
 - Práctica de los Fenómenos de la Consciencia
 - Práctica de Metta
 - Centramiento de pie
 - Práctica de visualización del yo compasivo (presencia)
 - o **Prácticas Informales y Relacionales:**
 - Comunicación *mindful*
 - o **Prácticas de la semana para realizar entre sesiones:**
 - Práctica Fenómenos de la Consciencia
 - Práctica de Metta y gesto compasivo
 - Pausa compasiva
 - Estado ser de consciencia en la actividad cotidiana
 - Atención a la respiración, respiración fluida y rítmica
-

Sesión 6 **Comunicación consciente**

Semana 6 *(Comunicándose desde el sistema de seguridad y conexión)*

- o **Objetivos:**
 - Conocer las claves de la Comunicación Consciente
 - Introducirse a la práctica de la Comunicación Consciente (nuestra aplicación de la Comunicación Consciente no Violenta, CNV)
 - Reconocer las estrategias que nos acercan y nos alejan en la comunicación

- o **Teoría y principales autores de referencia:**
 - Comunicación Consciente no Violenta (Marshall Rosenberg y Thomas D'Asenbourg)
 - *Insight Dialogue* (Gregory Kramer)
- o **Prácticas Formales:**
 - Fenómenos de la Consciencia
 - Práctica de centramiento caminando
- o **Prácticas Informales y Relacionales:**
 - Práctica de Comunicación Consciente sobre una situación difícil
 - Estrategias de la Comunicación Consciente
 - Toma de conciencia del cuerpo, emociones, pensamientos e intenciones y sintonizar con pareja
- o **Prácticas de la semana para realizar entre sesiones:**
 - Práctica de los fenómenos de la consciencia
 - Practicar la Comunicación Consciente
 - Estado ser de consciencia en la actividad cotidiana
 - Respiración FR
 - STOP

Sesión 7 **Día de prácticas intensivas**

Semana 6 *(Retiro urbano)*

- o **Objetivos:**
 - Profundizar y consolidar las prácticas realizadas durante el entrenamiento
 - Aumentar el sentimiento de soporte y afiliación grupal
- o **Prácticas:**
 - Centramiento (conectar con las 4 intenciones en relación al cuerpo, sentimiento, mente y propósito)
 - Respiración coherente (5,5 rpm)
 - Respiración fluida y rítmica (propio tiempo)
 - Movimientos conscientes
 - Escáner corporal compasivo
 - Fenómenos de la conciencia
 - Conciencia abierta
 - Comer consciente e interdependencia
 - Meditación caminando y “*crazy walking*”
 - Meditación del yo compasivo con emoción difícil
 - Práctica compasiva de *mindfulness* interpersonal
 - Indagación

Sesión 8 **Valores y Propósito**

Semana 7 *(Desarrollando un estilo de vida mindful)*

- o **Objetivos:**
 - Reconocer los valores que guían nuestra vida
 - Conectar los propios valores con el propósito vital
 - Construir un voto

- Compartir qué pasos se empezarán a dar para mantener la práctica
- Contemplar con foco abierto y aceptación
- o **Teoría y principales autores de referencia:**
 - Valores, definición y función (Steven Hayes)
- o **Prácticas Formales:**
 - Práctica de centramiento en grupo con *grounding*
 - Práctica de Conciencia Abierta
 - Práctica del Anhelado Profundo
- o **Prácticas Informales y Relacionales**
 - Práctica en parejas de comunicación *mindful*
- o **Prácticas de la semana para realizar entre sesiones:**
 - Práctica de conciencia abierta
 - Prácticas de Respiración
 - Escribir carta al futuro en la que se consolidan los propósitos y hábitos entrenados

Sesión 9 Integración, recursos y continuación

Semana 8 *(Manteniendo los nuevos hábitos)*

- o **Objetivos:**
 - Iniciar la elaboración de un plan de vida *mindful*
 - Tomar conciencia de los recursos aprendidos
- o **Teoría y principales autores de referencia:**
 - Impermanencia (Thich Nhat Hanh)
- o **Prácticas Formales**
 - Centramiento con enraizamiento
 - Prácticas de Respiración
 - Práctica de la Montaña
 - Práctica de conciencia abierta
- o **Prácticas Informales y Relacionales:**
 - Comunicación *Mindful* en parejas
 - Compartir cómo mantener y dar continuidad a la práctica
- o **Recursos de continuidad**

Conclusiones

El programa de entrenamiento en *mindfulness* basado en Prácticas Breves Integradas M-PBI se ha mostrado eficaz en los primeros resultados obtenidos, tanto para aumentar capacidades de *mindfulness* que se han asociado a estados de bienestar psicológico como para disminuir sintomatología de ansiedad, depresión y estrés. En ambas variables se han observado cambios significativos en una muestra de 74 personas.

El M-PBI corresponde a un programa psicoeducativo que puede facilitar la práctica de *mindfulness* tanto en población general como en población clínica que se encuentre asistiendo a tratamiento, sin un trastorno psicopatológico grave o en fase aguda.

El programa ha mostrado una alta adherencia con escasos abandonos y efectos no deseados.

Agradecimientos

Agradecemos al *Institut Mensalus de Barcelona*, al Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya y a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport (FPCEE) Blanquerna* de la *Universitat Ramon Llull* su colaboración en la implementación del programa M-PBI.

A *The Compassionate Mind Fundació* y Paul Gilbert por compartir generosamente sus investigaciones y teoría.

Al Equipo de Investigación de Psicología del deporte de la UAB, Lluís Capdevila y Jordi Moreno.

A los investigadores: Ausiàs Cebolla, Albert Feliu, Joaquim Soler, Javier García Campayo, Mayte Miró, Marta Alonso y Vicente Simón por su orientación y ser fuente de inspiración.

Notas

- 1 Según la clasificación de Cebolla (2016) para los programas de mindfulness.
- 2 La muestra del estudio piloto para probar la eficacia del programa M-PBI estuvo conformada por participantes voluntarios del Institut Mensalus de Barcelona y del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya.
- 3 Las prácticas formales corresponden a la dedicación exclusiva de un tiempo en un entorno tranquilo (sin distracciones) al entrenamiento de las habilidades de mindfulness. Las prácticas informales consisten en utilizar las habilidades entrenadas de mindfulness en cualquier tipo de actividad de la vida cotidiana, utilizando el modo ser de funcionamiento en la propia vida.
- 4 Las siglas corresponden a los siguientes programas: MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction, MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy, MSC: Mindfulness Self Compassion, CCT: Compassion Cultivation Training, ABCT: Attachment-Based Compassion Therapy).
- 5 Próximamente se publicará un estudio aleatorizado y controlado en el que se mide la relación entre frecuencia de la variabilidad cardíaca, estrés y respiración coherente.

Referencias bibliográficas

- Alvear, D. (2015). *Mindfulness en positivo. La ciencia de la atención plena y la psicología positiva en el camino del bienestar*. Lleida: Editorial Milenio.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*(2), 176-181. doi:http://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176
- 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. (2014). *Practising Happiness: How Mindfulness Can Free You From Psychological Traps and Help You Build the Life You Want*. Hachette UK.
- 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. doi:http://doi.org/10.1177/1073191105283504
- Bertolín-Guillen, J. M. (2014). Sustratos psiconeurobiológicos de la meditación y la conciencia plena. *Psiquiatría Biológica, 21*(2), 59-64.

- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-83. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11818588>
- Black, D. S. (2010). Hot Topics: A 40-year publishing history of mindfulness. *Mindfulness Research Monthly*, 1(5), 1-4. doi:10.1093/ecam/nej039.
- Cebolla, A. (2014). ¿Por qué y para qué sirve practicar Mindfulness? Mecanismos de acción y eficacia. En A. J. C. Martí, J. García Campayo y M. Demarzo (Eds.). (pp. 65-84). *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cifre, I. y Soler, J. (2014). Mindfulness y neuroimagen. El cerebro de las personas que practican. En A. J. C. Martí, J. García Campayo y M. Demarzo (Eds.). (pp. 85-102). *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Davidson, R. J., & Lutz, A. (2008). Buddha's brain: Neuroplasticity and meditation. *IEEE signal processing magazine*, 25(1), 176.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Annals of Family Medicine*, 11(5), 412-420. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3767709&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V, Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234-246. doi:<http://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- García Campayo, J. y Santed, M.A. (2014) ¿Cómo cambian los profesionales que practican Mindfulness? En A. J. C. Martí, J. García Campayo y M. Demarzo (Eds.) (pp. 151-170). *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Germer, C. K. (2005) Mindfulness and Psychotherapy. In Germer, C. K., Siegel, R. & Fulton, P. (Eds.) *Mindfulness: What is it? What does it matter?* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009) *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Grossman, P. (2010). Mindfulness for psychologists: Paying kind attention to the perceptible. *Mindfulness*, 1, 87-97.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., ... Lazar, S. W. (2009). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 11-17. doi:10.1093/scan/nsp034
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36-43. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3004979&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 421(1), 16-21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17548160>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York; Dell.
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330(6006), 932-932.
- Kilpatrick, L. A., Suyenobu, B. Y., Smith, S. R., Bueller, J. A., Goodman, T., Creswell, J. D., ... Naliboff, B. D. (2011). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction training on intrinsic brain connectivity. *NeuroImage*, 56(1), 290-298. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.02.034
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2nd. Ed.)* Sydney: Psychology Foundation.
- Luders, E., Toga, A. W., Lepore, N., & Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *NeuroImage*, 45(3), 672-678. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3184843&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: A new approach to getting the life you want*. New York: Penguin.
- Maturana, H., Porsken, B. (2004) *Del ser al hacer. Los orígenes de la biología del conocer*. Santiago: J.C. Sáez editor.

- Moñivas, A., García-Diex, G. G., & García-de-Silva, R. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89.
- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la terapia cognitiva centrada en *mindfulness*: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona*, 13, 11-29. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3646877.pdf>
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1471182120>
- Neff, K. (2012). *Sé amable contigo mismo: El arte de la compasión hacia uno mismo*. Ediciones ONIRO.
- Pastor, L. C. D. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la preocupación: eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness*. Tesis doctoral, Granada, Editorial de la Universidad de Granada.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Pots, W. T. M., Meulenbeek, P. A. M., Veehof, M. M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(10), e109789. doi:10.1371/journal.pone.0109789
- Rodríguez-Fernández, J. M., García-Acero, M., & Franco, P. (2012). Neurobiología del estrés agudo y crónico: Su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 21, 1-3.
- Rodas, G., Pedret, C., Ramos, J., & Ortis, L. C. (2008). Variabilidad de la frecuencia cardíaca: concepto, medidas y relación con aspectos clínicos (I). *Archivos de medicina del deporte: revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte*, (123), 41-48.
- Rosenberg, M. (2006) *Comunicación no violenta. Un lenguaje de vida*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores.
- Santarnecchi, E., D'Arista, S., Egiziano, E., Gardi, C., Petrosino, R., Vatti, G., ... Rossi, A. (2014). Interaction between neuroanatomical and psychological changes after mindfulness-based training. *PLoS One*, 9(10), e108359. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4203679&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Siegel, D. J. (2010) *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós Transiciones.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from?. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). Springer New York.
- Salberg, S. (2011) *Real happiness: The power of meditation*, New York, Workman Publishing.
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Simon and Schuster.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información Psicológica*, 100, 162-170.
- Soler, J. (2014) Evaluación del mindfulness. En A. J. C. Martí, J. García Campayo y M. Demarzo (Eds.). (pp. 41-63). *Mindfulness y ciencia: de la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Vallejo Pareja, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 27(2), 92-99.
- Watkins, A. (2013). *Coherence: The Secret Science of Brilliant Leadership*. Kogan Page Publishers.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597-605. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20363650>
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Gordon, N. S., & Goolkasian, P. (2010). Effects of brief and sham mindfulness meditation on mood and cardiovascular variables. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 16(8), 867-873. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20666590>

ESTUDIO PILOTO DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN *MINDFULNESS* BASADO EN PRÁCTICAS BREVES INTEGRADAS (M-PBI)

A PILOT STUDY OF THE MINDFULNESS TRAINING PROGRAM BASED ON BRIEF INTEGRATED PRACTICES (M-BIP)

Marcial Arredondo Rosas

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació.
Universitat Autònoma de Barcelona.
Mindfulness y Psicología Barcelona.

Montserrat Sabaté Pina

TFS Develop, Barcelona.

Luis Botella García del Cid

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

Pilar Hurtado Villar

Institut Mensalus, Barcelona.
Mindfulness y Psicología Barcelona.

Lesly M. Acosta Argueta

Universitat Politècnica de Catalunya/BARCELONATECH.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Arredondo, M., Sabaté, M., Botella L., Acosta, L.M. y Hurtado, P. (2016). Estudio Piloto del Programa de Entrenamiento en Mindfulness Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 151-168.



Resumen

El objetivo de este estudio es valorar los primeros resultados del programa de mindfulness basado en prácticas breves integradas (M-PBI) en cuanto a su efecto sobre la capacidad de mindfulness (mediante el Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ), descentramiento (Experiences Questionnaire-Decentering, EQ-D) y síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS-21). Se incluyeron 74 participantes y la totalidad finalizaron el estudio. La media de edad fue de 38.9 años (DE = 9), el 74.3% fueron mujeres y el 87% estaban laboralmente en activo. Las puntuaciones medias del FFMQ y EQ-D aumentaron significativamente y las del DASS-21 disminuyeron de forma también significativa en la medición post-entrenamiento vs. pre-entrenamiento ($p < .0001$, en todos los casos). Los cambios más altos se dieron en el aumento de la capacidad de descentramiento (cambio medio de 7.6 puntos; IC95%: 5.8 a 9.4), disminución del estrés (-6.6; IC95%: -8.5 a -4.8) y en la mejoría de tres facetas del FFMQ (no juicio, no reactividad y capacidad de observación: 5.8 [IC95%: 4 a 8.1], 4.9 [IC95%: 3.5 a 6.5] y 5.3 [IC95%: 4.4 a 6.3] respectivamente). Estos cambios parecen no depender de la edad, sexo, estar en tratamiento psicológico, profesión o tener práctica de meditación y motivación para la realización del programa. Como conclusión, estos primeros resultados sugieren que el entrenamiento en el programa M-PBI conlleva un aumento de las capacidades de mindfulness y descentramiento y una reducción de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión. No obstante se requieren futuros estudios con un diseño aleatorizado y grupo control para confirmar estos resultados y controlar los posibles factores de confusión, así como minimizar los sesgos.

Palabras clave: *mindfulness, M-PBI, prácticas breves, FFMQ, DASS-21, EQ-D.*

Abstract

The aim of this study is to assess the first results of a new mindfulness program based on integrated brief practices (M-PBI) regarding its effect on the mindfulness ability (assessed by the Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ), decentering (by the Experiences Questionnaire-Decentering, EQ-D), and depression, anxiety, and stress (by the Depression Anxiety and Stress Scale, DASS-21). Seventy-four participants were included and all of them completed the study. The mean (SD) age was 38.9 (9) years, 74.3% were female, and 87% employed workers. The mean FFMQ and EQ-D scores increased significantly and the mean DASS-21 scores decreased significantly in the post-training vs. pre-training measurements ($p < .0001$, in all cases). The highest changes were observed in the decentering ability (mean change of 7.6 points; 95% CI: 5.8 to 9.4), decreasing the stress 6.6; 95% CI: -8.5 to -4.8 points), and in increasing three FFMQ scales (observe, non-judge and non-reactivity: 5.8 [95% CI: 4 to 8.1], 4.9 [95% CI: 3.5 to 6.5] y 5.3 [95% CI: 4.4 to 6.3] respectively). These changes seem to be not associated to age, sex, psychological treatment, profession, previous practice of meditation and motivation to carry out the program. In conclusion, these results show that the M-PBI entails an improvement of the ability of mindfulness and decentering, reduced stress, anxiety and depression. However, future studies with a randomized and control group design are needed in order to confirm these results and to control possible confounding factors and minimize bias.

Keywords: *mindfulness, M-PBI, brief practices, FFMQ, DASS-21, EQ-D.*

Mindfulness puede definirse como «prestar atención de forma intencionada al momento presente sin juzgar» (Kabat-Zinn, 1994). Simón (2007) lo define como una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. La atención plena nos permite darnos cuenta de la actividad mental que se está experimentando, reduciendo la divagación de la mente y manteniendo el foco de la atención durante más tiempo en el momento presente, puesto que habitualmente la mente se encuentra vagando sin orientación, saltando de unas imágenes a otras y de unos pensamientos a otros.

Uno de los programas de *mindfulness* más utilizados hasta la actualidad para la reducción del estrés es el MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*). Este programa fue creado en el año 1979 por el Dr. Jon Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, y desde entonces se ha utilizado como parte del tratamiento en una gran variedad de problemas de salud, principalmente en pacientes con dolor crónico, cáncer o factores de riesgo de enfermedades coronarias— véase una revisión en Pérez y Botella (2006). Se trata de una intervención psicoeducativa que tiene como finalidad reducir el malestar psicológico y que enfatiza la capacidad de parar y ver antes de actuar, para aprender a desplegar comportamientos más eficaces y adaptados a los acontecimientos. El programa se desarrolla en ocho sesiones semanales de dos horas y media y un día de prácticas intensivas de ocho horas, realizándose prácticas diarias de meditación de 45 minutos a lo largo de todo el programa (Instituto esMindfulness; Bishop, 2002).

Los programas de entrenamiento en *mindfulness*, como el MBSR, requieren prácticas de meditación de larga duración, lo que dificulta el cumplimiento de muchos de los participantes (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). No obstante, cada vez son más los estudios que tratan de demostrar los beneficios de las prácticas breves de *mindfulness*, para así hacer llegar la práctica de la meditación a un público mucho más amplio. En este sentido, Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska y Rakel (2013) desarrollaron una versión abreviada del programa MBSR adaptada a médicos de atención primaria. Este programa incluía prácticas de meditación diarias de 10-20 minutos. Tras la implementación de esta intervención abreviada se observó una mejoría de la satisfacción en el trabajo, la calidad de vida y de la compasión. Zeidan, Johnson, Diamond, David y Goolkasian (2010) demostraron que la implementación de un programa de *mindfulness* basado en prácticas de mediación breves (20 minutos) durante tres días consecutivos conseguía reducir la tasa subjetiva de dolor percibido, la sensibilidad al dolor y el estado de ansiedad.

El programa de *mindfulness* que se presenta en este estudio es el M-PBI (*Mindfulness* basado en Prácticas Breves Integradas). Este programa recoge e integra los aspectos transversales de los programas y postulados de *mindfulness* que cuentan con evidencia científica. El programa incorpora prácticas breves para facilitar su práctica diaria. Así, el principal aspecto que lo diferencia de otros

programas de *mindfulness*, como el MBSR, es la duración de las prácticas diarias formales, que en vez de ser de 45 minutos son de 15-20 minutos. Por otra parte se pone un gran énfasis en las prácticas informales, especialmente en la conciencia de la respiración y la observación de las sensaciones corporales, a la vez que se profundiza en temas de regulación emocional, relacional, comunicación consciente y se promueve el cultivo de un bienestar eudamónico.

El programa M-PBI incluye nueve módulos, ocho de dos horas cada uno (en el manual se ha añadido media hora más por sesión para las próximas implementaciones) y un retiro (prácticas intensivas) de cuatro horas dedicado exclusivamente a la realización de prácticas de *mindfulness*—véase Arredondo, Hurtado, Sabaté, Uriarte y Botella (2016).

El objetivo de este estudio es estimar los primeros resultados obtenidos tras la implementación del programa M-PBI, con la finalidad de valorar el aumento en la capacidad de *mindfulness* (mediante el cuestionario FFMQ) y de descentramiento (mediante el cuestionario EQ-D), y la disminución de síntomas de depresión, ansiedad y estrés (medida mediante la escala DASS-21).

Método

Participantes

Un total de 74 participantes (cinco grupos de M-PBI) procedentes del Institut Mensalus y del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya participaron en el programa M-PBI para su evaluación. Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito para participar en el estudio.

El programa de entrenamiento en *mindfulness* M-PBI consiste en un proceso de aprendizaje experiencial progresivo que al inicio promueve la práctica de la focalización de la atención en un objeto particular (como puede ser la respiración o las sensaciones corporales), con la finalidad de aumentar la capacidad de la mente de estar en el momento presente sin reactividad. El proceso finaliza con prácticas de monitoreo abierto con una atención receptiva tanto a la actividad interior, como a la actividad exterior, lo que promueve la práctica de *mindfulness* en cualquier tipo de actividad.

El programa está diseñado como un entrenamiento progresivo de ocho semanas que consta de ocho sesiones (distribuidas en diferentes módulos) de dos horas cada una, y un retiro de cuatro horas, dedicado exclusivamente a la realización de prácticas de *mindfulness*.

En los diversos módulos se van desarrollando aspectos esenciales de focalización de la atención, funcionamiento en modo ser, inteligencia emocional y relacional, al tiempo que se van sentando las bases de una conciencia plena y comunicación consciente—véase Arredondo et al., (2016).

Material y Procedimiento

Cuestionario FFMQ. El *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) es un instrumento de auto-evaluación creado por Baer et al. (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) que ha sido validado al español por Cebolla et al. (Cebolla et al., 2012). El cuestionario mide la tendencia general a proceder con conciencia plena en el día a día. Consta de 39 ítems que evalúan cinco facetas o factores del *mindfulness*: observación (ítems 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31 y 36), descripción (ítems 2, 7, 12, 16, 22, 27, 32, 37), actuar con conciencia (ítems 5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38), ausencia de juicio (ítems 3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39) y ausencia de reactividad (ítems 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33).

Las respuestas se evalúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos que evalúa la frecuencia de presentación de conductas asociadas a cada una de las facetas (de 1 = ‘nunca o muy raras veces’ a 5 = ‘muy frecuentemente o siempre’). La puntuación de la escala general se obtiene sumando el valor de todos los ítems, teniendo en cuenta que los ítems 3, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 25, 28, 30, 34, 35, 38 y 39 se puntúan de forma inversa.

Escala DASS-21. La escala DASS-21 (*Depression Anxiety and Stress Scale*) es una versión reducida de la escala DASS-42 (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998). Está compuesta por 21 ítems que evalúan los estados emocionales negativos de la depresión, la ansiedad y el estrés durante la última semana. Consta de 21 ítems y cada subescala tiene siete ítems. La subescala de depresión: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, la de ansiedad: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 y la de estrés: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18. Los ítems puntúan en una escala Likert de 4 categorías (desde 0 «no se aplica en nada a mí» hasta 3 «se aplica mucho a mí, o la mayor parte del tiempo»).

Para obtener la puntuación de cada subescala se suman los puntos de los ítems que las componen y por último, para obtener la puntuación total de la escala se suman los puntos de cada subescala.

Según la puntuación de cada una de las sub-escalas se establece el grado de severidad, así a mayor puntuación, mayor severidad.

Cuestionario EQ-D. El *Experiences Questionnaire-Decentering* (EQ-D) es una subescala de autoevaluación derivada del *Experiences Questionnaire* (escala de autoevaluación que originalmente media el descentramiento y la rumiación). La EQ-D fue validada por Fresco et al. (2007), y diseñada para medir la capacidad de descentramiento. La escala fue validada al español por García-Campayo et al. (2014). El descentramiento se define como la capacidad de observar los sentimientos y pensamientos como eventos temporales, es decir, es un proceso a través del cual un individuo puede distanciarse de su experiencia inmediata y observarla como un fenómeno temporal de la mente.

La subescala EQ-D está constituida por 11 ítems que evalúan tres aspectos del descentramiento: la capacidad de no verse a uno como sinónimo de sus pensamientos, la habilidad de no reaccionar a las experiencias negativas propias y la capacidad para la autocompasión. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert de cinco

puntos, por lo que la puntuación total puede variar de 11 a 55, indicando a mayor puntuación un mayor descentramiento.

Para el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, las puntuaciones de los distintos ítems y de las diferencias pre-post, se ha usado la media, la desviación estándar, mediana y/o rango (mínimo y máximo) para las variables numéricas y las frecuencias absolutas y relativas (%) para las variables categóricas.

La representación gráfica de los diferencias pre-post (variable *Cambio*), se ha realizado mediante diagramas de caja (Boxplots), que representan el mínimo, el máximo y los tres cuartiles de la distribución empírica de una variable numérica.

El estudio de los cambios en las puntuaciones después del programa de *Mindfulness* se ha llevado a cabo ajustando modelos de regresión lineal incluyendo la variable *Grupos de M-PBI* como efecto aleatorio.

Todo el análisis estadístico se ha realizado con el paquete de software estadístico R (*The R Foundation for Statistical Computing*), versión 3.2.1. El nivel de significación estadística usada ha sido 0,05.

Resultados

Del total de 74 participantes la totalidad de ellos finalizaron el estudio. La media de edad fue de 38.9 años (DE=9), principalmente eran de sexo femenino (74.3%), y estaban en activo (87%). La mayoría presentaban estudios universitarios incluyendo doctorado (94%), y en la mitad de los casos la profesión estaba relacionada con el área de la salud. Una cuarta parte de los participantes estaban en tratamiento psicológico y la mayoría (78.6%) no habían practicado previamente la meditación. Los motivos principales para la participación en el programa de *mindfulness* fueron la disminución de los síntomas, la regulación emocional y el aumento de concentración (43.8%), el uso personal y/o profesional (32.8%). Las características sociodemográficas y motivos de la participación en el programa se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la población de estudio

Variables sociodemográficas	n	(%) ¹
Edad (años) media (DE)	38,9	(9)
Sexo (mujeres), n (%)	55	(74.3)
Situación laboral, n (%)		
En activo	60	(87)
De baja	2	(2.9)
Estudiante	7	(10.1)
Nivel de estudios, n (%)		
Doctorado	8	(11.9)
Universitarios	55	(82.1)
Secundarios	4	(6)

Profesión:		
Área de la salud*	37	(53.6)
Profesiones técnicas	5	(7.2)
Estudiantes	4	(5.8)
Otras profesiones	23	(33.3)
Tratamiento psicológico durante el estudio, n (%)	17	(25)
Práctica de meditación, n (%)	15	(21.4)
Tiempo de meditación, n (%)		
< 1 año	2	(13.3)
1-3 años	5	(33.3)
3-5 años	3	(20)
> 5 años	5	(33.3)
Motivación, n (%)		
1- Uso profesional/personal	21	(32.8)
2- Autoconocimiento/desarrollo personal/estar en el presente	15	(23.4)
3- Disminución síntomas/regulación emocional/ aumentar concentración	28	(43.8)

Nota. *Los porcentajes se han calculado en el total de los datos válidos para cada variable.

Datos perdidos (n): situación laboral (5), nivel de estudios (7), profesión (5), tratamiento psicológico durante el estudio (6), práctica de meditación (4), motivación (10).

*Área de la salud: psicólogos (30); osteópata (1); médico (1); matrona (1); fisioterapeuta (2); farmacéutico(1); enfermero (1).

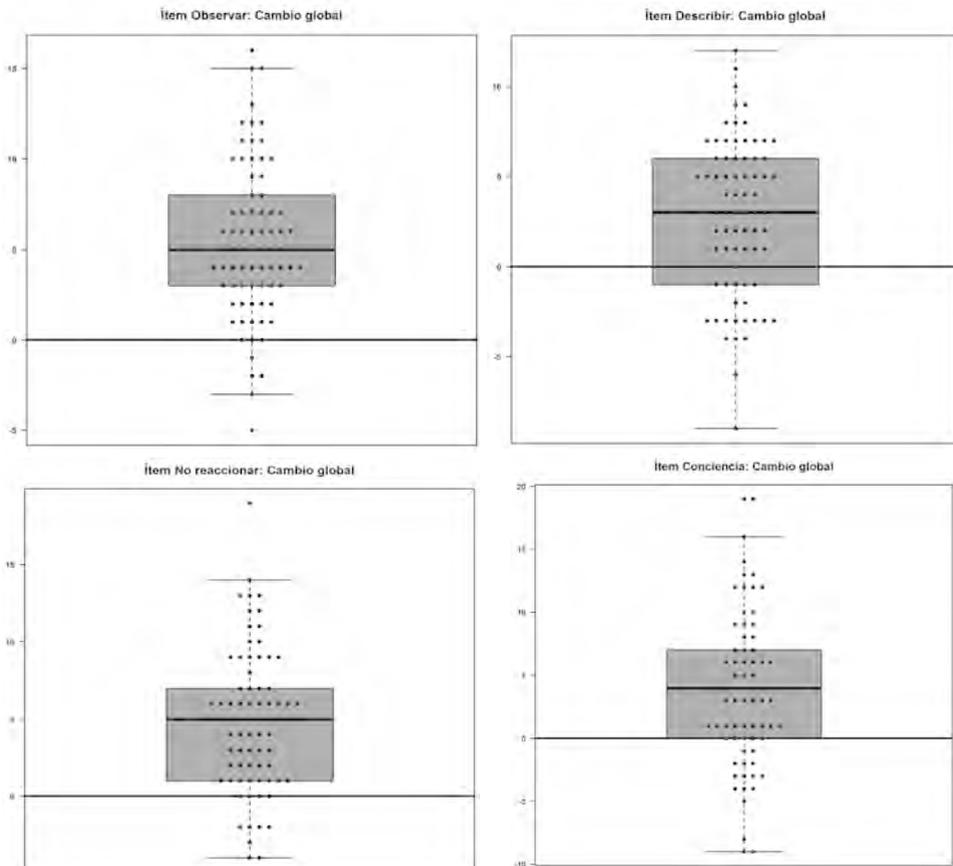
La puntuación media de los cuestionarios y escalas FFMQ y ED-Q aumentó de forma significativa y la puntuación media del cuestionario DASS-21 disminuyó también significativamente en la medición post-entrenamiento vs. pre-entrenamiento ($p < .0001$, en todos los casos). Los cambios más grandes se produjeron en el aumento de la capacidad de descentramiento (cambio medio de 7.6 puntos; IC95%: 5.8 a 9.4), disminución del estrés (cambio medio de -6.6 puntos; IC95%: -8.5 a -4.8), aumento del no juicio, de no reactividad y de la capacidad de observación con cambios medios de 5.8 (IC95%: 4 a 8.1), 4.9 (IC95%: 3.5 a 6.5) y 5.3 (IC95%: 4.4 a 6.3) puntos, respectivamente. Por otro lado, los cambios medios fueron menores en la disminución en la ansiedad (-2.9 puntos; IC95%: -4.8 a -1.3) y en la capacidad de describir (2.8 puntos; IC95%: 1.8 a 3.8). En la Tabla 2 se muestran las puntuaciones medias de las distintas mediciones realizadas, el cambio observado, así como también los IC95% para los cambios medios. En las Figuras 1, 2 y 3 se representan los valores pre y post-entrenamiento de FFMQ, DASS-21 y EQ-D, respectivamente.

Tabla 2

Puntuaciones medias de los distintos cuestionarios pre- y post-entrenamiento

Variables de medida	Pre-ent., media (DE)	Post-ent., media (DE)	Cambio, media (IC95%) (rango)	mediana	p-valor
FFMQ					
Observar	23.5 (6.1)	28.8 (4.9)	5.3 (4.4 a 6.3)	5 (-5, 16)	<.0001
Describir	27.2 (5.8)	30 (5.4)	2.8 (1.8 a 3.8)	3 (-9, 12)	<.0001
Actuar con conciencia	23.2 (6.8)	26.9 (5)	3.7 (2.4 a 5.1)	4 (-9, 19)	<.0001
No hacer juicios	26.5 (7.7)	32.3 (5.6)	5.8 (4 a 8.1)	5 (-7, 19)	<.0001
No reactividad	19.2 (4.1)	24.1 (4.1)	4.9 (3.5 a 6.5)	5 (-4, 19)	<.0001
DASS-21					
Depresión	10.5 (8.5)	4.9 (5.3)	-5.6 (-8 a -3.5)	-4 (-28, 6)	<.0001
Ansiedad	7.9 (6.9)	5 (5.6)	-2.9 (-4.8 a -1.3)	-2 (-22,14)	<.0001
Estrés	17.5 (8.2)	10.9 (6.1)	-6.6 (-8.5 a -4.8)	-6 (-24,6)	<.0001
EQ-D	33.1 (6.3)	40.7 (5.3)	7.6 (5.8 a 9.4)	7 (-2, 20)	<.0001

Nota. DASS-21, escala de depresión, ansiedad y estrés; DE, desviación estándar; EQ-D, cuestionario de descentramiento; FFMQ, *Five Facet Mindfulness Questionnaire*.



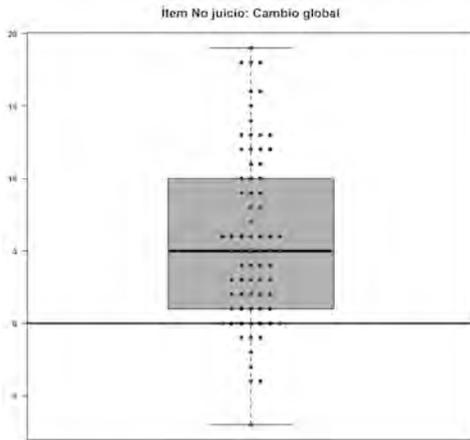


Figura 1.
Puntuaciones de las cinco facetas de FFMQ (observar, describir, no-juicio, no-reaccionar, conciencia)

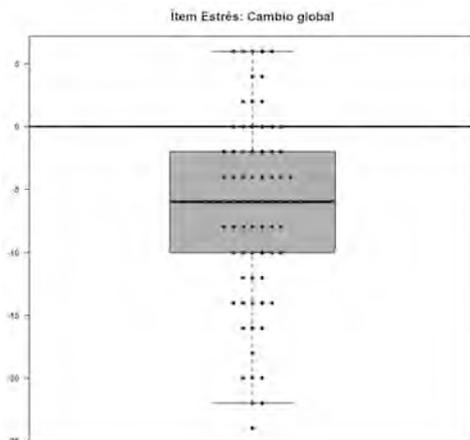
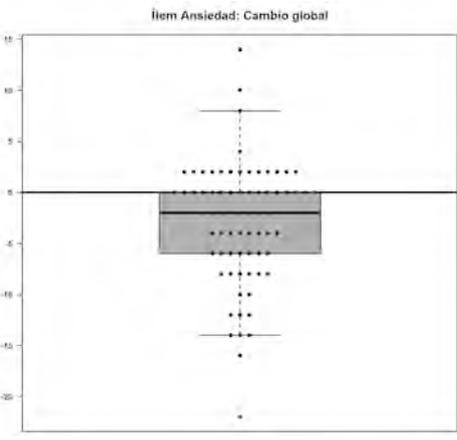
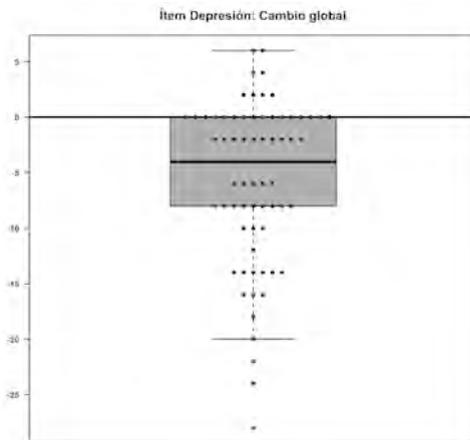


Figura 2.
Puntuaciones DASS-21 (depresión, ansiedad y estrés)

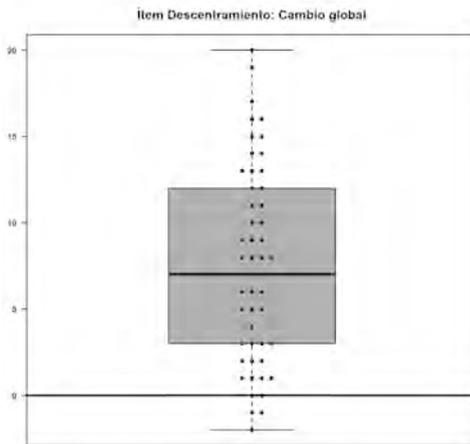


Figura 3.
Puntuaciones EQ-D

Se clasificaron los participantes según la profesión (psicólogos vs. no), hábito de meditación (sí vs. no), sexo, tratamiento psicológico (sí vs. no), y los motivos de realización del programa. Los resultados según esta clasificación mostraron que en general los participantes que eran los psicólogos, los que tenían práctica previa de meditación y los que no estaban en tratamiento psicológico presentan basalmente unas puntuaciones más altas en el FFMQ y en EQ-D y más bajas en el DASS. En relación con el sexo, se observó que los hombres tenían basalmente una puntuación más alta en el FFMQ, más baja en el EQ-D, y en el DASS-21 presentaban una puntuación más alta en la depresión y más baja en la ansiedad y estrés comparado con las mujeres. Finalmente, los participantes cuya motivación para realizar el programa fue la disminución de síntomas, regulación emocional y aumentar la concentración fueron los que presentaron puntuaciones más bajas de FFQM y EQ-D y más altas de DASS-21.

Los valores medios de las diferentes mediciones pre y post-entrenamiento según profesión, práctica de meditación, sexo, tratamiento psicológico y motivación se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3
Puntuaciones medias de los distintos cuestionarios pre- y post-entrenamiento según profesión, práctica de meditación, sexo, tratamiento psicológico y motivación

Media (DE)		FFMQ					DASS-21			EQ-D
		Observar	Describir	No juicio	No react.	Conciencia	Depresión	Ansiedad	Estrés	Descentramiento
Profesión:										
Psicólogos	Pre	23.7 (6.1)	28.6 (4.8)	30.3 (6.5)	20.4 (4)	24.9 (5.2)	8.5 (7.9)	5.8 (5.9)	15 (7)	34.7 (5.3)
	Post	29 (5.3)	31.6 (5.2)	33.9 (4.9)	24.9 (3.7)	27.8 (4.7)	3.3 (3.4)	3.2 (4.2)	8.7 (4.7)	41.7 (5.2)
No psicólogos	Pre	23.3 (6.2)	25.9 (6.5)	24.5 (7.4)	18.4 (4.1)	22.6 (7.2)	12.2 (9)	8.9 (7.2)	19.1 (8.7)	32.4 (6.9)
	Post	28.7 (4.6)	29 (5)	31.4 (6.4)	23.6 (4.5)	26.4 (5)	6.4 (6.3)	6.5 (6.4)	12.4 (6.8)	40 (5.3)
Práct. meditación:										
No meditadores	Pre	22.5 (6.1)	26.1 (6)	25.5 (7.6)	18.5 (4)	22.2 (6.6)	11.5 (8.7)	8 (6.8)	17.8 (8.3)	32.1 (5.9)
	Post	28.2 (4.9)	28.9 (5.2)	31.9 (5.8)	23.6 (4)	26.4 (4.8)	5.4 (5.8)	5.3 (5.9)	11 (6.2)	40 (5.1)
Meditadores	Pre	27 (4.3)	30.3 (4.2)	31.7 (5.5)	21.7 (4)	27.8 (4.6)	7.6 (8.1)	6.4 (7)	16.4 (9)	37.8 (6)
	Post	30.7 (4.3)	33.5 (4.5)	34.3 (4.9)	26.1 (4.2)	29.1 (4.7)	3.5 (3.3)	4 (5.1)	9.9 (5.9)	43.1 (5.4)
Sexo:										
Mujeres	Pre	24.7 (5.3)	28.6 (5.1)	26.3 (7.6)	19.8 (3.7)	23.5 (5.7)	9.4 (8.2)	8.3 (7.1)	18 (8.1)	33.6 (6)
	Post	29.7 (4.3)	30.9 (4.7)	31.9 (5.6)	24.2 (3.9)	26.7 (4.7)	4.7 (5.3)	5.2 (5.7)	11.1 (5.7)	41.1 (5.2)
Hombres	Pre	19.8 (6.8)	23.3 (6.1)	26.9 (8.1)	17.6 (4.7)	22.4 (9.4)	13.9 (8.9)	6.7 (6.4)	16.1 (8.6)	31.9 (7.3)
	Post	26.1 (5.7)	27.5 (6.4)	33.5 (5.5)	23.8 (4.7)	27.7 (5.9)	5.8 (5.2)	4.4 (5.4)	10.2 (7.9)	39.5 (5.5)
Tto. psicológico:										
No	Pre	24 (5.5)	27.3 (5.6)	28.4 (6.7)	19.4 (4)	23.3 (6)	9.2 (8)	6.6 (6.1)	16.9 (8.5)	34.5 (5.7)
	Post	29.3 (4.9)	30 (5.4)	33.2 (5.1)	24 (4.3)	27.4 (4.4)	4 (4.5)	4.2 (4.9)	10.3 (6.1)	41.6 (5)
Sí	Pre	21.5 (7.6)	25.9 (6.7)	22.2 (8)	18.3 (4.4)	23.5 (8.4)	15.8 (9.3)	10.9 (8.4)	20 (8.1)	30.3 (6.9)
	Post	26.8 (4.6)	29.5 (5.4)	30.3 (6.7)	24.1 (3.9)	25.7 (6.3)	8.7 (6.4)	7.5 (7.4)	12.2 (6.3)	38.4 (5.3)

Motivación¹:

1	Pre	23.4 (5.3)	28.3 (5.1)	30 (5.9)	20.8 (4.9)	25.8 (5.7)	6.8 (5.3)	4.1 (3.8)	13.3 (4.7)	35.7 (5.1)
	Post	28.1 (5.2)	30 (5.3)	32.8 (4.5)	24 (3.3)	27.1 (4.5)	3.1 (2.9)	3.3 (3.7)	9.4 (4.3)	41.1 (4.2)
2	Pre	27.5 (4.5)	28.1 (6.5)	28.9 (7.7)	21.7 (2.3)	23.5 (6.1)	11.7 (9.8)	7.2 (5.9)	16.9 (8.1)	36.2 (7.3)
	Post	31.1 (3.9)	31.2 (5.6)	33.6 (6.1)	25.5 (4.8)	28 (4.9)	6.1 (7.6)	4 (4.4)	11.2 (7.6)	44 (6.2)
3	Pre	21.1 (6.4)	25 (5.9)	22.8 (7.8)	16.9 (3.7)	21.1 (7.3)	14.1 (9)	11.3 (7.8)	21 (9.3)	30.1 (5.5)
	Post	27.4 (4.8)	28.8 (5.5)	31.2 (6.5)	22.9 (4.3)	25.6 (5.3)	6.4 (5.4)	7.3 (7.3)	11.7 (6.9)	38.8 (5.3)

Nota. DASS-21, escala de depresión, ansiedad y estrés; DE, desviación estándar; EQ-D, cuestionario de descentramiento; FFMQ, *Five Facet Mindfulness Questionnaire*.

¹ Categorías: 1. (uso profesional/personal), 2. (autoconocimiento/desarrollo personal/ estar en el presente) y 3. (disminución síntomas/regulación emocional/ aumentar concentración).

Los datos descriptivos del cambio de las diferentes mediciones realizadas (pre y post-entrenamiento) en función de la clasificación previamente mencionada se muestran en las Tablas 4 y 5. De forma general, se observa que los participantes que no eran psicólogos versus los psicólogos presentaban un mayor cambio principalmente en el aumento del no juicio (cambio de 6 vs. 2.5 puntos). Asimismo, los que estaban en tratamiento psicológico comparado con los que no lo estaban mostraban un mayor cambio en el aumento del no juicio (cambio de 6 vs. 2 puntos) y una mayor disminución del estrés (cambio de -10 vs. -6 puntos). En el caso de los participantes que no tenían práctica de meditación previa al inicio del programa se percibió un mayor cambio en el aumento del no juicio (cambio de 6 vs. 2 puntos) y de la conciencia (cambio de 4 vs. 1 puntos), así como una mayor reducción de la ansiedad (cambio de -4 vs. -1 puntos). La comparación por sexos mostró como más relevante que los hombres presentaban una mayor disminución de la depresión (cambio de -7 vs. -4 puntos), seguido por un mayor aumento de la capacidad de descripción (cambio de 5 vs. 2 puntos), mientras que las mujeres tenían un mayor cambio en el aumento del descentramiento (cambio de 8 vs. 6.5 puntos). Finalmente, la comparación de la motivación para la realización del programa de *mindfulness* evidenció que los participantes cuyo motivo era la disminución de síntomas, regulación emocional y aumentar la concentración eran los presentaban un mayor cambio en el aumento de no juicio (cambio de 10 vs. 2 y 3 puntos en los otros dos grupos de motivación), en la reducción del estrés (cambio de -10 vs. -2 y -4 puntos) y en la disminución de la depresión (cambio de -6 vs. -2 y -4 puntos).

Tabla 4

Cambio del FFMQ post-entrenamiento vs. pre-entrenamiento según profesión, práctica de meditación, sexo, tratamiento psicológico y motivación
Mediana del cambio (rango) FFMQ

Mediana del cambio (rango) FFMQ	Observar	Describir	No juicio	No react.	Conciencia
Profesión:					
Psicólogos	4 (-2, 15)	3 (-9, 10)	2,5 (-4, 19)	5 (-4, 12)	3 (-5, 13)
No psicólogos	5 (-5, 15)	4 (-6, 12)	6 (-7, 18)	5 (-4, 19)	4 (-9, 19)
Práctica meditación					
Meditadores	4 (-2, 9)	4 (-3, 10)	2 (-3, 8)	5 (-4, 12)	1 (-9, 8)
No meditadores	5 (-5, 15)	3 (-9, 12)	6 (-7, 19)	5 (-4, 19)	4 (-9, 19)
Sexo:					
Hombres	5 (-5, 15)	5 (-6, 9)	6 (1, 18)	6 (-4, 19)	4 (-8, 19)
Mujeres	4 (-3, 16)	2 (-9, 12)	5 (-7, 19)	4 (-4, 14)	3 (-9, 19)
Tratamiento psicológico:					
Sí	4 (-2, 15)	4 (-6, 12)	10 (0, 18)	5 (0, 13)	1 (-8, 14)
No	5 (-5, 15)	3 (-9, 11)	4 (-7, 19)	5 (-4, 19)	4 (-9, 19)
Motivación*:					
1	4 (0, 12)	2 (-9, 9)	2 (-4, 15)	4 (-4, 12)	1 (-9, 13)
2	4 (-3, 10)	5 (-4, 10)	3 (-1, 19)	5 (-2, 10)	4 (-3, 14)
3	5,5 (-5, 15)	4,5 (-6, 12)	10 (-7, 18)	6 (-4, 19)	5,5 (-8, 19)

Nota. FFMQ, *Five Facet Mindfulness Questionnaire*.

*Motivación: 1 (uso profesional/personal), 2 (autoconocimiento/desarrollo personal/estar en el presente) y 3 (disminución síntomas/regulación emocional/ aumentar concentración).

Tabla 5

Cambio de DASS-21 y EQ-D post-entrenamiento vs. pre-entrenamiento según profesión, práctica de meditación, sexo, tratamiento psicológico y motivación

Mediana del cambio (rango)	DASS-21			EQ-D
	Depresión	Ansiedad	Estrés	Descentramiento
Profesión:				
Psicólogos	-3 (-24, 2)	-1 (-22, 10)	-6 (-20, 6)	7 (-2, 19)
No psicólogos	-4 (-28, 6)	-2 (-14, 14)	-6 (-24, 6)	7 (-1, 20)
Práctica de meditación:				
Meditadores	-4 (-28, 6)	-1 (-22, 14)	-6 (-24, 6)	5,5 (0, 12)
No meditadores	-2 (-14, 2)	-4 (-14, 10)	-6 (-22, 6)	7 (-2, 20)
Sexo:				
Hombres	-7 (-28, 6)	-1 (-16, 10)	-7 (-22, 6)	6,5 (-2, 20)
Mujeres	-4 (-20, 6)	-2 (-22, 14)	-6 (-24, 6)	8 (-1, 17)
Tratamiento psicológico:				
Sí	-4 (-28, 6)	-2 (-22, 14)	-10 (-22, 6)	6,5 (-2, 19)
No	-3 (-24, 6)	-1 (-16, 10)	-6 (-24, 6)	8 (-2, 19)
Motivación*:				
1	-2 (-16, 2)	0 (-8, 10)	-2 (-16, 6)	6 (-2, 14)
2	-4 (-22, 4)	-2 (-12, 2)	-4 (-20, 6)	7 (0, 16)
3	-6 (-28, 6)	-2 (-22, 14)	-10 (-24, 6)	7 (-1, 20)

Nota. DASS-21, escala de depresión, ansiedad y estrés; EQ-D, cuestionario de descentramiento.

*Motivación: 1 (uso profesional/personal), 2 (autoconocimiento/desarrollo personal/estar en el presente) y 3 (disminución síntomas/regulación emocional/ aumentar concentración).

Los resultados de los modelos lineales mixtos para los cambios en cada una de las mediciones realizadas (FFMQ, DASS-21 y EQ-D) indican que no hay asociación estadísticamente significativa entre los cambios observados y las variables edad, sexo, el estar en tratamiento psicológico, profesión, tener práctica de meditación y la motivación para realizar el programa de entrenamiento en *mindfulness*.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el entrenamiento en un programa de *mindfulness* utilizando prácticas formales breves permite aumentar la capacidad de observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar y disminuir la reactividad, así como reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, y aumentar la capacidad de descentramiento. Los cambios observados son similares a los descritos en otros estudios en los que se han implementado programas de *mindfulness* breves, aunque en algunos casos los valores no son comparables ya que utilizan otros instrumentos de medida (Bergen-Cico, Possemato, & Cheon, 2013; Chen, Yang, Wang, & Zhang, 2013; Gluck & Maercker, 2011; Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson, 2006; Phang, Mukhtar, Ibrahim, Keng, & Mohd. Sidik, 2015; Tang et al., 2007; Zeidan et al., 2010).

La comparación de los valores basales del FFMQ con los publicados en la población española muestra valores medios similares (Cebolla et al., 2012), así como también son comparables con los valores basales de una población de profesionales de atención primaria en España que realizó el programa MBSR. En relación con este último estudio se observaron valores de cambio del FFMQ parecidos a los que se presentan en este estudio, aunque en nuestro estudio las prácticas de meditación eran breves.

Cabe resaltar que en algunos casos los cambios observados en nuestro estudio fueron ligeramente más altos (cambio medio de descentramiento 2.8 vs. 1.9, actuar con conciencia 3.7 vs. 3, ausencia de juicio 5.8 vs. 4.1, ausencia de reactividad 4.9 vs. 3.2), mientras que el cambio en la capacidad de observar fue menor (5.3 vs. 6.3). No obstante, hay que tener en cuenta las diferencias en las características de las poblaciones, tratándose en nuestro caso de una población más heterogénea en relación con el área profesional con un 55% de los participantes relacionados con el área de la salud y una media de edad de 39 años, mientras que el estudio con el que se compara son todos profesionales de atención primaria con una edad media de 47 años (Martín, Rodríguez, Pujol-Ribera, Berenguera, & Moix, 2013).

Los mayores cambios que se han observado en este estudio han sido en el aumento del descentramiento, disminución del estrés, ausencia de juicio y de reactividad, y aumento de la capacidad de observación. A pesar de que la ansiedad es el aspecto que presenta un menor cambio, este es significativo comparado con los valores previos al inicio del programa. En relación con este punto, algunos estudios han mostrado que programas de *mindfulness* breves producen cambios en el estado psicológico de los participantes pero no en la reducción de la ansiedad. Bergen-Cico et al. (2013) presentan los resultados de los beneficios potenciales en el estado psicológico de un programa de *mindfulness* breve que corresponde a una modificación del programa MBSR. Este programa tiene una duración de cinco semanas, con sesiones semanales de 2.5h. Los resultados muestran que los participantes experimentan cambios significativos en aspectos de *mindfulness* y de auto-compasión. Sin embargo, no se observan cambios en la ansiedad, sugiriendo que esta es más resistente al cambio y la necesidad de programas de *mindfulness* con un periodo de tiempo más prolongado para poder reducirla.

En nuestro estudio, el programa de *mindfulness* consta de prácticas breves pero mantiene las ocho semanas de duración del programa MBSR. Los resultados obtenidos indican que la reducción del tiempo de las prácticas, manteniendo las ocho semanas de duración del programa, permite obtener cambios significativos tanto en los aspectos de *mindfulness*, como de descentramiento, así como en la reducción de la sintomatología, incluyendo la ansiedad. Asimismo, cabe resaltar que los participantes sin práctica previa de meditación presentaban un cambio ligeramente más importante en la reducción de la ansiedad comparado con los que ya meditaban anteriormente, aunque estos últimos alcanzaron una puntuación post-entrenamiento más baja. No obstante, los cambios observados en las diferentes

mediciones fueron independientes de la edad, el sexo, el estar en tratamiento psicológico, profesión, tener práctica de meditación y de la motivación.

Por otro lado, es fundamental destacar la importancia de las prácticas breves en el cumplimiento de los participantes del programa. Algunos estudios han mostrado una tasa importante de abandonos en el grupo que realizaba el programa de *mindfulness* sugiriendo como causa principal la falta de tiempo por parte de los participantes (Shapiro et al., 2005). En relación con lo expuesto anteriormente, los resultados de un estudio piloto no controlado en el que se implementó una versión abreviada del programa MBSR de 8 semanas con prácticas de meditación de 10-20 minutos diarios mostró cambios significativos en la reducción de la depresión, ansiedad y estrés, así como también una mejoría en la satisfacción laboral (Fortney et al. 2013). Se observó que al final del programa únicamente un participante había abandonado el estudio. Abordar esta restricción es particularmente importante dado las limitaciones de tiempo que actualmente tiene la mayoría de la población. De aquí la importancia de valorar los resultados de programas de *mindfulness* con prácticas breves que permitan mantener el cumplimiento de los participantes. En nuestro estudio la totalidad de los participantes finalizó el estudio.

Este estudio presenta algunas limitaciones, como son:

(1) Los participantes en el estudio fueron personas que de forma voluntaria quisieron participar y por tanto tenían un grado de motivación que podría ser más alto que el de otras poblaciones de estudio, lo que puede limitar su validez externa.

(2) A pesar de que la mejoría de las distintas mediciones fueron independientes del sexo, la edad, el tratamiento psicológico, la profesión, la práctica previa de meditación y la motivación, no podemos excluir que otras variables puedan haber influido en la mejoría de estas mediciones, por lo que se requiere de un estudio que incluya un grupo de control que permita valorar el efecto de acontecimientos externos que puedan haber influenciado en algunas de estas mediciones.

(3) Aunque se trata de una población heterogénea en relación a la profesión, la mayoría está relacionada con el ámbito de la salud por lo que se debe ser cauteloso en la generalización de estos datos. Se requiere de una distribución más representativa de los distintos ámbitos laborales para poder hacerlo extensivo a una población general.

(4) Finalmente, otra limitación es la falta de un seguimiento después de la finalización del entrenamiento para evaluar el mantenimiento o no de los cambios alcanzados.

A modo de resumen, estos primeros resultados obtenidos del programa M-PBI permiten mostrar que un programa de *mindfulness* que utiliza prácticas formales breves, mejora la capacidad *mindfulness* y de descentramiento, a la vez que disminuye la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. No obstante, se requiere de futuros estudios que presenten un diseño aleatorizado, con grupo control para confirmar estos resultados y poder controlar los posibles factores confusores y minimizar los sesgos. En este sentido, ya se ha realizado un ensayo

clínico, aleatorizado y controlado en el ámbito de una empresa privada con el objetivo de valorar la eficacia de este programa en la reducción del estrés laboral, la capacidad *mindfulness*, el descentramiento y la disminución del *burnout* tras ocho semanas de la participación en el programa, y con un seguimiento a los tres meses. Los resultados de este estudio serán publicados en breve.

Agradecimientos:

Agradecemos especialmente a los participantes del programa por su extraordinaria contribución. Al Institut Mensalus de Barcelona, al Col•legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya y a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport (FPCEE) Blanquerna de la Universitat Ramon Llull su colaboración en la implementación del programa M-PBI. A *The Compassionate Mind Foundation* y Paul Gilbert por compartir generosamente sus investigaciones y teoría. Al Equipo de Investigación de Psicología del deporte de la Universitat Autònoma de Barcelona, Lluís Capdevila y Jordi Moreno. A Ausiàs Cebolla, Javier García Campayo, Joaquim Soler Albert Feliu, Marta Alonso, Mayte Miró y Vicente Simón por su orientación y ser fuente de inspiración.

Referencias bibliográficas

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*(2), 176-181. doi:<http://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Arredondo, M., Hurtado, P., Sabaté, M., Uriarte, C. y Botella, L. (2016). Programa de Entrenamiento en Mindfulness Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia, (27)*103, 133-150. <http://revistadepsicoterapia.com/rp103-10.html>
- 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. doi: <http://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bergen-Cico, D., Possemato, K., & Cheon, S. (2013). Examining the efficacy of a brief mindfulness-based stress reduction (BriefMBSR) program on psychological health. *Journal of American College Health, 61*(6), 348-360. doi:<http://doi.org/10.1080/07448481.2013.813853>
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine, 64*(1), 71-83. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11818588>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*. <http://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chen, Y., Yang, X., Wang, L., & Zhang, X. (2013). A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. *Nurse Education Today, 33*(10), 1166-1172. doi:<http://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.014>
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Raker, D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Annals of Family Medicine, 11*(5), 412-420. doi:<http://doi.org/10.1370/afm.1511>
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy, 38*(3), 234-246. doi:<http://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>

- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marín, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 4. doi:<http://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- Gluck, T. M., & Maercker, A. (2011). A randomized controlled pilot study of a brief web-based mindfulness training. *BMC Psychiatry*, 11, 175. doi:<http://doi.org/10.1186/1471-244X-11-175>
- Instituto esMindfulness. (n.d.). Entrenando Mindfulness con MBSR. [Http://www.esmindfulness.com](http://www.esmindfulness.com) (con Acceso El 14 de Febrero).
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life. Hyperion.
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109. doi:<http://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Martín Asuero, A., Rodríguez Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., & Moix Queraltó, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528. doi:<http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.007>
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2006). Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 66/67, 77-120. <http://revistadepsicoterapia.com/conciencia-plena-mindfulness-y-psicoterapia-concepto-evaluacion-y-aplicaciones-clinicas.html>
- Phang, C. K., Mukhtar, F., Ibrahim, N., Keng, S.-L., & Mohd. Sidik, S. (2015). Effects of a brief mindfulness-based intervention program for stress management among medical students: the Mindful-Gym randomized controlled study. *Advances in Health Sciences Education*, 20(5), 1115-1134. doi:<http://doi.org/10.1007/s10459-015-9591-3>
- 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. doi:<http://doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.164>
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66/67), 5-30. <http://revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Tang, Y.-Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(43), 17152-17156. doi:<http://doi.org/10.1073/pnas.0707678104>
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597-605. doi:<http://doi.org/10.1016/j.concog.2010.03.014>

AUTOCOMPASIÓN EN PSICOTERAPIA Y EL PROGRAMA *MINDFUL SELF COMPASSION*: ¿HACIA LAS TERAPIAS DE CUARTA GENERACIÓN?

SELF-COMPASSION IN PSYCHOTHERAPY AND THE *MINDFUL SELF COMPASSION* PROGRAM: TOWARDS THE 4TH GENERATION THERAPIES?

Marta Alonso Maynar

Asociación Española de *Mindfulness* y Compasión

Christopher K. Germer

Harvard Clinical School, Cambridge Health Alliance

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Alonso M. y Germer, C.K. (2016). Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion: ¿Hacia las Terapias de Cuarta Generación?. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 169-185.

Resumen

La compasión y, de forma especial, la autocompasión están siendo estudiadas y utilizadas como ingrediente en la psicoterapia efectiva basada en la evidencia más que nunca. Tanto es así que podríamos acuñar el término “Terapias de Cuarta Generación” para designarlas, como nuevas formulaciones que han ido surgiendo más allá de los protocolos de mindfulness y los modelos clínicos basados en la aceptación. Un creciente cuerpo de investigación demuestra como cultivar una mente compasiva puede ayudar a aliviar y prevenir una variedad de problemas psicológicos trans-Autocompasión en Psicoterapia y el Programa Mindful Self Compassion: ¿Hacia las Terapias de Cuarta Generación? diagnósticos, incluyendo la autocrítica, la ansiedad y la vergüenza. Sólo recientemente las cualidades específicas de la autocompasión y su uso clínico han comenzado a recibir cada vez más atención en la literatura y la investigación, e incluso se han desarrollado protocolos específicos para cultivarla tan consolidados como el programa Mindful Self Compassion-MS. El objetivo de este artículo es dar a conocer qué pueden aportar al psicoterapeuta (independientemente del modelo psicoterapéutico de base) la autocompasión en general y el protocolo MSC en particular, en su ejercicio profesional.

Palabras clave: *Compasión, Autocompasión, Programa Mindful-Self Compassion, MSC, Humanidad Compartida.*



Abstract

Compassion and, in particular, Self-Compassion are being studied and used more than ever as an ingredient in effective psychotherapy based on evidence. So much so that we could coin the term "4th Generation Therapies" to designate them, as new formulations that have been emerging beyond the protocols of mindfulness and acceptance-based clinical models. A growing research body shows how cultivating a compassionate mind can help relieve and prevent a variety of transdiagnostic psychological problems, including self-criticism, anxiety and shame. Just recently the specific Self-Compassion qualities and its clinical use have begun to receive more and more attention in the literature and research, and even specific protocols have been developed to grow it so consolidated as Mindful Self Compassion, MSC program. The aim of this article is to present how Self-Compassion can contribute to the psychotherapist (regardless of the psychotherapeutic model basis) in general and the MSC Protocol in particular, in his daily work with his clients.

Keywords: *Compassion, Self-Compassion, Mindful-Self Compassion Program, MSC, Common Humanity.*

En nuestro mundo polarizado hay una necesidad urgente de transformar la compasión en una fuerza clara, luminosa y dinámica. Arraigada en la determinación de trascender el egoísmo, la compasión puede romper las fronteras políticas, dogmáticas, ideológicas y religiosas. Nacida de nuestra profunda interdependencia, la compasión es esencial para las relaciones humanas y para la realización de la humanidad.

La Carta por la Compasión

A lo largo de los últimos nueve años, *mindfulness* y los enfoques clínicos de las Terapias de Tercera Generación, se han ido convirtiendo en el fundamento de nuestra práctica clínica, pero mientras veíamos regularmente sus beneficios con los clientes, con el tiempo nos hemos hecho más consciente de sus limitaciones. Hemos podido comprobar a través de cientos de casos, que los clientes generalmente habían mejorado y logrado una mayor sensación de calma y equilibrio en sus vidas, pero sospechábamos que faltaba algo más. Ese algo más cobró forma y sentido cuando la primera autora de este trabajo en 2011, por medio del Dr. Vicente Simón (mentor, colega y amigo), conoció al segundo autor de este artículo y pudo conocer los contenidos del programa *Mindful Self Compassion* (MSC) del cual es creador junto a Kristin Neff. Se trata de un nuevo enfoque en el ámbito del *mindfulness*, centrado en la habilidad de la autocompasión. Esta perspectiva ha revolucionado nuestra práctica clínica. De hecho, la autocompasión se encuentra en este momento en el centro de interés de las corrientes de vanguardia en el estudio de las variables terapéuticas de *mindfulness* y sus mecanismos de acción. Ha sido un *trending topic* en el área de la salud en Estados Unidos (Reader's Digest, 2012) y un área de creciente investigación con resultados muy prometedores. Después de impartir 24 ediciones de programa MSC en nuestro país y haber tratado a cientos de pacientes con herramientas basadas en estos nuevos modelos, podemos afirmar que la compasión y la autocompasión son el corazón emocional de *mindfulness* y que aportan una potencia terapéutica prometedora, como veremos en los siguientes apartados.

Al ir aplicando en los distintos casos prácticas adaptadas del programa MSC y del modelo clínico denominado *Compassion Focused Therapy-CFT* (Terapia Focalizada en la Compasión) formulado por el Dr. Paul Gilbert de la Universidad de Derby (Gilbert, 2010), hemos logrado incrementar en nuestros clientes el efecto terapéutico a medio y largo plazo. Queremos resaltar el especial impacto que estos enfoques han tenido en los pacientes traumatizados, ansiosos y depresivos que hemos tenido el privilegio de acompañar a lo largo de los últimos cuatro años.

Aunque la compasión es bastante nueva como un enfoque de tratamiento en psicoterapia, sus estudiosos integran realmente tanto la sabiduría perenne como los descubrimientos científicos más actuales. Es difícil imaginar un psicoterapeuta no motivado por el cuidado, la amabilidad y la simpatía hacia el sufrimiento de su paciente. Sin embargo, la compasión, como un proceso en sí mismo y como centro de atención del trabajo psicoterapéutico, es una recién llegada (Alonso, 2015). Mientras que el constructo de la autocompasión ha sido implícitamente utilizado durante mucho tiempo en el tratamiento de la depresión (Allen & Knight, 2005), es un área relativamente reciente como aplicación explícita en la psicoterapia occidental. Este enfoque clínico reciente ha intentado aprovechar la innata capacidad humana de la compasión para lograr los efectos terapéuticos deseados (Gillath et al., 2005; Rinpoche y Mullen, 2005).

Por todo ello creemos poder afirmar que nos encontramos ante una nueva generación de programas basados en compasión y autocompasión, que completan a los enfoques basados en la aceptación de las llamadas *Terapias Contextuales de Tercera Generación*. Estos programas y modelos clínicos basados en la compasión nos abren la puerta a una nueva generación de terapias más allá de las arriba mencionadas, por lo cual quizá nos hallamos en condiciones de empezar a hablar de las *Terapias de Cuarta Generación*, que serían aquellas que no sólo integran *mindfulness* y aceptación, sino que incorporan prácticas de autocompasión y compasión de forma específica, incidiendo de forma directa en procesos transdiagnósticos tan difíciles como la autocritica, la culpa, la vergüenza y el victimismo. Estos programas y modelos se apoyan en un cuerpo cada vez mayor de investigación, que apunta a la reactivación de los sistemas de afiliación, calma y satisfacción que en el cerebro humano están asociados al apego seguro, abriendo un abanico enorme de posibilidades terapéuticas (véase por ejemplo Gilbert & Procter, 2006; Gumley & Macbeth, 2014).

Es evidente que a lo largo de la historia de la psicoterapia, de Freud a Carl Rogers, la aceptación de uno mismo –un término “paraguas” que incluye la autocompasión– ha sido altamente valorada y considerada como una consecuencia esencial de la relación terapéutica (Germer, 2015). Pero lo que la mayoría de los terapeutas no han entendido hasta hace poco, es que uno también puede cultivar la compasión consigo mismo, no sólo en la relación terapéutica sino también como una ayuda esencial tanto para el psicoterapeuta como para el cliente, potenciando enormemente el efecto del proceso entre ambos y manteniendo los efectos terapéuticos más allá de la hora de terapia.

La realidad es que, durante décadas, hemos ido enseñando implícitamente la autocompasión a nuestros clientes en el contexto de la psicoterapia sin saberlo. De hecho, algunos de los efectos no específicos del tratamiento, habitualmente denominados efecto placebo y que la investigación demuestra cada vez más que son más importantes que los factores técnicos o teóricos, bien podrían atribuirse a la autocompasión (Germer, 2015); es decir a mostrar a los clientes como volverse

hacia sí mismos con una actitud genuina y profunda de interés y amabilidad.

¿Podría ser que el desarrollo de la compasión hacia sí mismo fuese el mecanismo invisible que mejor determina si la terapia puede transformar la vida de una persona? Sólo la investigación futura nos ayudará a determinar si la autocompasión, una relación interna que imita la relación terapéutica, puede hacer que el proceso psicoterapéutico fuera de nuestro período de sesiones con los clientes sea “portable” y con efectos más duraderos (Germer, 2015). De forma que en este artículo vamos a explorar qué pueden aportar al psicoterapeuta (independientemente del modelo psicoterapéutico de base) la autocompasión en general y el protocolo MSC en particular en su ejercicio profesional.

Contexto Histórico y Definición de la Compasión y la Autocompasión

El cliente viene generalmente a psicoterapia con el deseo de liberarse del sufrimiento; sin embargo, el proceso de cambio se produce atravesando juntos difíciles pensamientos, sentimientos y sensaciones sostenidos en una relación terapéutica cuyas características esenciales son el apoyo, la sensibilidad, la compasión y la transformación.

Las definiciones de un estado altamente subjetivo de la mente como es la compasión pueden llegar a ser oscuras y abstractas. Por eso preferimos comenzar con esta simple definición: la compasión es un sentimiento profundo hacia el individuo que sufre, que da lugar a un deseo y un esfuerzo de alivio y consuelo. Y la autocompasión es compasión dirigida hacia uno mismo; significa tratarnos a nosotros mismos con la misma amabilidad y comprensión como trataríamos a alguien a quien verdaderamente amamos o a alguien por quien sentimos compasión genuina.

Pedir esto a una persona que sufre de abuso infantil, abandono o trauma puede parecer muy ambicioso, pero la autocompasión se ha relacionado con muchas medidas de bienestar psicológico y salud mental, incluyendo la resiliencia emocional frente a eventos negativos, lo cual nos lleva a una cuidadosa consideración. Además, los terapeutas de cualquier enfoque (cognitivo-conductual, psicodinámico, humanista, sistémico), pueden ayudar a sus clientes a cultivar la autocompasión (Germer & Neff, 2015).

Se han encontrado varios componentes de la intervención basada en la compasión que mejoran los resultados en psicoterapia y sirven como variables mediadoras en los resultados. En un estudio de Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg y Nielsen (2011) se halló que la autocompasión era un mediador importante de reducción de las emociones negativas asociadas con los trastornos de personalidad. Además hay evidencia creciente de que ayudar a las personas a desarrollar compasión hacia sí mismos y hacia los demás tiene un potente impacto sobre los afectos negativos y promueve los afectos positivos (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

Históricamente las cualidades específicas, las formas y los enfoques de la

compasión han sido adoptados durante siglos, especialmente por el cristianismo y el budismo, aunque en todas las culturas tradicionales se han cultivado los valores de la compasión como códigos de conducta y moral como la mejor forma de relacionarse con los demás y con los procesos de sufrimiento (Alonso, 2015). Irónicamente, en nuestros tiempos es más fácil evocar estados mentales de bondad recordando cómo nos sentimos hacia los demás, sobre todo hacia nuestros seres queridos y luego intentar “colarnos” nosotros mismos en ese círculo de compasión para evocar esa actitud hacia nosotros. Esto definitivamente requiere que hagamos adaptaciones precisas y profundas en nuestra cultura así como en nuestra práctica terapéutica, a diferencia de cómo se enseña la compasión en la tradición budista, como argumentaremos a continuación. Las prácticas no se pueden ni se deben transponer directamente.

La compasión se considera el segundo de los cuatro Inconmensurables dentro del Budismo. Los inconmensurables o Estados Sublimes son conocidos en la tradición budista como “santas moradas” porque son estados en los que la mente debería habitar continuamente. Esto va ocurriendo cuando se intensifica y se profundiza en la práctica. En realidad, son las actitudes subyacentes a *mindfulness*, a las cuales se les atribuye la causa profunda de sus verdaderos efectos curativos (Alonso y Simón, 2013).

En la tradición del budismo tibetano, hay referencias explícitas a la autocompasión. De hecho hay un concepto llamado *Bngé jung* que se traduce como renuncia, pero que no es una buena traducción. En realidad, hace referencia a la aspiración de genuina libertad para uno mismo. Mientras que la *Bodhicitta* es la aspiración a la libertad para todos los seres. Ambos conceptos actúan como dos caras de una misma moneda. La idea es que si uno no tiene un verdadero reconocimiento de su propia situación de sufrimiento y una verdadera aspiración por liberarse del mismo, no puede tener una aspiración genuina de que los demás se liberen. Este es el contexto en que surge el concepto de autocuidado. De forma que aunque no se utiliza la palabra autocompasión como tal, sí se utiliza la palabra autocuidado. Con ella se explica que si no hay un genuino sentido de preocupación por el sufrimiento propio y por las necesidades básicas, entonces uno no tiene el punto de referencia que le permite conectarse luego con los sufrimientos y necesidades de los demás. Pero a partir de ese punto, se distancia enormemente de lo que sucede en nuestra cultura, porque cuando se presentan las prácticas de compasión se pasa rápidamente por la dirigida hacia uno mismo, puesto que realmente se supone que uno ya la tiene de forma natural, a menos que tenga un problema. Por lo visto en nuestra cultura occidental, la mayoría “tenemos un problema” porque funcionamos más bien al revés. Neff (2003a) comenta que cuando se les pregunta directamente, la mayoría de la gente afirma que son más amables con otros que con ellos mismos, y no es raro encontrar gente muy amable y compasiva que continuamente se maltrata a sí misma.

De hecho no hay diferencia entre el budismo Theravada y la tradición tibetana,

en el sentido de que no hay ninguna práctica explícita de la autocompasión en ninguna de las dos, porque se asume que uno ya la tiene. Sin embargo para nosotros cultivarla es un verdadero desafío. La compasión por los demás es un instinto natural muy potente, pero para tenerla de forma constante por los demás, el propio lama Thupten, formulador del protocolo CCT (*Compassion Cultivating Training*), afirma que la autocompasión es una base importante y que conduce naturalmente a una mayor compasión por los demás, especialmente cuando se combina con la humanidad compartida (Shonin & Van Gordon, 2016) concepto que desarrollaremos más tarde. En otras palabras, la autocompasión está en la base del crecimiento y la expansión de la compasión.

Otro gran problema con el cual nos encontramos en nuestra cultura (y pasa lo mismo en muchos países europeos donde el budismo no ha penetrado masivamente) son los prejuicios que suscita el término compasión y, aún más, el de autocompasión. Por ejemplo, una idea falsa común sobre la autocompasión es que es algo débil, similar a la lástima, la complacencia, la resignación o la pasividad (Germer & Neff, 2015). Lo primero que hacemos pues con el paciente es psicoeducación en la autocompasión aclarando los principales prejuicios e interpretaciones incorrectas que vayan apareciendo. La autocompasión, lejos de ser débil es una fuerza de voluntad (en realidad, de buena voluntad). Se trata de proporcionarnos atención y apoyo demandando un trato justo, sin sentirnos inferiores o subordinarnos a los demás (McEwan, Gilbert y Duarte, 2012).

Otro prejuicio habitual en nuestra cultura, es que la autocompasión es egoísta. Paradójicamente, la autocompasión es necesaria para mantener la compasión por los demás. La compasión por los demás y la compasión por uno mismo están intrínsecamente vinculadas, tal vez a nivel neurológico (Allen & Knight, 2005). Una paciente de la primera autora de este artículo, con depresión crónica, me comentaba que desde que comenzó a practicar la autocompasión regularmente se siente más conectada con otras personas. En sus propias palabras “Ya no me digo *¡Qué inútil eres...!*, sino que después de practicar el aspecto de la humanidad compartida en el ejercicio de autocompasión, más bien me oigo diciéndome *Las cosas no son fáciles ni para ti ni para los demás tampoco*”.

Según el lama Thupten “la autocompasión es tan importante para nuestra felicidad como nuestra compasión por los demás, si no más, sin embargo para mucha gente se siente como algo extraño y desagradable... Si no estamos acostumbrados a ella, nos llevará algo de práctica.” (Thupten, 2015).

En conclusión, en nuestra cultura no se nos han enseñado formas eficaces de abordar nuestros estados y situaciones de sufrimiento. La tendencia general es a rechazar esos estados, negarlos o reprimirlos con herramientas que produzcan una “analgésia” inmediata. En el otro extremo están los que se revuelcan en la situación que les produce el sufrimiento, quedándose enganchados en el rol de la “víctima” o retraumatizándose continuamente. A la luz de la investigación sobre la Compasión, ninguna de esas aparentes soluciones produce resultados positivos, ni resuelve

cómo abordar el dolor y el sufrimiento de una forma sana (Alonso y Simón, 2013). Aunque es posible que en el pasado la compasión se relacionara exclusivamente con un sentimiento, en la actualidad, la compasión tiende a verse como una capacidad y como un proceso que integra diversos elementos (Simón, 2015) que van a irse desgranando en los siguientes apartados y que podemos resumir en esta doble vertiente:

1. Cuidarse y tratarse de la manera más delicada posible, justamente porque sufrimos y el sufrimiento forma parte de la experiencia vital humana que todos compartimos.
2. Acoger con amor (suavidad, calidez, ternura, coraje) el dolor y todas las emociones que se desprenden de las situaciones vitales de sufrimiento, independientemente de si tienen una causa externa o interna (Alonso y Simón, 2013).

Para ello se han desarrollado adaptaciones específicas para nuestra cultura, con una base científica creciente y que presentaremos a continuación.

Diferencias entre Mindfulness y Autocompasión

Quizá sea interesante empezar por distinguir los matices que diferencian a *mindfulness* de la autocompasión. Si bien se consideran intrínsecamente unidos, a nivel operativo es especialmente conveniente tener claras las diferencias, para saber en qué casos convendrán más usar unas prácticas u otras.

Aunque *mindfulness* es necesario para experimentar la autocompasión, como veremos detalladamente al explicar sus tres componentes, es importante empezar reconociendo que las dos construcciones no son exactamente lo mismo. En primer lugar, el tipo de atención consciente que se precisa en la autocompasión requiere un foco más estrecho que el de *mindfulness* en general. El componente de *mindfulness* en la autocompasión se refiere a una conciencia equilibrada acerca de los pensamientos y emociones negativos implicados en procesos de sufrimiento personal. Mientras que el *mindfulness* en general se refiere a la capacidad de prestar atención a cualquier experiencia, positiva, negativa o neutra, con aceptación y ecuanimidad (Germer, 2009). Otra distinción entre *mindfulness* y autocompasión se encuentra en sus respectivos objetivos. Mientras que *mindfulness* tiende a centrarse en la experiencia interna (sensaciones, emociones, pensamientos) la autocompasión tiene como foco primario al experimentador, es decir, a aquel que experimenta el sufrimiento. Es decir, *mindfulness*, tal y como normalmente se entiende hoy en día, se centra en observar de cerca la experiencia momento a momento, mientras que la compasión se enfoca en una relación interna con el experimentador. Otra diferencia importante entre la autocompasión y el *mindfulness* es que la primera incluye sentimientos de bondad y humanidad compartida de forma explícita y activa, como desarrollaremos en el siguiente apartado.

Desde este enfoque entendemos que cuando el cliente está abrumado por emociones intensas y perturbadoras, tales como vergüenza, sólo darse cuenta de lo

que está sucediendo y aceptarlo, a menudo no es suficiente. Nos encontramos una y otra vez con que el paciente está sufriendo tanto que no puede hacer ese proceso. Primero tiene que poder sentirse lo suficientemente seguro para abrirse y ahí es donde cobra especial importancia la autocompasión. Sostener el miedo, la ansiedad o el pánico con bondad y compasión es algo muy poderoso. Ese dolor que representa el miedo también demanda amor y compasión (Alonso, 2012).

En la práctica de la compasión la intención es muy explícita y activa (aliviarse, confortarse, cuidarse, suavizarse) no solo mediante la meditación sino muy especialmente, de forma comportamental. Por eso en la tradición se distingue entre prácticas contemplativas (*mindfulness*) y generativas (compasión y autocompasión). Estas últimas generan de forma deliberada estados emocionales positivos.

En palabras de Germer, mientras *mindfulness* nos dice, “observa tu sufrimiento y sostenlo en una consciencia espaciosa”, la sabiduría de la autocompasión, dice, “sé amable contigo mismo cuando sufras” (Germer, 2009). La bondad hacia uno mismo abre un nuevo camino al proceso curativo. Esa calidez permite crear de nuevo espacio en la consciencia para poder volver a practicar *mindfulness*.

Esencialmente, *mindfulness* nos invita a preguntarnos, “¿qué estoy experimentando ahora?” mientras que la autocompasión nos invita a preguntarnos, “¿qué es lo que necesito ahora mismo?”. Esta es la pregunta por excelencia de la autocompasión. Por lo tanto, este nuevo enfoque basado en la compasión se centra menos en hacer espacio para aceptar el dolor hasta que se transforme por sí mismo, y más en desarrollar una respuesta compasiva en el momento en que uno está sufriendo.

Los Tres Componentes de la Autocompasión: Mecanismos de Acción

Neff, como psicóloga evolutiva fue la primera en definir el concepto y desarrolló la primera escala de la autocompasión (*Self Compassion Scale-SCS*) que se utiliza en la mayoría de las investigaciones (Neff, 2003b). Ella fue la primera que definió la autocompasión como una sinergia de tres elementos principales (Germer & Neff, 2013): la bondad hacia uno mismo *versus* criticarse, la humanidad compartida *versus* el estado de aislamiento y el *mindfulness* frente a la sobreidentificación cuando se tienen que confrontar emociones y pensamientos dolorosos. Estos componentes se combinan e interactúan mutuamente para crear un estado de ánimo autocompasivo. Dicho de una forma muy directa, la autocompasión es precisamente lo contrario de nuestra típica reacción a la amenaza interna, que se expresa en forma de autocrítica, autoaislamiento y ensimismamiento.

La autocompasión es relevante tanto cuando el sufrimiento es causado por uno mismo debido a la comisión de errores, fallos, insuficiencias e inadecuaciones personales, como cuando se producen situaciones dolorosas de la vida. Pero también ante las circunstancias externas que están fuera de nuestro control. Veamos un poco más detenidamente los tres componentes.

La bondad hacia uno mismo implica ser cálido y cariñoso hacia sí cuando las

cosas van mal en nuestra vida. Es la capacidad de tratarse con suavidad a uno mismo sin enjuiciarse severamente en momentos de dolor, fracaso o sufrimiento. Esto no significa que todo valga, o que un determinado comportamiento no importe pensando que todo será perdonado. Tampoco significa que uno no deba mejorar y cambiar aquello que sea modificable, como por ejemplo, actitudes, conductas y hábitos. Con la bondad hacia uno mismo, uno es capaz de calmarse, suavizarse y nutrirse cuando tiene que confrontar el dolor en lugar de enfadarse y frustrarse cuando la vida no está a la altura de sus ideales. El diálogo interno es suave y alentador en vez de áspero y despectivo. Ello nos permite reconocer nuestros problemas y carencias claramente, pero hacerlo sin juicio, por lo que podemos hacer lo que sea necesario para ayudarnos a nosotros mismos. La idea básica es hacer equipo con nosotros mismos cuando las cosas van mal, en lugar de atacarnos por ello.

A menudo nos sentimos aislados y separados de otros al considerar nuestras luchas y fracasos, desde la irracional sensación de que “sólo yo soy así” o “solo me pasa a mí”. Es habitual encontrar en la consulta clientes que piensan que de alguna manera son anormales, que algo en ellos está equivocado. Este tipo de visión de túnel, les hace sentir solos y aislados, aumentando y manteniendo su sufrimiento. Se olvidan de que los fallos y la imperfección son realmente normales. Cobra entonces, especial importancia, el segundo componente de la autocompasión, la humanidad compartida, que reconoce la naturaleza universal del sufrimiento cuando se presentan situaciones difíciles, en lugar de sentirse desesperadamente solo. Implica reconocer que la condición humana es imperfecta, y que no estamos solos en nuestro sufrimiento. Es asumir el hecho de que no siempre podemos conseguir lo que queremos y de que no siempre podemos ser quienes queremos ser. Esto es parte de la experiencia humana general, es una realidad básica compartida con todos los demás en el planeta. Con esta profunda comprensión, la posición del individuo ante la experiencia cambia y le permite acercarse a la validación de sí mismo y de sus experiencias. Recordando la experiencia humana compartida, uno se puede sentir mucho menos aislado cuando está sufriendo. Por esta razón, la autocompasión es bastante distinta de darse lástima a uno mismo o de autocompadecerse ya que permite experimentar un parentesco con toda la humanidad. Una manera de expresárselo a los clientes es diciéndoles “estamos todos juntos en el barco del sufrimiento y la imperfección, y vamos a aprender a navegar en él de la mejor forma posible”.

Entre los aspectos más difíciles de diversas formas de psicopatología, como la depresión o las fobias sociales, es la profunda sensación de aislamiento personal la que acompaña y mantiene a los síntomas. Neff (*en prensa*) afirma que la experiencia de la humanidad compartida permite restar énfasis a la experiencia del *self* como algo separado y aislado. Es a través de un sentido profundo de conexión con el mundo exterior, como una persona puede interrumpir el ciclo opresivo de la rumiación, el aislamiento y la impotencia.

El tercer componente, *mindfulness*, se refiere a la capacidad de abrirse a la experiencia dolorosa (“¡esto duele!”) de forma consciente, no reactiva y equilibrada. Esto es, volverse hacia nuestros dolorosos pensamientos y emociones y verlos como son, sin supresión ni evitación (Neff, 2003b). La realidad se impone aquí: no se puede ignorar o negar el dolor y sentir compasión por él al mismo tiempo. Pero ser consciente del sufrimiento de esta forma no es nada fácil. ¿Cuántos de nosotros, cuando nos miramos en un espejo y si no nos gusta lo que vemos, nos ofrecemos una respuesta compasiva, puesto que se trata de un momento de sufrimiento? Del mismo modo, cuando la vida va mal, a menudo pasamos inmediatamente al “modo resolución de problemas” sin ser conscientes siquiera de nuestro proceso interno de sufrimiento y menos aun siendo capaces de reconocer la necesidad de consolarnos y confortarnos a nosotros mismos. Así pues, ser consciente de nuestro sufrimiento es necesario para poder practicar la autocompasión.

Mindfulness también ayuda a que uno no se identifique excesivamente con pensamientos o emociones negativas, para no ser barrido por sus reacciones aversivas (Bishop et al., 2004).

Sintetizando todo lo expuesto, podríamos expresar, aunque de forma no exhaustiva, los mecanismos de acción de la autocompasión en los puntos siguientes:

- i. Conduce a una mayor satisfacción vital y a mejorar la relación con el propio *self*, cambiando el tono y el contenido del diálogo interno.
- ii. Se produce una mayor autoaceptación, validación y reconocimiento de uno mismo y de sus experiencias, lo cual ayuda a eliminar esquemas autocríticos, denigrantes y vergonzantes.
- iii. Aumenta la resiliencia emocional ejerciendo una influencia protectora sobre los estresores y las adversidades de la vida.
- iv. Desmonta paulatinamente procesamientos cognitivos no adaptativos como rumiación y pensamiento obsesivo, provocando reducciones en los niveles de preocupación, ansiedad y afectos negativos.
- v. Desmonta progresivamente la sensación de aislamiento neutralizando la aparición de sentimientos de soledad, anormalidad, desconexión y sinsentido de la vida. Esto se traduce en una mayor conexión social y mayores conductas de autocuidado.

Las Cuatro M's

Como anunciábamos en la introducción, la autocompasión ha recibido una atención creciente en la investigación últimamente, con más de 200 artículos y disertaciones examinando el tema desde el año 2003, año en que fueron publicados los primeros dos artículos delimitando y midiendo la autocompasión (Neff, 2003a; Neff, 2003b).

En Junio de 2013 se llevó a cabo en Friburgo la Primera Conferencia Internacional sobre Compasión en Europa y, en ella, Kristin Neff definió *Mindfulness* (con “M” mayúscula) como un “término paraguas”, que englobaría al menos cuatro

conceptos distintos (*mindfulness* con “m” minúscula).

m1: Cómo prestar atención al momento presente sin juzgar.

m2: Cómo nos relacionamos con la experiencia del momento presente (con aceptación o con resistencia).

m3: Cómo nos relacionamos con el que tiene la experiencia (compasión y amor incondicional).

m4: Cómo comprender la naturaleza de la experiencia y del experimentador, lo cual equivaldría a la sabiduría (reconocer la impermanencia, la irrealdad del ego y de la separación).

La cuestión planteada por Neff en dicho congreso fue si valía la pena entrenar específicamente la habilidad de la autocompasión (m3), o podía esperarse que se aprendiese de manera espontánea al practicar *mindfulness* (m1 principalmente con MBSR-*Mindfulness Based Stress Reduction* y m2 con MBCT-*Mindfulness Based Cognitive Therapy*).

Nuestro parecer, después de profundizar en los diferentes programas, es que el entrenamiento ideal es combinar *mindfulness* y autocompasión, es decir manejar conjuntamente estos protocolos, ya que ambas se complementan y potencian mutuamente.

En la práctica clínica abogamos claramente por el entrenamiento específico de m3, a través de la aplicación de ejercicios y principios contenidos en los enfoques MSC y CFT, ya que aunque las intervenciones basadas en *mindfulness* como el MBSR y el MBCT, pueden aumentar la autocompasión, estos programas dedican relativamente poco tiempo enseñar explícitamente habilidades de la autocompasión y se focalizan principalmente en la enseñanza de habilidades para mejorar *mindfulness*.

Esto apoya la idea de que un programa de intervención dirigido específicamente al desarrollo de la autocompasión será útil para maximizar sus beneficios. El programa MSC y el modelo clínico de la CFT pueden implementarse de manera complementaria a otras intervenciones basadas en *mindfulness* como el MBSR y el MBCT.

Lo que se ha podido comprobar cuando la autora y el Dr. Vicente Simón, han introducido de forma pionera el programa en nuestro país y lo han recibido casi un millar de personas, es que muchas de ellas han accedido a la práctica de *mindfulness* por la vía de la autocompasión, rompiendo el mito de que primero hace falta saber *mindfulness* para acceder a la autocompasión. Debido a que el programa, tal y como está formulado, admite personas sin ninguna experiencia en *mindfulness*, hay multitud de ellas que después de cultivar una relación consigo mismas mucho más amable y respetuosa, han empezado a meditar y a poderse sentar en el cojín, cultivando la aceptación a la vez que podían sentirse seguras abriéndose a sus contenidos internos en una consciencia espaciosa.

Es muy probable que el MBSR sea más eficaz para enseñar *mindfulness*, mientras que el MSC será más eficaz en la enseñanza de la autocompasión. El

MBSR también puede tener un mayor efecto sobre las variables relacionadas con la conciencia del momento presente como saborear, el estado de flujo y la atención selectiva. El MSC, en cambio, puede tener un efecto más potente sobre los resultados relacionados con el bienestar personal. De hecho, aunque el MBCT reduce la depresión a través del aumento del *mindfulness* y la autocompasión, esta última fue el único factor asociado con la reducción del vínculo entre reactividad cognitiva y la recaída (Kuyken et al., 2010).

Dado el enfoque de MSC centrado en el distrés emocional, también tiene un potencial considerable para mejorar los síntomas en una variedad de poblaciones clínicas. La autocompasión parece ser un “factor actitudinal crucial” en la relación entre el entrenamiento en *mindfulness* y la salud mental positiva (Hollis-Walker & Colosimo, 2011).

Es importante comenzar a valorar en la comunidad de profesionales de la salud que utilizan *mindfulness* que los diferentes programas se necesitan mutuamente porque cada uno, al fin y al cabo, como protocolos grupales son sólo intervenciones de 8 semanas que focalizan en el desarrollo de una de las “emes”.

Resulta muy adecuado, por lo tanto, crear programas específicos para desarrollar cada “m” de forma profunda y exhaustiva. Pero donde estos protocolos están destinados a desplegarse con mayor profundidad, es, sin duda, en la práctica clínica, donde no hay un plazo de ocho semanas, donde cada paciente demanda una combinación especial de herramientas, con un tempo particular y donde la relación terapéutica permite potenciar de forma exponencial lo que en otros contextos sería un curso corto de las habilidades que desarrollan las diferentes “emes”.

Los Protocolos Centrados en la Autocompasión: El Programa MSC

En este momento, hay dos programas principales que se centran en cultivar la autocompasión. Estos son el programa *Mindful Self Compassion*-MSC de Germer & Neff, 2013 (véase www.centerformsc.es) y el *Compassionate Mind Training*-CMT de Gilbert & Proctor, 2006 (véase también www.CompassionateMind.co.uk). La Asociación Española de *Mindfulness* y Compasión ofrece ambos entrenamientos de forma pionera a los profesionales de habla hispana (ver www.aemind.es). El Center for MSC de Massachusetts. Este último, en colaboración con la Universidad de California San Diego (UCSD) ha desarrollado una ruta formativa completa en el programa MSC para profesores en varios niveles y con elevados estándares de calidad. A medida que la demanda crece, la necesidad de formación profesional de calidad en estas prácticas y técnicas aumenta de año en año.

Estos dos programas tienen diferentes orígenes: el MSC se ha desarrollado a raíz del auge de los programas basados en *mindfulness*, y el CMT ha surgido principalmente de la psicología evolutiva como aplicación del modelo clínico de la CFT ya citada, pero existe cierta superposición entre los ejercicios y prácticas de meditación de los dos. El primero tiene un enfoque más general y se basa en la construcción de habilidades de autocompasión, mientras que el segundo es un

modelo netamente clínico, si bien la población general se podría beneficiar de sus ejercicios y postulados.

Como ya hemos ido sugiriendo en los apartados anteriores, el programa *Mindful Self-Compassion* (MSC) es un programa con apoyo empírico, diseñado para que cualquier persona interesada pueda cultivar la habilidad de autocompasión incluso por aquellos que no recibieron suficiente afecto en la infancia o que se sienten incómodos cuando son bondadosos consigo mismos (Neff & Germer, 2013). Basándose en la investigación pionera de Kristin Neff, que se integra con la perspectiva clínica de Christopher Germer, el MSC enseña principios fundamentales y prácticas que permiten a los participantes a responder a las emociones difíciles con cuidado y comprensión.

En un estudio controlado aleatorizado del programa MSC, los resultados indicaron que la participación en el curso aumentó significativamente la autocompasión, el *mindfulness*, la compasión por los demás y la satisfacción vital, disminuyendo significativamente la depresión, la ansiedad, el estrés y la evitación emocional. El grado en que el nivel de autocompasión de los participantes aumentaba correlacionaba significativamente con cuánta práctica informal y formal de la misma hicieron a lo largo del programa (Neff & Germer, 2013).

El MSC puede considerarse un programa “híbrido” aplicable tanto al público en general como a algunas poblaciones clínicas. De hecho se están haciendo diferentes adaptaciones del programa como por ejemplo, un programa MSC para adolescentes y otro para pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático. Bajo nuestra experiencia clínica, la mayoría de los ejercicios y contenidos son aplicables con una amplia variedad de trastornos en el contexto de un proceso psicoterapéutico.

El MSC enseña a los participantes prácticas que les ayudan a consolidar los tres componentes de la autocompasión ya explicados, sobre todo la bondad hacia uno mismo y la humanidad compartida.

La estructura del programa MSC (Tabla 1) está basada en sesiones grupales con una duración de 3 horas aproximadamente, una vez por semana a lo largo de 8 semanas más una sesión de práctica intensiva de medio día. Contiene tres meditaciones de base o nucleares, otras nueve meditaciones más específicas y 18 prácticas informales de autocompasión, junto con la justificación y base teórica de esos ejercicios. Después se puede seguir con grupos de práctica continuada, así como retiros de profundización en silencio.

Tabla 1**Estructura Del Programa Mindful Self Compassion (MSC)**

Programa Básico	
8 MÓDULOS de 3 horas + UNA SESIÓN INTENSIVA DE PRÁCTICA.	
(Práctica diaria en casa de 20 a 30 minutos)	
SESIÓN 1	Descubriendo la Autocompasión
SESIÓN 2	<i>Mindfulness</i> y Autocompasión
SESIÓN 3	Practicando la Bondad Amorosa
SESIÓN 4	Encuentra tu Voz Compasiva
SESIÓN 5	Viviendo en Profundidad
SESIÓN R	Sesión Retiro: Práctica Intensiva
SESIÓN 6	Manejando Emociones Difíciles
SESIÓN 7	Manejando Relaciones Difíciles
SESIÓN 8	Abrazando tu Vida

Los creadores del programa MSC recomiendan que haya siempre dos profesores, uno de los cuales debería ser un psicoterapeuta entrenado para situaciones en que un participante requiere la atención de un clínico, ya que se mueven emociones de forma bastante intensa. De hecho, es el único protocolo grupal consolidado que de forma explícita hace esa recomendación, reconociendo a nuestro colectivo profesional con una función primordial en el mismo.

Por último es importante matizar que el MSC que el énfasis del programa está en la construcción de recursos emocionales y no entra en abordar directamente las viejas heridas. Pero es una ayuda inestimable y complementaria a una un proceso psicoterapéutico, ya que sus ejercicios y prácticas son perfectamente extrapolables a dicho contexto, como potentes herramientas que hacen que el cliente pueda seguir practicando entre sesión y sesión.

Conclusiones

Debido al auge de nuevos programas basados en el desarrollo de habilidades centrales en *mindfulness* como son la compasión y la autocompasión (el MSC, el CCT y el CMT y nuevos modelos clínicos como la CFT, si bien este último se formuló hace mucho más tiempo) podríamos estar hablando del advenimiento de las Terapias de Cuarta Generación.

La principal razón de este crecimiento es que la práctica de la autocompasión se muestra muy efectiva a la hora de producir cambios que promocionan el bienestar psicológico e incluso físico de las personas. Y este efecto positivo se extiende también al tratamiento de diversas patologías, por lo que puede afirmarse que posee un notable efecto terapéutico (Neff, 2012). Unos de los hallazgos más consistentes en la literatura científica es que a mayor autocompasión menos depresión, ansiedad y estrés. De hecho un reciente metanálisis (MacBeth & Gumley, 2012) encontró en 20 estudios, un importante tamaño del efecto al examinar la relación entre autocompasión y psicopatología.

Más concretamente, podemos decir que la autocompasión se acompaña de menos estados negativos como, depresión, ansiedad, estrés, vergüenza e imagen corporal negativa.

Inversamente, la autocompasión se relaciona con estados positivos, tales como felicidad, satisfacción vital, optimismo y salud física.

Por tanto, es lógico pensar que cultivando la autocompasión estamos favoreciendo en nosotros y en nuestros clientes los estados emocionales positivos y, simultáneamente, hacemos más improbable la aparición de estados negativos.

Referencias bibliográficas

- Allen, N. B. & Knight, W. (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others. En P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 239-262). New York: Routledge.
- Alonso, M. (2012). Mindfulness en los Trastornos de Ansiedad. En M. T. Miró y V. Simón (Eds.), *Mindfulness en la Práctica Clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Alonso, M. (2015). Compassion in clinical practice: a conceptual and empirical review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 41-47
- Alonso, M., y Simón, V. (2013). *Meditaciones de Mindfulness y Autocompasión*. Triple Cd.libro, pp 6-7.
- Bishop, S.R. et AL. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11(3), 230-241.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self compassion*. New York: Guilford Press.
- Germer, C. K. (2015). The Heart of Healing. *Psychotherapy Networker*. Issue: September-October 2015
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2015). Cultivating self-compassion in trauma survivors. In V. M. Follette, J. Briere, D. Rozelle, J. W. Hopper, D. I. Rome, V. M. Follette, .D. I. Rome (Eds.), *Mindfulness-oriented interventions for trauma: Integrating contemplative practices* (pp. 43-58). New York: Guilford Press.
- Gilbert P. (2010). *Compassion focused therapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gillath, O., Shaver, P. R., Mikulincer, M., Nitzberg, R. E., Erez, A., & Van Ijzendoorn, M. H. (2005). Attachment, caregiving, and volunteering: Placing volunteerism in an attachment theoretical framework. *Personal Relationships*, 12, 425-446.
- Gumley, A., & Macbeth, A. (2014). A pilot study exploring compassion in narratives of individuals with psychosis: implications for an attachment-based understanding of recovery. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(8), 794-811.
- Hollis-Walker L, Colosimo K. (2011) Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- McEwan, K., Gilbert, P., & Duarte, J. (2012). An exploration of competitiveness and caring in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*. 51(1), 19-36.
- Neff, K.D. (in press). Self-Compassion: Moving Beyond the Pitfalls of a Separate Self-Concept. In *The Quiet Ego: Research and Theory on the Benefits of Transcending Egoistic Self-Interest*. Washington, D.C
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, (2), 223-250.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

- Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion. In C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy*, 79-92. New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44.
- Rinpoche, R. T., & Mullen K. (2005). The Buddhist use of compassionate imagery in Buddhist meditation. En: P. Gilbert (Ed.) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 218-238). London: Brunner-Routledge.
- Schanche, E., Stiles, T. C., Mccullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48, 293.
- Shonin, E., & Van Gordon, W. (2016). Thupten Jingpa on Compassion and Mindfulness. *Mindfulness*, 7, 279-283.
- Simón, V., y Alonso, M. (2015). *Meditaciones Nucleares MSC*. CD libro. 8-9.
- Simón, V. (2015). *La Compasión: El corazón de mindfulness*. Barcelona: Editorial Sello.
- Thupten, J. (2015). *A Fearless Heart; How the courage to be compassionate can transform our lives*. London: Penguin Random House.

UNED

Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores

Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4
Núm. páginas: 736
Año Edición: 2013
Editorial: UNED

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

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

Luis Botella y Cristina Riera

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

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

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

Resumen

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

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

Abstract

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

Keywords: *mindfulness, relational constructivism, psychotherapy integration*



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

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

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

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

El Mindfulness como Ingrediente Activo de las IPBMs

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

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

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

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

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

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

Novedad del Mindfulness como Ingrediente Activo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Particularidades y Retos del Desarrollo de las IPBMs

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

y replicables.

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

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

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

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

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

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

Tabla 1

Algunos factores comunes a las diferentes psicoterapias

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

Regulación conductual
Relación de confianza emocionalmente significativa
Relación terapéutica segura
Ritual

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

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

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

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

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

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

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

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

Una Visión Constructivista Relacional del las IPBMs

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sobre el Mindfulness como Moda

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

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

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

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

ENTRENAMIENTO EN *MINDFULNESS* PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA

MINDFULNESS TRAINING FOR PATIENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD): A DESCRIPTIVE REVIEW

Eduard Forcadell López

Institut de Neuropsiquiatria i Addicions, Hospital del Mar, Barcelona, España.
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Instituto de Neurociencias,
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España.

Mònica Astals Vizcaino

Institut de Neuropsiquiatria i Addicions, Hospital del Mar, Barcelona, España.

Devi Treen Calvo

Institut de Neuropsiquiatria i Addicions, Hospital del Mar, Barcelona, España.

Jacobo Chamorro López

Institut de Neuropsiquiatria i Addicions, Hospital del Mar, Barcelona, España.

Santiago Batlle Vila

Institut de Neuropsiquiatria i Addicions, Centre de Salut Mental
Infanto-Juvenil Sant Martí - La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Forcadell López, E., Astals Vizcaino, M., Treen Calvo, D., Chamorro López, J. y Batlle Vila, S. (2016). Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): una Revisión Descriptiva. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 203-213.



Resumen

Introducción y Objetivos: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la infancia y a menudo persiste en la edad adulta. Los tratamientos conductuales y farmacológicos constituyen las intervenciones más eficaces. Para paliar algunos de sus déficits ha surgido un interés en nuevos tratamientos. El mindfulness (atención plena) se ha posicionado como una aproximación prometedora para abordar síntomas nucleares del trastorno y otras afecciones relacionadas. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión descriptiva para investigar la evidencia de los tratamientos basados en mindfulness para personas con TDAH.

Método: Se realizó una búsqueda en la base de datos electrónica Pubmed, utilizando las palabras clave "mindfulness", "ADHD", "attention deficit disorder with Hyperactivity". Los criterios de inclusión fueron: artículos en inglés que emplearan intervenciones basadas en mindfulness para tratar pacientes (niños y adultos) con TDAH. Siete publicaciones cumplieron los criterios de selección para formar parte de la muestra.

Resultados: Se obtuvieron resultados positivos en todos los trabajos en referencia a la disminución de la sintomatología atencional e hiperactiva/impulsiva (en algunos casos reducciones superiores al 30% de los síntomas) medida a través de autoinformes. Los resultados en tareas neuropsicológicas no fueron tan favorables ni consistentes.

Discusión: Las intervenciones basadas en mindfulness para tratar pacientes con TDAH han mostrado resultados prometedores. En futuras investigaciones será necesario incorporar mejoras metodológicas; incrementar el tamaño de las muestras, grupos control, evaluaciones clínicas, incluir pruebas neuropsicológicas y examinar los efectos a largo plazo del tratamiento.

Palabras clave: TDAH, mindfulness, entrenamiento, revisión.

Abstract

Introduction and Objectives: The attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders in childhood and often persists into adulthood. Behavioral and pharmacological treatments are the most effective interventions. To overcome some of their deficiencies there has been an interest in new treatments. Mindfulness has emerged as a promising approach to address core symptoms of the disorder and other related conditions. The aim of this work is to perform a descriptive review to investigate evidence of mindfulness-based treatments for people with ADHD.

Method: A search was performed in Pubmed electronic database, using the keywords "mindfulness", "ADHD", "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity". Inclusion criteria were: articles in English that study mindfulness-based treatments for patients (children and adults) with ADHD. Seven publications met the criteria to be part of the final sample.

Results: Positive results were obtained in all the works referring to the reduction of attentional and hyperactive/impulsive symptoms (in some cases reductions over 30% of symptoms) as measured by self-report. The results obtained with neuropsychological tasks were not as favorable or consistent.

Discussion: Mindfulness-based interventions to treat ADHD patients have shown promising results. Future research will need to incorporate methodological improvements; increase the size of the samples, control groups, clinical evaluations, neuropsychological tests and examine the long-term effects of treatment.

Keywords: ADHD, mindfulness, mindfulness-based interventions, review.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes en la infancia y a menudo persiste en la edad adulta (Barkley, 1997). El diagnóstico requiere síntomas atencionales y/o conducta hiperactiva/impulsiva que causen una interferencia en el funcionamiento social, académico u ocupacional. No obstante, los déficits en las funciones ejecutivas y en la regulación emocional también están presentes en muchos pacientes (Martel, 2009) (Marije, Oosterlaan, Sergeant y Buitelaar, 2005). Los tratamientos conductuales y farmacológicos (principalmente estimulantes) son los tratamientos más eficaces para el TDAH como lo demuestran numerosos ensayos clínicos aleatorizados (Biederman, 2004). Sin embargo, ha surgido un interés en nuevas intervenciones no farmacológicas para optimizar los resultados en aquellos pacientes que no responden a la farmacoterapia (o lo hacen parcialmente), o para paliar algunos de los déficits de estos tratamientos, como el funcionamiento únicamente a corto plazo, los efectos secundarios y la baja adherencia (Schachter, Pham, King, Langford y Moher, 2001). Por otra parte, es necesario ampliar el abanico de intervenciones más allá de los síntomas centrales del TDAH para abordar aspectos ya mencionados como la disregulación emocional y los déficits en las funciones ejecutivas.

En este sentido, el mindfulness (atención plena) ha surgido como una nueva aproximación prometedora para tratar los síntomas principales y las afectaciones relacionadas en personas con este trastorno. El mindfulness (o atención plena) consiste en la práctica formal del aumento de la conciencia, la atención en el momento presente y la observación sin prejuicios (Kabat-Zinn, 2003). Se ha conceptualizado como un modelo de dos componentes que consiste en (a) orientar la atención en el momento presente y (b) aproximarse a la propia experiencia con curiosidad, apertura y aceptación (Bishop *et al.*, 2004). Intervenciones basadas en mindfulness han demostrado eficacia en pacientes que sufren depresión, estrés y dolor (Baer, 2003; Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010). El entrenamiento en mindfulness puede ser una opción viable para tratar el TDAH como lo demuestra la numerosa evidencia aportada en diversas áreas relacionadas con el trastorno. La investigación reciente ha demostrado que el entrenamiento en atención plena puede modificar el funcionamiento de las redes atencionales (Jha, Krompinger y Baime, 2007), mejora el rendimiento en tareas que miden funciones ejecutivas (atención, memoria de trabajo y control cognitivo) (Heeren y Philippot, 2010) (Semple, 2010), puede producir cambios en la actividad de los circuitos fronto-estriados (Chiesa y Serretti, 2009; Kilpatrick *et al.* 2011; Tang *et al.* 2010), alterar los niveles de neurotransmisores (dopamina) (Kjaer *et al.* 2002), modular los patrones electroencefalográficos (Davidson *et al.* 2003; Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard y Davidson, 2004) y producir un aumento del grosor cortical (Lazar *et al.* 2005). El objetivo de la presente revisión es investigar la evidencia de los tratamientos basados en mindfulness para personas (niños y adultos) con TDAH.

Métodos

Se realizó una búsqueda en la base de datos electrónica *Pubmed* para identificar artículos que estudiaran tratamientos basados en mindfulness para personas con TDAH. Las palabras clave utilizadas fueron “mindfulness”, “ADHD”, “Attention Deficit Disorder with Hyperactivity” y las diferentes combinaciones de estos términos. El criterio de inclusión consistió en seleccionar artículos en inglés que emplearan intervenciones (individuales o grupales) basadas en mindfulness para tratar pacientes (niños y adultos) con TDAH. Se consideraron como intervenciones basadas en mindfulness tanto la reducción del estrés basada en atención plena (REBAP, en inglés *Mindfulness-based Cognitive Therapy*, MBCT) como la terapia cognitiva basada en mindfulness (TCBM, en inglés *Mindfulness-based Cognitive Therapy*, MBCT).

La búsqueda no se limitó con ningún criterio temporal ni diseño experimental. No se incluyeron revisiones ni estudios de disertación. Esta búsqueda se realizó el 1 de septiembre de 2015.

Siete publicaciones cumplieron los criterios de selección para formar parte de la muestra final de la revisión (se encuentran resumidas en la tabla 1). Se trata de estudios homogéneos en cuanto a la intervención, el diseño utilizado y los resultados obtenidos. Las diferencias más significativas entre artículos hacen referencia a la muestra (niños o adultos) y las variables dependientes (diferentes cuestionarios autoinformados sobre TDAH, tareas atencionales o neuropsicológicas, entre otros).

Resultados

En el presente apartado se realiza una descripción de los diferentes estudios seleccionados. La estructura a seguir viene dada por la muestra seleccionada (niños o adultos, excepto el primer artículo que tiene participantes de las dos franjas de edad) y por el año de publicación. Este orden en la presentación coincide con la complejidad de los diseños de los estudios.

Sin embargo, antes de analizar los diferentes artículos es necesario resumir brevemente la temática central de la revisión: las intervenciones basadas en mindfulness para personas con TDAH. Estas intervenciones se han convertido en una nueva herramienta para modular o reducir el estrés y tratar trastornos psiquiátricos (Baer, 2003). Se trata de una intervención innovadora por su formato, basada en la meditación, que pone el énfasis en la observación y una postura no reactiva hacia los pensamientos, emociones y estados corporales de uno mismo. Aunque la relajación es un componente importante del mindfulness, el elemento central de la intervención es un proceso cognitivo intencional caracterizado por la autorregulación de la atención hacia el momento presente con una orientación de apertura y aceptación de las propias experiencias (Bishop *et al.*, 2004).

La incorporación de esta técnica junto con otros métodos, particularmente la terapia cognitivo conductual, ha supuesto el desarrollo de diferentes tratamientos

Tabla 1. Resumen de los estudios sobre tratamientos basados en mindfulness para personas con TDAH (por orden cronológico).

Estudio	n	Descripción muestra	Edad media (d.e.) género (% hombres)	Tratamiento	Diseño	Retención	Variables dependientes	Resultados y tamaño del efecto (si se especifica)
Zywickia et al. (2008)	32	8 niños 24 adultos	15.6 (1.1), 38% 48.5 (10.9), 38%	2.5h, grupo, 8 sesiones semanales, práctica diaria en casa.	Prepost, no control	86% 75%	Principales: ADHD rating scale IV (adultos), SNAP-IV (niños), ANT, Stroop, TMT, Digitos, vocabulario. Secundarias: BAI, BDI, CDI, RCMAS	76% reportaron reducción de los síntomas. Mejoras significativas en tareas atencionales (ANT, stroop, TMT). Adultos mejoran en BDI y BAI.
Van der Oord, Boggs, Peynburg (2011)	33	22 mindfulness 11 lista de espera (22 padres)	- (-) 8-12 años, 73% - (-) 8-12 años, -	1.5h, grupo, 8 sesiones semanales, práctica diaria en casa. Entrenamiento en mindfulness para padres.	Prepost, no control. Seguimiento a las 8 semanas	81.8%	Principales: DBDRS, ARS. Secundarias: PSI, PSI, MAAS.	Reducción de síntomas atencionales (d=0.8) e hiperactivos/impulsivos (d=0.56) informados por padres. Reducción del estrés parental (d=0.57).
Van de Weijer- Bergsma et al. (2011)	10	10 niños (19 padres 7 profesores)	13.4 (-), 50%	1.5h, grupo, 8 sesiones semanales, práctica diaria en casa. Entrenamiento en mindfulness para padres (misma estructura).	Prepost, no control, 2 seguimientos a las 8 y a las 16 semanas	100%	Principales: YSR, CBCL, TRF, BRIEF Secundarias: MAAS, SAD, SAA, PSI, PSI, ANT.	Mejora síntomas atencionales (d=0.9), y conducta (d=0.2), (autofirmas, informe padres y profesores). Mejora en tareas atencionales (d=0.9). Padres (no madres) tienen reducción de estrés parental (d=0.7). Efectos más potentes en el primer seguimiento.
Mitchell et al. (2013)	20	11 mindfulness 9 lista de espera	40.55 (6.83), 45.6% 36.22 (6.92), 33.3%	2.5h, grupo, 8 sesiones semanales, práctica diaria en casa.	Prepost, no control, aleatorizado.	100%	Principales: CAARS, DEFS, BRIEF, DERS, ANT, TMT, digitos, CPT. Secundarias: CGI, BDI, BAI	Mejora de síntomas atencionales (d=1.09), hiperactivos/impulsivos (d=0.75), FE (d=0.65) y en mejora en tareas de FE.
Schoenbert et al. (2014)	50	26 MBCT 24 lista de espera	39.5 (9.5), 37.5% 33.9 (9.6), 60%	3h, grupo, 12 sesiones semanales, práctica diaria de 30-45 minutos.	Prepost, no control, aleatorizado.	82%	Principales: CAARS-S:SV, registro actividad electroencefalográfica Secundarias: OQ-45.2, KIMS.	El grupo de MBCT se asoció con aumento de puntuaciones conociendo con disminución de sintomatología atencional e hiperactiva/impulsiva.
Edel et al. (2014)	91	39 MBCT 52 entrenamiento habilidades	33.8 (10.1), 69% 36.7 (10.1), 61.5%	2h, grupo, 13 sesiones semanales, práctica diaria.	Prepost, no control, no aleatorizado.	100%	Principales: WRI Secundarias: MAAS, GSES.	Los 2 grupos muestran reducciones similares en síntomas diferitos (no hay diferencias significativas en la interacción tiempo x grupo). Sin embargo, existe un mayor número de participantes del grupo MBCT (un 30.8%) con una reducción igual o mayor al 30% de los síntomas.
Buono et al. (2015)	68	48 TDAH: 24 MBCT 24 no MBCT	31.2 (7.5), 62.4% 31.7 (7.8), 54.5%	2.5h, grupo, 8 sesiones, práctica diaria en casa.	Prepost, no control, no aleatorizado.	87.5% 91.6%	Principales: ASRS, ANT, CPT-II. Secundarias: BDI, STAI, PANAS-X, AAQOL	Mejora de síntomas depresivos (g=-0.7), calidad de vida. (g=-1.5) y tareas atencionales. (g=-0.9).
		20 controles: 10 MBCT 10 no MBCT	26.9 (3.9), 37.5% 28.7 (6.5), 40%			80% 90%		

Nota. n, tamaño de la muestra; d.e., desviación estándar; d, de Cohen; g, de Hedges; SNAP-IV, Swanson, Miller and Pelham Scale; BAI, Beck Anxiety Inventory; BDI, Beck Depression Inventory; Inventory; RCMAS, Revised Children's Manifest Anxiety Scale; ANT, Attention Network Test; TMT, Trail Making Test; DBDRS, Disruptive Behavior Disorder Rating Scale; PSI, Parenting Stress Index; PS, Parenting Scale; MAAS, Mindfulness Attention and Awareness Scale; ARS, ADHD Rating Scale; YSR, Youth Self Report; CBCL, Child Behavior Checklist; TRF, Teacher Report Form; BRIEF, Behavior Rating Inventory of Executive Functioning; SAD, Sustained Attention Data; SAA, Sustained Attention Auditory; MBCT, Mindfulness Based Cognitive Therapy; CAARS, Conners Adult ADHD Rating Scale; CGI, Clinical Global Impression; DCFS, Deficits in Executive Functioning Scale; DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale; CPT, Continuous Performance Test; FE, Funciones Ejecutivas; OQ-45.2, Outcome Questionnaire; KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness; WRI, Weirder-Reimherr Interview; GSES, Generalized Self-Efficacy Scale; ASRS, Adult Self-Report Scale; PANAS-X, Positive and Negative Affect Schedule-Expanded; AAQOL, Adult ADHD Quality of Life Questionnaire

basados en mindfulness para el estrés, depresión, trastorno de personalidad límite, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Baer, 2003) (Seidman, 2006).

No obstante, la investigación en cuanto a la eficacia de estos tratamientos para intervenir en el TDAH es mucho menor. Los pacientes con TDAH presentan déficits de control ejecutivo, incluyendo atención, memoria de trabajo, inhibición, motivación y regulación emocional (Nigg y Casey, 2005). Muchas de estas dificultades se pueden categorizar como déficits de autoregulación (Barkley, 1997). Las intervenciones basadas en mindfulness incrementan la capacidad de autoregulación de la atención y la emoción (Teasdale, Segal y Williams, 1995). El entrenamiento mediante este tipo de meditación puede incrementar la capacidad de alerta, orientación de la atención, metacognición, inhibición, memoria de trabajo así como la regulación emocional (Brown y Ryan, 2003). Estos argumentos, desde un punto de vista teórico, hacen que las intervenciones basadas en mindfulness se consideren un tratamiento prometedor para los síntomas nucleares del TDAH.

A continuación se muestra una selección de siete artículos que han intentado extrapolar a la práctica la idoneidad teórica de este tratamiento, con el objetivo de evaluar la eficacia de la intervención en pacientes con TDAH.

En el primero de los artículos, desarrollado por el equipo liderado por Zylowska et al. (2008), se puso a prueba un programa de entrenamiento en mindfulness de 8 sesiones semanales de 2.5 horas de duración con una muestra de 32 pacientes con TDAH (8 adolescentes y 24 adultos), con el objetivo de estudiar su eficacia y si era factible implementar un tratamiento de este tipo. Se trata de un diseño pre-test/post-test sin grupo control. La mayoría de los participantes completaron el entrenamiento y refirieron elevados nivel de satisfacción con el mismo. Se detectaron mejoras significativas tanto para adolescentes como para adultos en los síntomas autoinformados de TDAH (en un 78% de los participantes, de los cuales un 30% obtuvo una reducción de la sintomatología del 30% o más). En cuanto a las tareas neuropsicológicas, también hubo mejoras significativas en conflicto atencional (Attention Network Test, ANT y Stroop color-palabra) y en atención dividida (Trail Making Test A y B, TMT A y B) pero no para pruebas que medían la memoria de trabajo. Considerando el subgrupo de adultos, estos redujeron significativamente los síntomas autoinformados de depresión y ansiedad.

Por otra parte, el equipo de van der Oord (van der Oord, Bögels y Peijnenburg, 2011) estudió la eficacia de un tratamiento similar (de una duración inferior, 8 sesiones de 1.5 horas) en una muestra de 33 niños (pre/post, 22 niños en el grupo de tratamiento y 11 en el grupo control formado por la lista de espera, aleatorizados, con un seguimiento a las 8 semanas). Los padres de los 22 niños incluidos en el entrenamiento realizaron un tratamiento paralelo de las mismas características (n=22). En cuanto a los resultados, se detectó una reducción significativa de los síntomas atencionales e hiperactivos/impulsivos informados por los padres y una disminución de los síntomas de los propios progenitores. Por otra parte, los padres mostraron un aumento significativo de su conciencia de atención plena. También

se analizaron los cambios entre las puntuaciones pre y seguimiento a las 8 semanas, detectando reducciones significativas de la sintomatología atencional e hiperactiva/impulsiva tanto en los niños como en los padres. Adicionalmente se observó una reducción del estrés paterno y de la sobreacción. El estudio también incorporó la evaluación de los profesores de los niños que no mostró reducciones significativas de la sintomatología.

En el mismo año el equipo de van de Weijs-Bergsma (van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin y Bögels, 2011) estudió la eficacia de un tratamiento basado en meditación *mindfulness* muy similar al descrito anteriormente, pero esta vez con 10 adolescentes. En este caso también se describe un entrenamiento en *mindfulness* para los padres ($n = 19$), paralelo al de los hijos. Los profesores también participaban contestando algunos cuestionarios. El diseño consistía en un pre/post sin grupo control con dos seguimientos a las 8 y a las 16 semanas (en este último seguimiento sólo participaron los adolescentes). En cuanto a los resultados: (a) a nivel atencional, en el seguimiento a las 8 semanas, tanto los padres (y no las madres ni los profesores) como los adolescentes, informaron de una reducción significativa de los problemas atencionales; (b) considerando los problemas externalizantes, los padres informaron de una mejora significativa tras el tratamiento y en el seguimiento a las 8 semanas; (c) los problemas internalizantes no mostraron una reducción significativa.

Por otra parte, no se detectaron mejoras significativas en cuanto al funcionamiento ejecutivo ni en la conciencia de la capacidad de atención plena (autoinformados). Los padres (y no las madres) informaron de una reducción significativa en el estrés paterno (que se mantuvo en el seguimiento a las 8 semanas). Los adolescentes no informaron de cambios con respecto a su fatiga ni a sus sentimientos de felicidad. Por último, las pruebas informatizadas para medir la atención detectaron una reducción significativa de la velocidad de reacción y de las falsas alarmas que no se mantuvieron en los seguimientos.

Mitchell et al. (2013) y su equipo publicaron un artículo en el que pretendían estudiar un tratamiento grupal basado en *mindfulness* para adultos con TDAH. En concreto utilizaron una muestra de 20 pacientes (pre/post, 11 en el grupo de tratamiento y 9 en el grupo control formado por la lista de espera, aleatorizados). El tratamiento utilizado era muy similar al del primer artículo descrito (8 sesiones de 2.5 horas). En cuanto a los resultados, el grupo que recibió el tratamiento redujo significativamente la sintomatología atencional (autoinformada y observada clínicamente) comparado con el grupo control. También se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la sintomatología hiperactiva/impulsiva. Un 63.6% de los pacientes del grupo de tratamiento exhibieron una reducción de la sintomatología (autoinformada) igual o superior al 30%, comparado con el 0% del grupo control. Clínicamente, el porcentaje de pacientes que mostraron una reducción de estas dimensiones fue superior (81.8% para los síntomas atencionales y 72.7% para los síntomas hiperactivos/impulsivos).

En cuanto a las funciones ejecutivas se detectó una mejora significativa en las

escalas autoinformadas y a nivel clínico. Sin embargo, esta diferencia no se observó en las tareas neuropsicológicas (ANT, TMT, dígitos y Continuous Performance Test, CPT). Por último, con respecto a la disregulación emocional, se observó una mejora significativa de los síntomas autoinformados.

Schoenberg et al. (2014) y su equipo de la universidad de Radboud publicaron un estudio en el año 2014 con el objetivo de comprobar la eficacia de una terapia cognitiva grupal basada en mindfulness de 12 sesiones de 3 horas de duración. La muestra empleada estaba compuesta por 50 participantes adultos: 26 en el grupo de tratamiento, 24 en el grupo control (lista de espera), todos aleatorizados.

Una de las peculiaridades de este estudio es que para evaluar la eficacia del tratamiento midieron potenciales evocados. Considerando los resultados, los pacientes del grupo de tratamiento tuvieron un incremento significativo de las amplitudes de los potenciales Pe (relacionados con la prominencia de los errores) y NoGo-P3 (relacionados con el control inhibitorio). Por otra parte, examinando los síntomas autoinformados se detectaron reducciones significativas con respecto a la sintomatología atencional, hiperactiva/impulsiva, malestar por los síntomas y rol social. Se observó un incremento significativo de todas las habilidades de atención plena autoinformadas. Por último, se detectó una correlación entre el incremento de la amplitud de Pe y una mejora de la sintomatología atencional así como entre el incremento de la amplitud de Nogo- P3 y una atenuación de la sintomatología hiperactiva/impulsiva.

Edel, Holter, Wassink y Juckel (2014) publicaron el único estudio que compara el entrenamiento en mindfulness con otra intervención psicológica. Con la muestra más amplia (91 participantes), compararon dos intervenciones grupales (entrenamiento en mindfulness y entrenamiento en habilidades derivado de la Terapia Dialéctica Conductual, los dos de 13 sesiones semanales de 2 horas de duración) para reducir síntomas del TDAH en pacientes adultos mayoritariamente medicados, que fueron asignados a una de las dos condiciones de manera no aleatorizada.

Los dos programas obtuvieron resultados similares en la reducción de los síntomas del TDAH, mejora de las habilidades de atención plena y de la autoeficacia (los tamaños del efecto fueron de rango bajo-medio). Sin embargo, un 30.8% de los pacientes del grupo de mindfulness consiguió un decremento de los síntomas igual o superior al 30%, mientras que en la otra condición experimental lo lograron solamente el 11.5% (aunque estas diferencias no resultaron significativas).

Recientemente, Bueno y colaboradores (Bueno et al. 2015) de la Universidad de Sao Paulo, publicaron un artículo con el objetivo de valorar qué efectos tenía el entrenamiento en mindfulness en relación al estado de ánimo, la calidad de vida y la atención en una muestra de adultos con diagnóstico de TDAH comparado con un grupo control. La muestra de estudio era de 68 sujetos, 48 pacientes con diagnóstico de TDAH y 20 controles. Los pacientes y controles no fueron asignados aleatoriamente a la condición experimental. De los 48 pacientes, 24 accedieron a la intervención en atención plena, y de los 20 controles lo hicieron 10. El entrenamien-

to en mindfulness consistió en 8 sesiones semanales con una duración de 2.5 horas. La formación contemplaba también el entrenamiento entre sesiones en el que los sujetos tenían que practicar diariamente tanto de manera formal como informal. Para facilitar esta tarea, al inicio del programa se les entregó material con diferentes ejercicios de mindfulness. En cuanto a los resultados, se observó que los pacientes con TDAH obtuvieron peores puntuaciones en todas las medidas empleadas respecto al grupo control (personas sanas). Los resultados en relación a la intervención con mindfulness, demostraron una mejoría en el estado de ánimo, la calidad de vida, la atención sostenida y el control ejecutivo en ambos grupos, pacientes con TDAH y controles, alcanzando tamaños del efecto grandes.

Discusión

Como se ha podido observar, los siete artículos seleccionados aportan resultados favorables en referencia a la aplicación de intervenciones basadas en mindfulness para TDAH. No obstante, antes de proceder a interpretar los resultados y a extraer conclusiones es necesario hacer una descripción general de la metodología seguida por los artículos.

Fijándonos en los siete estudios, podemos observar que un 71% incluye un grupo control (en la mayoría de los casos formado por la lista de espera). Sólo 2 de los 7 artículos hacen seguimientos de los pacientes (un estudio a 8 semanas y el otro hasta 16 semanas). El tamaño de las muestras oscila entre los 10 y los 91 participantes, con una muestra media de 43 participantes. En cuanto al tratamiento, las intervenciones basadas en mindfulness tienen una estructura bastante similar; 5 de los estudios realizan tratamientos de 8 sesiones (los otros 2 utilizan programas de 12 y 13 sesiones). Dos de los estudios tienen una duración por sesión de 1.5 horas y los otros cinco artículos describen duraciones entre 2 y 3 horas. La retención de los participantes en el tratamiento es bastante elevada en todos los casos, variando del 75 al 100%. Por último, es importante considerar que todos los estudios han realizado intervenciones grupales.

Si examinamos los resultados de manera global, podemos afirmar que todos los estudios obtienen mejoras en la sintomatología atencional e hiperactiva/impulsiva después de aplicar el tratamiento, en varios casos con reducciones superiores al 30% de la sintomatología. Estos resultados suelen hacer referencia a cuestionarios autoinformados (o informados por los padres y/o profesores en el caso de los niños), siendo éste uno de los puntos débiles en este ámbito de investigación. Y es que sólo 2 de los artículos evalúa la sintomatología mediante la exploración clínica.

Otra manera de explorar los síntomas asociados al TDAH es a través de tareas o experimentos de laboratorio que reflejen los déficits que conlleva el trastorno (problemas atencionales y de control ejecutivo). En este caso los resultados no son tan favorables. A pesar de ello, algunos estudios han obtenido discretas mejoras (poco consistentes entre los distintos artículos) en tareas de laboratorio que evalúan

funciones atencionales y ejecutivas (subtests de la ANT, Stroop, TMT A y B, CPT-II). Por otro lado, el estudio de Schoenberf *et al.* (2014) refleja cambios favorables en los potenciales evocados después del tratamiento.

Otra crítica importante de la muestra de artículos seleccionados es el control que se hace de los tratamientos farmacológicos que toman los participantes. Mientras que algunos de los estudios ni siquiera recogen esta información, otros se limitan a aceptar pacientes con dosis estables de un fármaco y a excluir aquellos que sufren modificaciones de la pauta farmacológica durante el tratamiento.

Siguiendo con la metodología de los estudios, es necesario apuntar que se trata de diseños muy sencillos con muestras pequeñas (pre/post, con grupo control en el mejor de los casos). En la mayoría de los estudios toman como referencia los participantes en lista de espera, siendo necesario para futuras investigaciones contrastar el tratamiento basado en mindfulness con otras intervenciones (psicológicas y farmacológicas). En este sentido, uno de los aspectos a mejorar es el del seguimiento de los efectos del tratamiento. Se trata de un aspecto que sólo se incorpora en dos de los estudios, llegando sólo a las 16 semanas de seguimiento.

Por último, y haciendo referencia a las limitaciones de la presente revisión, un aspecto a desarrollar sería el de cuantificar la potencia de los diferentes estudios (mediante el tamaño del efecto, por ejemplo) para poder identificar los resultados más importantes, establecer las diferencias entre artículos y realizar una revisión sistemática.

Como conclusión, los estudios anteriores han mostrado resultados aún preliminares pero prometedores. Con el objetivo de aportar un sólido cuerpo de conocimiento en esta línea de trabajo será necesario incorporar ciertas mejoras, tales como conseguir muestras más amplias, grupos controles (participantes que sigan otros tratamientos, no sólo en lista de espera), incorporar autoinformes de familiares y profesores y evaluaciones clínicas, incluir pruebas neuropsicológicas y tareas de laboratorio (que midan no sólo síntomas atencionales sino déficits en memoria de trabajo y disregulación emocional) y examinar los efectos a largo plazo del entrenamiento en mindfulness.

Referencias bibliográficas

- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10, 125-143.
- Barkley, R. (1997). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Self-Regulation, and Time. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 18, 271-279.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 3-7.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., y Carmody, J. et al. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 11, 230-241.
- Brown, K., y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 84, 822-848.

- Bueno, V., Kozasa, E., da Silva, M., Alves, T., Louzã, M., y Pompéia, S. (2015). Mindfulness Meditation Improves Mood, Quality of Life, and Attention in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Biomed Research International*, 2015, 1-14. doi:10.1155/2015/962857
- Chiesa, A., y Serretti, A. (2009). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40, 1239-1252.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., y Santorelli, S. et al. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Edel, M., Holter, T., Wassink, K., y Juckel, G. (2014). A Comparison of Mindfulness- Based Group Training and Skills Group Training in Adults With ADHD: An Open Study. *Journal Of Attention Disorders*.
- Heeren, A., y Philippot, P. (2010). Changes in Ruminative Thinking Mediate the Clinical Benefits of Mindfulness: Preliminary Findings. *Mindfulness*, 2, 8-13.
- Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 78, 169-183.
- Jha, A., Krompinger, J., y Baime, M. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 7, 109-119.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 10, 144-156.
- Kilpatrick, L., Suyenobu, B., Smith, S., Bueller, J., Goodman, T., y Creswell, J. et al. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction training on intrinsic brain connectivity. *Neuroimage*, 56, 290-298.
- Kjaer, T., Bertelsen, C., Piccini, P., Brooks, D., Alving, J., y Lou, H. (2002). Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness. *Cognitive Brain Research*, 13, 255-259.
- Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., Gray, J., Greve, D., y Treadway, M. et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16, 1893-1897.
- Lutz, A., Greischar, L., Rawlings, N., Ricard, M., y Davidson, R. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, 101, 16369-16373.
- Marije Boonstra, A., Oosterlaan, J., Sergeant, J., y Buitelaar, J. (2005). Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 35, 1097-1108.
- Martel, M. (2009). Research Review: A new perspective on attention- deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 50, 1042-1051.
- Mitchell, J., McIntyre, E., English, J., Dennis, M., Beckham, J., y Kollins, S. (2013). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for ADHD in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *Journal Of Attention Disorders*.
- Nigg, J., y Casey, B. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Develop. Psychopathol.*, 17.
- Schachter, H. M., Pham, B., King, J., Langford, S. y Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 1475-1488.
- Schoenberg, P., Hepark, S., Kan, C., Barendregt, H., Buitelaar, J., y Speckens, A. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, 125, 1407-1416.
- Seidman, L. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical Psychology Review*, 26, 466-485.
- Semple, R. (2010). Does Mindfulness Meditation Enhance Attention? A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 1, 121-130.
- Tang, Y., Lu, Q., Geng, X., Stein, E., Yang, Y., y Posner, M. (2010). Short-term meditation induces white matter changes in the anterior cingulate. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences*, 107, 15649-15652.
- Teasdale, J., Segal, Z., y Williams, J. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research And Therapy*, 33, 25-39.
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsa, A., de Bruin, E., y Bögels, S. (2011). The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *Journal Of Child And Family Studies*, 21, 775-787.
- van der Oord, S., Bögels, S., y Peijnenburg, D. (2011). The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *Journal Of Child And Family Studies*, 21, 139-147.
- Zylowska, L., Ackerman, D., Yang, M., Futrell, J., Horton, N., y Hale, T. et al. (2007). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD: A Feasibility Study. *Journal Of Attention Disorders*, 11, 737-746.

BURNOUT Y AUTOCONCEPTO EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS

BURNOUT AND SELF-CONCEPT IN CLINICAL PSYCHOLOGISTS

María Emilia Oñate (UCA, CIIPME-CONICET)

Licenciada en Psicología. Becaria doctoral del Grupo Vinculado al CIIPME-CONICET, docente en la Universidad Católica Argentina Sede Paraná.

Santiago Resett (UCA, CONICET)

Doctor en Psicología. Becario postdoctoral del CONICET, docente en la Universidad Católica Argentina Sede Paraná.

María Soledad Menghi (UCA, CIIPME-CONICET)

Licenciada en Psicología. Becaria doctoral del Grupo Vinculado al CIIPME-CONICET, docente en la Universidad Católica Argentina Sede Paraná.

María Fabiola Iglesia (UCA)

Doctor en Psicología.

Docente en la Universidad Católica Argentina Sede Paraná.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Oñate, M.E., Resett, S., Menghi, M.S., y Iglesia, M.F. (2016). Burnout y Autoconcepto en Psicólogos Clínicos. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 215-229.

Resumen

Uno de los posibles riesgos psicosociales de la actividad laboral es desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo o burnout. El burnout puede manifestarse en cualquier persona que esté en una relación de cuidado con respecto a otra y es por esto que la mayoría de las investigaciones se ha orientado a los profesionales de los servicios humanos. Esta preocupación se ha extendido también a los psicólogos que trabajan en el campo clínico, sin embargo, existen pocos estudios empíricos a este respecto en Argentina. Así el propósito de esta investigación descriptivo-correlacional era describir el nivel de burnout y su relación con los dominios del autoconcepto, en una muestra de 81 profesionales psicólogos/as clínicos de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina. Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson y el Perfil de Autopercepción para Adultos de Messer y Harter. En este estudio se advirtieron niveles medios de agotamiento emocional, altos de realización personal en el trabajo y bajos en despersonalización. Se evidenció que aquellos sujetos con niveles más altos de burnout se evaluaban más negativamente y que el burnout era un predictor de algunos dominios del autoconcepto (competencia laboral, inteligencia, manejo del hogar, moralidad, protección, provisión, relaciones íntimas y humor). En las conclusiones se analizan estos hallazgos y sus implicancias; asimismo, se brindan sugerencias para futuros estudios.

Palabras clave: burnout, autoconcepto, psicología clínica.

Fecha de recepción: 30/10/2015. Fecha de aceptación v1: 22/12/2015. Fecha de aceptación v2: 28/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: emiliaonate@yahoo.com.ar

Dirección postal: Universidad Católica Argentina Sede Paraná. Piedrabuena 80, 4° "A", Paraná – Entre Ríos, Argentina. C.P. 3100.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Abstract

A possible psychosocial risks of work is to develop burnout. Burnout can occur in anyone who is in a relationship of care with respect to another; for this reason, the why most of the research has focused on the human services professionals. This concern has also spread to the psychologists working in the clinical field, however, there are few empirical studies on this subject in Argentina. Thus purpose of this descriptive-correlational research was to describe the level of burnout and its relation to domains of self-concept in a sample of 81 professional clinical psychologists in the city of Parana, Entre Rios, Argentina. It was used the Maslach and Jackson Burnout Inventory and the Messer and Harter Self-Perception Profile for Adults. This study showed mean levels of emotional exhaustion, high levels of personal fulfillment at work and low levels of depersonalization. It showed that those individuals with high levels of burnout were evaluated more negatively and that burnout was a predictor of some domains of self-concept (job competence, intelligence, home management, morality, protection, provision, intimacy and humor). In the conclusions we discuss these findings and their implications, also suggestions for future studies are provided.

Keywords: burnout, self-concept, clinical psychology.

INTRODUCCIÓN

Numerosos autores de distintos campos disciplinares han destacado que el trabajo es una actividad esencial para la plenitud del ser humano (Muchinsky, 2007; Prior Olmos, 1988). Sin embargo, esta tarea puede implicar dificultades y peligros tanto físicos como psicológicos. Así uno de los posibles riesgos psicosociales de la actividad laboral es desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo o *burnout*.

El burnout es considerado como un proceso de respuesta a estresores crónicos de índole emocional e interpersonal y se compone de tres dimensiones sintomáticas: el agotamiento emocional, la despersonalización y la escasa realización personal (Leiter y Maslach, 2009; Maslach, 2009; Maslach, 2003; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Omdahl y Fritz, 2006). Siguiendo a Gil-Monte (2005), esto puede desencadenarse por aspectos personales, características del contexto laboral-organizacional o bien por circunstancias externas al trabajo, como la relación trabajo-familia.

Gil-Monte y Peiró (1997, p. 13) definen el síndrome de quemarse por el trabajo de la siguiente forma: “*A lo largo de estos años el síndrome de quemarse por el trabajo ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos*”. Dicho síndrome conlleva un proceso de pérdida de la implicación personal en la tarea que se realiza y produce efectos perjudiciales para la persona –a nivel afectivo, conductual y somático– y para su trabajo.

Estar quemado es tener la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y mostrando, al mismo tiempo, una fuerte actitud negativa hacia las personas que los rodean, especialmente con las que se trabaja; coloquialmente, “*‘estar quemado’ se emplea para manifestar que cualquier esfuerzo destinado a hacer las cosas bien es poco menos que inútil*”, lo que señala que aquella ilusión que el trabajo generaba se ha desvanecido (Gil-Monte y Peiró, 1997, p. 15).

El burnout puede manifestarse en cualquier persona que esté en una relación de cuidado con respecto a otra (Maslach, 2003; 2009) es por esto que el síndrome se investiga principalmente en profesiones asistenciales ya que en estos trabajos se requiere un profundo e intenso contacto con otras personas que muchas veces se encuentran en situaciones de dolor, miedo, angustia o muerte lo que tendría mayor tendencia a provocar un proceso disfuncional de deterioro (Bosqued, 2008; Maslach, 2006).

Según Hernández Zamora, Olmedo Castejón e Ibáñez Fernández (2003), la mayoría de las investigaciones sobre burnout se ha orientado a los profesionales de los servicios humanos. Así dicha preocupación se ha extendido también a los psicólogos que trabajan en el campo clínico.

La Psicología Clínica es una de las ramas aplicadas de la Psicología que implica toda utilización de medios psicológicos para tratar una enfermedad mental, una inadaptación, o bien alguna dificultad que la persona considere significativa de ser elaborada; y es el área principal de trabajo de los psicólogos/as (Muchinsky,

2007). Comprometerse en un trabajo terapéutico es un contexto social que afecta la problemática personal del terapeuta como casi ninguna otra lo hace.

El psicólogo clínico puede verse afectado por su trabajo de manera positiva y/o negativa. Positiva ya que el tratamiento actúa como un potente estímulo de crecimiento personal y propicia posibilidades de cambio en el terapeuta, de manera que pueda con ello mejorar su calidad de vida y la de sus clientes (Aponte y Winter, 1988); o puede afectar de manera negativa generando burnout, entre otros, y este síndrome no modificará solamente el rendimiento en el trabajo (Napione Bergé, 2008) sino que el quemarse incide en su vida privada y en todos los aspectos de la misma debido a que las actitudes cínicas, de desprecio y el endurecimiento permanente de los sentimientos impactan fuertemente sobre su familia y amigos (Gil-Monte y Peiró, 1997 citado en Marrau, 2009).

Dentro de los planos de afectación del burnout se menciona la dimensión personal, el síndrome de quemarse por el trabajo podría afectar las creencias y representaciones que uno tiene sobre sí, es decir el sí mismo, un aspecto vital de la salud psicológica de un individuo (Facio, Resett, Mistrorigo y Micocci, 2006). Dentro del estudio del sí mismo encontramos el autoconcepto, esto es, los atributos y rasgos que uno tiene a nivel de la conciencia y que emplea para describirse a sí mismo en distintos dominios o aspectos de su vida (Harter, 1999); el mismo se va configurando a partir de las experiencias personales y por la retroalimentación de expectativas con otras personas (Bandura, 1997 citado en Prieto Navarro, 2007).

Harter (2012) distingue claramente que la autoestima global es el nivel general de valoración de la propia persona, mientras que el autoconcepto se refiere a la autoevaluación en un dominio o a través de diferentes aspectos de la vida, tales como moralidad, sentido del humor, competencia laboral, apariencia física, etcétera. Pastor, Belaguer y García-Merita (2006) afirman que las autopercepciones en las diferentes dimensiones del autoconcepto ayudan a entender el comportamiento de los sujetos.

El autoconcepto tiene la función positiva de organizar las expectativas y brindar una guía para facilitar la interpretación de las experiencias. Asimismo, tiene una gran relevancia para la organización personal, la motivación (Harter, 2012) y para la autorregulación de la conducta en las actividades sociales y conscientes (Casullo, 1990). Otros autores colaboran con esta idea ya que sostienen que el autoconcepto ejerce un papel protector o inmunizante (Fariña, Arce y Suárez, 2006).

No obstante, el autoconcepto también presenta potenciales consecuencias negativas y riesgos (Harter, 1999). El más claro ejemplo de ello es la depresión: una imagen totalmente negativa de uno mismo puede conducir a autolesionarse o al suicidio. En otras palabras, situaciones de desprotección, impotencia y rechazo pueden dañar y afectar la imagen de uno mismo. Esto se debe a que las autorepresentaciones que forman el autoconcepto son modificables y una nueva apropiación cognitiva de un hecho puede provocar una vulnerabilidad en el sí

mismo (Higgins, 1991).

Gil-Monte y Peiró (1997), Wolfberg (2004) y Omdahl y Fritz (2006), en sus investigaciones han señalado que altos niveles de burnout se relacionan con un estado de salud deficiente y además detallan algunos indicadores:

- Afectivo-emocionales: sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia, de omnipotencia, ansiedad, preocupación excesiva, dificultad para sentir compasión, interés excesivo en la salud física, introvertirse o “soñar despierto”.
- Actitudinales-conductuales: agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enojo frecuente, irritabilidad, no verbalizar, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia, indecisión, descontento injustificado, aumento de tabaquismo, aumento de dependencia de drogas tranquilizantes y somníferos, exceso de comida, o menos comúnmente, falta de apetito, cansancio al despertar, disminución en la calidad y cantidad de trabajo.
- Somáticos: palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, mayor frecuencia de infecciones, alergias, tensión muscular, dolores cervicales y de espalda, fatiga, alteraciones menstruales, úlcera gastroduodenal, diarrea, insomnio, dolor y opresión en el pecho, indigestión y distensión abdominal, impotencia sexual o falta de libido, sensaciones de hormigueo en brazos y piernas, cefalea, migraña, erupciones cutáneas.

Algunos trabajos estudian el burnout en psicólogos, por ejemplo Moreno Jiménez, Meda Lara, Rodríguez Muñoz, Palomera Chavez y Morales Loo (2006) estudiaron una muestra de 454 psicólogos y si bien la incidencia patológica del burnout no era elevada la dimensión más afectada era el agotamiento emocional. A diferencia de lo anterior Ortiz Vivero y Ortega Herrera (2009) concluyeron que la mitad de su muestra de 126 psicólogos padecía el síndrome, aunque la dimensión más afectada era la del agotamiento emocional, advirtieron que esto estaba asociado significativamente a manifestaciones somáticas y psíquicas.

Sin embargo pocos estudios a nivel mundial han examinado la relación entre burnout y un aspecto relevante de la salud mental como es el autoconcepto en psicólogos clínicos. Entre los pocos estudios a este respecto se encuentran los de Jeanneau y Armelius (2000) quienes llevaron a cabo una investigación sobre autoimagen y burnout con 754 trabajadores de la salud mental, se encontró una correlación entre el burnout y la autoimagen negativa, y entre la realización personal y la autoimagen positiva; un año después retomaron el estudio en 210 sujetos obteniendo los mismos resultados: una autoimagen negativa fue relacionada con un burnout más alto que un año atrás. Xiao-ming y Hong-fang (2005) realizaron una investigación, aunque no con profesionales de la salud, para explorar la relación del burnout y el autoconcepto en 692 maestros de escuela primaria, los resultados sostienen una correlación negativa significativa entre el autoconcepto y el agotamiento emocional y la despersonalización; en otras palabras a mayor agotamiento y despersonalización peor autoconcepto. Fariña, Arce y Suarez (2006) realizaron

un estudio con 143 educadores quienes presentaron un grado medio de agotamiento emocional, despersonalización y logro personal; el autoconcepto presentó una relación negativa con la despersonalización, esto es, la despersonalización conlleva a una caída en el autoconcepto. Este resultado apoya a la hipótesis que sostiene que un autoconcepto negativo predispone a una vulnerabilidad que induce al sujeto a un amplio espectro de desajustes que pueden conducirle, en este caso, a la despersonalización. Por el contrario, un autoconcepto positivo actúa como un protector ante las fuentes de desajuste personal, tal como es la despersonalización.

Por todo lo dicho el propósito de la investigación será conocer si existe asociación entre el síndrome de burnout y el autoconcepto en aquellos psicólogos que se desempeñan laboralmente en el área clínica.

Objetivos:

1. Describir los niveles de burnout en psicólogos clínicos.
2. Evaluar si existen diferencias en los dominios del autoconcepto según los niveles de burnout en psicólogos clínicos.
3. Determinar si el burnout predice los distintos dominios del autoconcepto en psicólogos clínicos.

METODOLOGÍA:

Muestra:

Se constituyó una muestra de conveniencia conformada por 81 psicólogos/as de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina, siendo 16 personas del sexo masculino (20%) y 65 personas del sexo femenino (80%). Con respecto a la edad de la muestra, presentó una media de 31.54 años y una desviación típica de 3.32.

La totalidad de los sujetos evaluados residía en Paraná, era psicólogo o psicóloga matriculado del Colegio de Psicólogos de Entre Ríos, trabajaba y ejercía en el área clínica.

Instrumentos.

- Cuestionario sociodemográfico.

Se confeccionó un cuestionario estructurado en el cual se preguntó datos sociodemográficos esenciales como sexo, edad, residencia, área de ejercicio profesional, etc.

-Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1986).

Siguiendo la descripción de Gil-Monte y Peiró (1997), el Inventario de Burnout de Maslach de Maslach y Jackson (1986), es el instrumento más utilizado para medir el síndrome de quemarse por el trabajo y es, por ende, uno de los que mayor volumen de trabajos de investigación ha generado. Caracteriza dicho síndrome por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Este instrumento está formado por 22 ítems que se valoran en una escala tipo Likert, plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Contiene tres subescalas:

— La subescala de Agotamiento Emocional (*Emotional Exhaustion*, EE) está formada por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo. Por ejemplo:

- 2. “Al final de la jornada me siento agotado”.

— La subescala de Despersonalización (*Depersonalization*, D) está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos que el participante atiende o cuida. Por ejemplo:

- 5. “Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos”.

— La subescala de Realización Personal en el Trabajo (*Personal Accomplishment*, PA) está compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y realización. Por ejemplo:

- 4. “Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes”.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo puntuaciones bajas corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada dimensión. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

En esta investigación se utilizó la adaptación al español presentada por Gil-Monte y Peiró (1997). El análisis de fiabilidad de la misma mostró un Alfa de Cronbah de .83 en el caso del Agotamiento Emocional, .65 en Despersonalización y .82 en Realización Personal en el Trabajo.

-Perfil de Autopercepción para adultos de Messer y Harter (1989).

Para evaluar el autoconcepto se empleó el Perfil de Autopercepción para Adultos de Messer y Harter (1989). Según Harter (1999), es una medida de autoconcepto y contiene una medida de autoestima global, la cual está constituida por un conjunto de preguntas y no por el promedio de áreas específicas, como hacían hasta el momento otros inventarios. Asimismo, si bien tiene muchas escalas comparables a la versión para estudiantes universitarios, la misma se desarrolló para cubrir tareas salientes de dicha etapa de la vida adulta como la familia y el trabajo. La misma fue aplicada a una muestra normativa de adultos por Messer y Mac Phee y demostró buena consistencia interna (Messer y Harter, 1989).

Al poseer una medida de autoestima global –la cual en la presente investigación no se aplicó a los sujetos- y de diferentes aspectos del autoconcepto, permite crear un modelo de relaciones jerárquicas entre los constructos. Así cada dominio de la imagen personal influye en la autoestima total sólo en la medida que se

considere importante el mismo. Del mismo modo, uno puede ver qué otras variables son relevantes en cada dominio o dominios.

El presente instrumento incluye las siguientes subescalas o dominios del autoconcepto:

— Apariencia física que evalúa si los adultos se sienten atractivos y si están conformes con su aspecto físico.

— Competencia deportiva que indaga sobre la habilidad para realizar deportes.

— Competencia laboral que mide que tan competentes se sienten en una ocupación y para ser eficaz en la misma.

— Inteligencia que se refiere a la confianza que se tienen para aprender y conocer.

— Manejo del hogar que evalúa si se sienten competentes para organizar y realizar las tareas hogareñas.

— Moralidad que se refiere sobre si consideran que se comportan de acuerdo a sus propias normas de lo que está bien y mal.

— Protección que indaga sobre la competencia para cuidar de los demás y para apoyar y guiar a los otros.

— Provisión que evalúa la competencia para cuidar de uno y de los otros y atender sus necesidades materiales.

— Relaciones íntimas que inquiriere sobre la capacidad para mantener relaciones cercanas e íntimas con la pareja y para expresar los sentimientos.

— Sentido del humor que mide la competencia para reírse de uno mismo y ver las cosas con humor.

— Habilidad social que evalúa la capacidad para relacionarse con los demás y para conocer gente nueva.

Cada una de las 50 preguntas se puntúa en una escala de 1 a 4 con altos puntajes indicando mayor competencia y bajos puntajes indicando lo contrario. Aquí se empleará la versión adaptada a la Argentina por Facio y Resett (2011), la cual ha mostrado buenas propiedades psicométricas.

En esta investigación el instrumento antedicho presentó Alfas de Cronbach adecuadas, oscilando las mismas entre .61 y .89.

Procedimiento:

Una vez que se contactó al participante de manera directa, telefónica o vía e-mail, se le explicó los fines de la investigación, se le aseguró la confidencialidad y el anonimato. Los cuestionarios se entregaron en el lugar que el profesional designó para que sea autoadministrado y luego, previo acuerdo, se retiró; en otros casos, en cambio, se aplicó personalmente el cuestionario en el lugar que el sujeto designó.

Análisis de datos.

Una vez recogidos los cuestionarios, los datos se procesaron por medio del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (*Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS) 20 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo: medias, desviaciones típicas; e inferencial: análisis de perfiles y regresiones múltiples.

RESULTADOS

Con relación al primer objetivo de este trabajo –describir los niveles de burnout en psicólogos clínicos, podemos observar en la tabla 1 los puntajes mínimos y máximos, las medias y desviaciones típicas de las diferentes dimensiones del burnout. Como se puede apreciar, el valor promedio para agotamiento emocional era de 1.54 (nivel medio); realización personal era de 5.33 (nivel alto) y despersonalización de .31 (nivel bajo).

Teniendo en cuenta los percentiles establecidos, podemos decir que:

- El 44.4% presentó agotamiento emocional bajo (puntuando entre 0 y 1.5) y el 55.6% mostró un agotamiento emocional medio (puntuando entre 1.5 y 4.5).
- El 92.6% presentó niveles altos de realización personal en el trabajo (puntuando entre 4.5 y 6) y el 7.4% mostró niveles medios de realización personal en el trabajo (puntuando entre 1.5 y 4.5).
- El 91.4% presentó despersonalización baja (puntuando entre 0 y 1.5) y el 8.6% mostró niveles medios de despersonalización (puntuando entre 1.5 y 4.5).

Tabla 1

Mínimo, máximo, media y desviación típica de las diferentes dimensiones del burnout.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Agotamiento Emocional	.11	4.33	1.54	.85
Realización Personal	3.63	6.00	5.33	.55
Despersonalización	.00	2.75	.31	.55

En lo referente al segundo objetivo –que era evaluar si existen diferencias en los dominios del autoconcepto según los niveles de burnout en psicólogos clínicos, primeramente, se realizó un análisis de conglomerado de K media con las tres dimensiones del Inventario de Burnout –agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización– del cual emergieron dos grupos. Un grupo de n=59 que tenía niveles más bajos de agotamiento emocional y despersonalización, y más altos niveles de realización personal en el trabajo, este grupo se denominó “menos vulnerables al burnout”. El otro grupo, al que se denominó “más vulnerables al burnout”, contaba con una n=22 y tenía niveles más altos de agotamiento

emocional y despersonalización y menos de realización personal en el trabajo (ver tabla 2). La mayor diferencia entre ambos grupos estaba en los niveles de agotamiento emocional, seguido por la realización personal y la despersonalización.

Tabla 2

Media y desviación típica en las dimensiones de burnout según la pertenencia a grupos.

Dimensión	Grupos	Media	Desviación típica
Agotamiento emocional	"Menos vulnerables"	1.14	.51
	"Más vulnerables"	2.61	.62
Realización Personal	"Menos vulnerables"	5.51	.42
	"Más vulnerables"	4.83	.54
Despersonalización	"Menos vulnerables"	.21	.41
	"Más vulnerables"	.53	.78

Para ver si había diferencia en los dominios del autoconcepto según el grupo de pertenencia, se llevó a cabo un MANOVAs análisis de perfiles con los distintos dominios del autoconcepto como variable dependiente y la pertenencia al conglomerado de ser "menos vulnerables al burnout" o "más vulnerables al burnout" como factor entre sujetos. Además, para evaluar si había alguna diferencia según sexo ya que la muestra no es homogénea en este aspecto, se puso el sexo como covariado, y como este no resultaba significativo, se lo sacó finalmente del análisis. En la figura 1 se muestran los perfiles de los distintos dominios del autoconcepto, según el grupo de pertenencia.

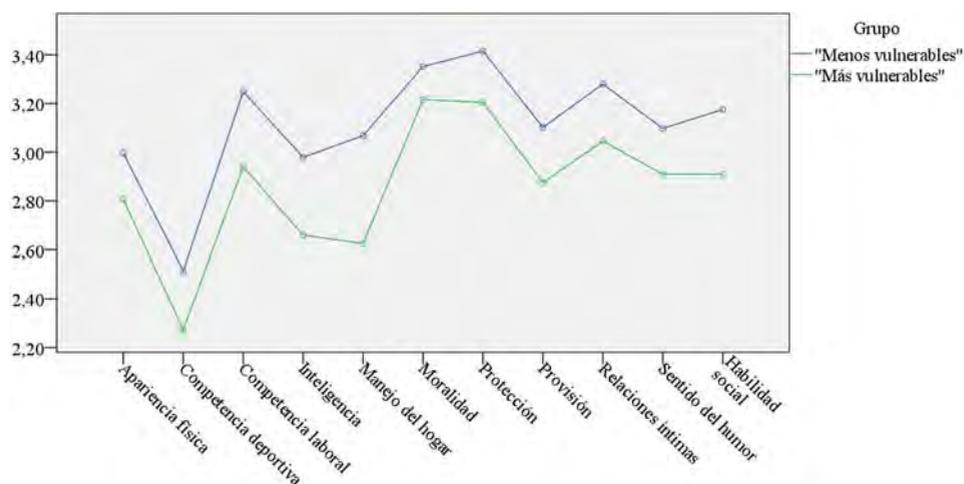


Figura 1.

Perfiles de los distintos dominios del Autoconcepto según la pertenencia a grupos.

Como se ve en el gráfico, se encontraron diferencias significativas en la altura de los perfiles $F(1.79) = 14.4, p < .001, \eta^2 = 15\%$, pero no en forma. El grupo “más vulnerable al burnout” puntuaba univariadamente peor en los siguientes dominios del autoconcepto: competencia laboral, inteligencia, manejo del hogar, relaciones íntimas y protección los cuales se calcularon mediante intervalos de confianza de un 95%.

Con relación al tercer objetivo –determinar si el burnout predice los distintos dominios del autoconcepto en psicólogos clínicos–, se llevaron a cabo regresiones lineales múltiples en la cual se predecía cada dominio del autoconcepto mediante las tres subescalas del Inventario de Burnout, las cuales se ingresaban en la ecuación de predicción como variables independientes. En la tabla 3 se puede observar los resultados de las distintas ecuaciones de predicción:

- la competencia laboral se predecía por realización personal en el trabajo y despersonalización,
- la inteligencia se predecía por realización personal en el trabajo,
- el manejo del hogar se predecía por agotamiento emocional,
- la moralidad se predecía por realización personal en el trabajo,
- la protección se predecía por agotamiento emocional y despersonalización,
- la provisión se predecía por realización personal en el trabajo,
- las relaciones íntimas se predecían por agotamiento emocional y
- el humor se predecía por realización personal en el trabajo y despersonalización.

Tabla 3.

Predicción de los dominios del autoconcepto a partir de las dimensiones del burnout.

	R ²	Realización			Agotamiento Emocional			Despersonalización		
		β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
		Competencia laboral	23%	.38	3.78	.001	-.12	-1.12	.26	-.25
Inteligencia	10%	.34	3.22	.002	-.06	-.50	.61	-.01	-.05	.95
Manejo del hogar	9%	.04	.35	.72	-.32	-2.95	.04	-.10	-.92	.35
Moralidad	7%	.29	2.70	.08	-.10	-.85	.39	-.10	-.91	.36
Protección	7%	-.01	-0.14	.88	-.22	-1.98	.05	-.19	-1.68	.10
Provisión	4%	.23	2.11	.04	-.10	-.84	.40	-.01	-.14	.88
Relaciones íntimas	5%	.13	1.08	.28	-.25	-2.26	.03	.11	1.03	.30
Humor	10%	.25	2.27	.03	-.03	-.25	.79	-.21	-1.90	.61
Habilidad social	4%	.22	2.0	.05	-.11	-.93	.35	-.11	-1.03	.30
Apariencia Física	0%	.07	.59	.55	-.10	-.86	.39	-.08	-.76	.44
Competencia Deportiva	0%	.01	.13	.89	-.15	-1.26	.21	.14	1.28	.20

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó el nivel de burnout y su relación con los dominios del autoconcepto en psicólogos clínicos. Los resultados indicaron niveles medios de agotamiento emocional, bajos en despersonalización y altos en realización personal de los psicólogos clínicos. No se hallaron casos de burnout elevado en la población estudiada.

No es llamativo que los resultados de este estudio mostraran que los niveles más altos estén en agotamiento emocional y luego en despersonalización ya que siguiendo a Maslach (2003, 2006, 2009), *estar quemado* es un síndrome tridimensional de cansancio emocional, despersonalización y escasa realización personal en el trabajo que justamente evoluciona en ese orden (Bosqued, 2008; Tonon, 2003). Es decir, no surge súbitamente, sino que es un proceso que inicia con sentimientos de estar exhausto emocionalmente, como se demostró en otras investigaciones, en las que los psicólogos evaluados presentaban mayor afectación en la dimensión de agotamiento emocional (Moreno Jiménez et al., 2006; Ortiz Vivero y Ortega Herrera, 2009). Este resultado también se asemeja al hallazgo de Menghi y Oros (2014), ya que los valores promedio de la dimensión agotamiento y despersonalización que presentaron los docentes de nivel primario son cercanos a los que se presentaron en este trabajo, la diferencia está en que los psicólogos de nuestra muestra presentan niveles más elevados de realización personal; además coincide con el estudio realizado por Fariña et al. (2006), con educadores, quienes presentaron un grado medio de agotamiento emocional; la diferencia radica en las dimensiones restantes ya que los sujetos de su estudio mostraron también niveles medios de despersonalización y realización personal. Sería interesante realizar estudios longitudinales para evaluar si es que realmente el agotamiento emocional elevado es la primera etapa en el proceso de desgaste, o bien, si los niveles medios de agotamiento son producto del ejercicio de la psicología clínica sin que implique necesariamente que se padezca el síndrome de burnout. Por esta última razón también podrían llevarse a cabo estudios comparativos con otras profesiones y ver si el ejercicio de la psicología clínica se asocia con estar más quemado debido a la alta implicancia emocional de la profesión (Aponte y Winter, 1988).

En lo relativo a evaluar si existen diferencias en los dominios del autoconcepto según los niveles de burnout en psicólogos clínicos, se evidenció que el burnout se relacionaba con distintos dominios del autoconcepto. Así el grupo “más vulnerable al burnout” puntuaba peor en los siguientes dominios del autoconcepto: competencia laboral, inteligencia, manejo del hogar, relaciones íntimas y protección. Esto puede deberse a que las autorepresentaciones son modificables –no son algo fijo e impermeable a las situaciones psicosociales– y una nueva apropiación cognitiva de un hecho puede provocar una vulnerabilidad en el sí mismo (Higgins, 1991). Esto es, el quemarse no es algo que afecta sólo al ámbito laboral o dominios muy estrechamente relacionados, sino que las actitudes cínicas, de desprecio y el endurecimiento permanente de los sentimientos impactan fuertemente en los

vínculos con los otros cercanos (Gil-Monte y Peiró, 1997 citado en Marrau, 2009), como puede ser, en la presente investigación, verse menos competente afecta en el manejo del hogar, las relaciones íntimas y la protección que se brinda hacia los otros. En otras palabras, en esta etapa de la vida el trabajo –junto con la pareja e hijos– es uno de los contextos del desarrollo más importantes que tienen los adultos en su funcionamiento psicosocial (Facio y Resett, 2014) y, además, el tener un trabajo y sentirse competente en el mismo es una de las más importantes tareas del desarrollo en la adultez joven (Masten, Burt y Coatsworth, 2006). En lo relativo a los distintos dominios de la vida se han postulado tres hipótesis, una es la del efecto derrame la cual implica que un dominio de la vida influye al otro, la segunda es la de la compensación en la cual si uno está insatisfecho en un dominio trata de compensarlo con otro y la última es la de la segmentación que postula que los dominios de la vida no están relacionados entre sí, los resultados de esta investigación abalan la hipótesis del efecto derrame, ya que la afectación en un dominio de la vida perturba a los restantes (Judge y Klinger, 2008).

De este modo, que un sujeto esté quemado en su trabajo y se sienta endurecido e insatisfecho en el ámbito laboral es un factor de riesgo para la salud mental de los sujetos y que impacta negativamente en otras áreas relevantes del funcionamiento psicosocial, por ejemplo, el sentirse competente en las relaciones íntimas; o en verse competente en otras importantes tareas del desarrollo de la adultez joven, como el manejar un hogar o tener y cuidar de una pareja o proteger a los demás. Ya Cooley y Mead señalaban en su teoría que la evaluación del sí mismo involucra aspectos del entorno social (Harter, 2012).

La investigación de Jeanneau y Armelius (2000) abonaron lo antedicho con los resultados encontrados en trabajadores de la salud mental, ya que hallaron correlación entre el burnout y la autoimagen negativa, y entre la realización personal y la autoimagen positiva. Es decir, las personas que sufrían de burnout tuvieron una mayor autoimagen negativa que aquellos grupos que estaban menos quemados. Todo esto colabora con la noción aportada por Hernández Zamora y otros (2003) de atender a variables de tipo personal, como el autoconcepto, para entender más acabadamente el síndrome de burnout y cómo éste deteriora la salud mental y el funcionamiento psicosocial.

Los resultados del trabajo de Xiao-ming y Hong-fang (2005) sostienen una correlación negativa significativa entre el autoconcepto de los maestros y el agotamiento emocional y la despersonalización. Si bien la población estudiada no es la misma, los resultados son similares, lo cual destaca que el autoconcepto es un componente esencial de la salud mental y que puede ser afectado por cómo el sujeto se siente en su desempeño laboral.

Con respecto al tercer objetivo de predecir los diferentes dominios del autoconcepto a partir del burnout, advertimos también que el burnout predice distintos dominios del autoconcepto: competencia laboral, inteligencia, manejo del hogar, moralidad, protección, provisión, relaciones íntimas y humor. Específicamente

la protección se predecía por agotamiento emocional y despersonalización, la competencia laboral y el sentido del humor se predecían por realización personal en el trabajo y despersonalización; la inteligencia, la moralidad y la provisión se predecían por realización personal en el trabajo; el manejo del hogar y las relaciones íntimas, por agotamiento emocional. Este hallazgo destaca nuevamente cómo el estar quemado en el trabajo es un factor que afecta no sólo a cuán competente se siente el sujeto en lo laboral, sino que además, se relaciona con otros importantes dominios del autoconcepto. Debido a que el trabajo es un aspecto esencial de la adultez joven, una tarea vital del desarrollo y el burnout precisamente es un síndrome que afecta la realización personal y los ideales personales, extendiéndose dicho malestar y agotamiento también al plano de las relaciones con los otros significativos, como la familia y la pareja.

En lo referente a las limitaciones de este trabajo, es importante resaltar la naturaleza correlacional y transversal del mismo. Por esta razón no puede afirmarse cabalmente qué es causa y qué es consecuencia del burnout. Estudios longitudinales posteriores debieran contemplar estas variables para poder establecer la dirección de la causalidad y la permanencia o no de los efectos. En cuanto a la muestra resulta una limitación el carácter intencional y el tamaño de la misma, para futuros estudios es recomendable una muestra aleatoria y más numerosa para aumentar el poder estadístico y la generalización de los resultados obtenidos. Finalmente las medidas de evaluación en su modalidad de autoinforme resultan limitantes, por lo que se aconseja el uso de otras fuentes de información para la evaluación.

Referencias bibliográficas

- Aponte, H. J. y Winter, J. E. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista sistemas familiares*, 14(2), 7-24.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome de burnout: ¿qué es y cómo superarlo?* Madrid: Paidós Ibérica.
- Casullo, M. M. (1990). *El autoconcepto. Técnicas de evaluación*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Facio, A. y Resett, S. (octubre, 2011). The forgotten quarter: Internalizing problems in Argentinian emergigng adults who dropped out from secondary school. In Salmera-Aro, K. y Seiffge-Krenke, I., *Transition to adulthood: different developmental pathways and their links to professional goals, identity and health*. Symposium at the V Conference on Emerging Adulthood. Providence, Rhode Island.
- Facio, A. y Resett, S. (2014). Work, Romantic Relationships, and Life Satisfaction in Argentinean Emerging Adults. *Emerging Adulthood*, 2(1), 27-35.
- Facio, A., Resett, S., Mistrorigo, C. y Micocci, F. (2006). *Adolescentes argentinos. Cómo piensan y sienten*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Fariña, F., Arce, R. y Suárez, A. (2006). Secuelas clínicas y en el autoconcepto del burnout en educadores de menores de reforma y profesorado de secundaria. *Interpsiquis*, 1-13.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. España: Editorial Síntesis.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. Nueva York: The Guilford Press.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and Sociocultural Foundations*. Nueva York: The Guilford Press.

- Hernández Zamora, G., Olmedo Castejón E. e Ibáñez Fernández, I. (2003). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336
- Higgins, E. T. (1991). Development of self-regulatory and self-evaluative processes: Costs, benefits, and tradeoffs. En M. Gunnar y L. Sroufe (Eds.), *Self-process and development: The Minnesota Symposia on Child Development*. Hillsdale: Erlbaum.
- Jeanneau, M. y Armelius, K. (2000). Self-image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 399-406.
- Judge, T. A. y Klinger, R. (2008). Job satisfaction: Subjective well-being at work. En M. Eid y R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 393-413). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Leiter, M. y Maslach, C. (2009). Burnout and workplace injuries. In A. M. Rossi, J. Campbell Quik, P. Perrewe (Eds.), *Stress and quality of working life: the positive and the negative*. Estados Unidos: Information Age Publishing.
- Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de San Luis*, 1, 167-177.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. California: ISHK.
- Maslach, C. (2006). Understanding job burnout. En A. M. Rossi, P. Perrewe y S. Sauter (Eds.), *Stress and quality of working life: current perspectives in occupational health*. Estados Unidos: Information Age Publishing.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 31-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl>
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Masten, A. S., Burt, K., y Coatsworth, J. D. (2006). Competence and Psychopathology. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*. Nueva York: Wiley.
- Menghi, M.S. y Oros, L. B. (2014). Satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en docentes de nivel primario. *Revista de Psicología*, 10(20).
- Messer, B. y Harter, S. (1989). *Manual for the Adult Self-Perception Profile*. Denver, CO: University of Denver.
- Moreno Jiménez, B., Meda Lara, R. M., Rodríguez Muñoz, A., Palomera Chavez, A. y Morales Loo, M. M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16(1), 5-13.
- Muchinsky, P. M. (2007). *Psicología aplicada al trabajo* (8ª ed.). México: Thompson.
- Napione Bergé, M. N. (2008). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?* Buenos Aires: Ediciones Diaz de Santos.
- Omdahl, B. L., y Fritz, J. M. H. (2006). *Coping with Problematic Relationships in the Workplace: Strategies that Reduce Burnout*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Dresden Germany. Recuperado de http://www.allacademic.com/meta/p93215_index.html.
- Ortiz Vivero, G. R. y Ortega Herrera, M. E. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Prieto Navarro, L. (2007). *Autoeficacia del profesor universitario: eficacia percibida y práctica docente*. Madrid: Narcea.
- Prior Olmos, A. (1988). *La libertad en el pensamiento de Marx*. España: Ediciones de la Universidad de Murcia y Valencia.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Wolfberg, E. (2004). Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 54, 268-279.
- Xiao-ming, L. y Hong-fang, Q. (2005). Teacher Job-burnout and Self-concept of Primary and Junior School Teachers. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13(2), 150-152.

EFFECTIVIDAD DEL MBCT PARA EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

THE EFFECTIVENESS OF MBCT FOR BIPOLAR DISORDER: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Robmarie López-Soto

Departamento de Psicología Clínica, Ponce Health Sciences University

Domingo Marqués-Reyes

Departamento de Psicología Clínica, Universidad Carlos Albizu

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López-Soto, R. y Marqués-Reyes, D. (2016). Efectividad del MBCT para el Trastorno Bipolar: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 231-249.

Resumen

Las personas con el trastorno bipolar (TB) presentan déficits neurocognitivos que dificultan el manejo de síntomas afectivos, las relaciones interpersonales y la auto-regulación. La práctica de atención plena o mindfulness se encuentra asociada a mejoras en la regulación afectiva y en el funcionamiento neurocognitivo general, por lo cual se hipotetizó que un acercamiento basado en atención plena mejoraría la auto-regulación en pacientes con TB. La terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT, por sus siglas en inglés), inicialmente creada para el tratamiento de la Depresión Mayor (Segal, Williams & Teasdale, 2002), fue posteriormente adaptada para TB, por lo cual se realizó una revisión de literatura (n=10) para evaluar las particularidades de su efectividad. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, PsychINFO, PsychArticles y CINAHL utilizando los términos "MBCT and Bipolar Disorder", "MBCT y Trastorno Bipolar" y "MBCT y Bipolaridad". Revisiones de literatura, artículos no disponibles en inglés o español y estudios enfocados en el uso de MBCT para otras condiciones, fueron excluidos. Los resultados sugieren que el MBCT se encuentra asociado a mayor estabilidad emocional, adherencia al tratamiento y mejoría en el funcionamiento neurocognitivo de los pacientes con TB, particularmente aquellos que han experimentado más de 12 episodios afectivos en el transcurso de su vida.

Palabras Clave: *trastornos del ánimo, trastorno bipolar, atención plena, MBCT, terapias cognitivas*

Abstract

Individuals with Bipolar Disorder (BD) often present associated neurocognitive deficits that adversely influence self-regulation and quality of life. However, mindfulness-based practices are associated with significant improvements in attention, working memory, and emotion regulation. As such, we hypothesized that an intervention such as Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), initially created for the treatment of Depression (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), would effectively improve self-regulation in patients with BD. The following databases were searched for peer-reviewed articles pertaining to MBCT for BD: PubMed, PsychINFO, PsychArticles, and CINAHL, using the keywords: "MBCT and Bipolar Disorder", "MBCT y Trastorno Bipolar", and "MBCT y Bipolaridad". Literature reviews, articles unavailable in English or Spanish, and studies that addressed MBCT for other psychiatric conditions were excluded. Findings from the systematic literature review (n=10) suggest that MBCT is associated to significant improvements in emotional stability, neurocognitive functioning and treatment adherence, particularly in patients with a lifetime history of 12 or more affective episodes.

Keywords: *mood disorders, bipolar disorder, mindfulness, MBCT, cognitive therapy*

Fecha de recepción v1: 24/11/2015. Fecha de recepción v2: 14/02/2016. Fecha de aceptación: 22/02/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: rlopez@stu.psm.edu

© 2016 Revista de Psicoterapia



La desregulación emocional es frecuente en el Trastorno Bipolar (TB), aún durante la fase eutímica (Caseras et al., 2015). El funcionamiento neurocognitivo también se encuentra comprometido en TB (Martínez-Arán et al., 2011; Palsson et al., 2013; Torres, Boudreau, & Yatham, 2007), mientras que aproximadamente un 90% de pacientes con bipolaridad presenta algún desorden de ansiedad (Holmes et al., 2008). La ansiedad es un potencial disparador de episodios afectivos debido a que predispone al individuo a la rumiación – propiciando depresión si es de índole negativa o hipo/manía si es de índole positiva. En ambos casos, aumenta el riesgo de conductas suicidas o de autodaño (Holmes et al., 2008; Simon, Hunkeler, Fireman, Lee, & Savarino, 2007).

La auto-regulación comprende los procesos involucrados en el manejo de la reactividad emocional, para responder adaptativamente a las exigencias del ambiente (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Campbell-Sills & Barlow, 2007). Aunque la desregulación emocional subyace varias condiciones, los déficits característicos a TB se encuentran asociados a deficiencias neurocognitivas en atención, procesamiento de recompensas y memoria de trabajo, poco atribuibles al uso de estabilizadores de ánimo (Roiser et al., 2009; Yatham et al., 2010). Por otra parte, la adherencia al tratamiento es un reto tanto para el paciente como para el terapeuta, ya que los individuos con TB tienden a identificarse con su conducta maníaca y sufren al percibirse como incapaces de manejar sus emociones (Inder et al., 2008). Similarmente, la ambivalencia mostrada hacia sus relaciones interpersonales (Morris et al., 2009), es una fuente de conductas maladaptativas que refuerzan la tendencia a percibirse como inefectivo.

Tratamientos para el Trastorno Bipolar

Aunque la farmacoterapia continua siendo la modalidad principal de tratamiento, un estudio realizado por Gaudiano, Weinstock y Miller (2008) develó que aproximadamente el 60% de los pacientes con TB muestran dificultad para adherirse a la farmacoterapia, por temor a experimentar aplanamiento emocional (Vieta, 2007). Similarmente, un estudio realizado por Rusner, Carlson, Brunt y Nystrom (2010) encontró que la farmacoterapia mejora la calidad de vida en pacientes con TB, pero únicamente cuando la dosis no suprime por completo su vida emocional. De lo contrario, aumenta el riesgo de recaídas maníacas o episodios depresivos severos que propician la hospitalización.

Existen varias intervenciones psicosociales empíricamente válidas para el tratamiento de bipolaridad, cuales deberían ser implementadas según la severidad del cuadro clínico del paciente y su historial de adherencia al tratamiento. Según Bravo et al. (2013), la psicoeducación, la terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) y la terapia cognitiva conductual (CBT) se encuentran entre las más recomendadas y utilizadas. No obstante, la efectividad de la terapia cognitiva conductual para TB aparenta disminuir con la cantidad y la severidad de los episodios afectivos experimentados (Colom & Lam, 2005; Deckersbach et al.,

2014; Holmes et al., 2008), resaltando tanto la heterogeneidad de la condición, como la importancia de escoger un tratamiento acorde al contexto clínico del paciente. Rusner et al. (2010) sugieren reenfocar la psicoterapia hacia el logro de un funcionamiento general óptimo en lugar de enfocar el tratamiento al logro de la remisión, ya que los síntomas afectivos residuales tienden a persistir en TB.

Atención Plena y el Trastorno Bipolar

Williams, Teasdale y Segal (2007) definen la atención plena o *mindfulness* como la consciencia que surge al prestar atención al presente, de forma no enjuiciante. Las intervenciones basadas en atención plena se consideran derivados del modelo cognitivo conductual, pero fomentan un nuevo modo de relacionarse con el contenido mental a través de la aceptación para manejar la incomodidad emocional. Según el modelo de procesamiento emocional de Gross (2001), los individuos que utilizan la supresión para regular emociones muestran mayor activación fisiológica, reflejando el esfuerzo cognitivo expendido en la inhibición afectiva. Además de comprometer la atención y la memoria, la supresión tiene repercusiones interpersonales. Butler, Egloff, Wilhelm, Smith, & Gross (2001) encontraron que la expresión de emociones positivas tiende a disminuir la activación fisiológica, tanto en el emisor como en el receptor; mientras que la supresión de emociones positivas llevó a mayor activación fisiológica en ambas partes, generando incomodidad afectiva y pobre atención durante la interacción. Por otra parte, Hay, Sheppes, Gross y Gruber (2014) encontraron que los participantes con TB-I en remisión tendieron a utilizar la distracción en situaciones de alta intensidad emocional, con igual frecuencia que el grupo control, sugiriendo que los individuos con TB-I conservan su capacidad para implementar estrategias de regulación emocional cuando son instruidos a hacerlo.

Según Murray et al. (2010) la práctica meditativa dirigida, i.e. practicar yoga, se encuentra relacionada con mejorías en el funcionamiento psicosocial y emocional, ya que se promueve la observación sin juicio de pensamientos y emociones. La terapia cognitiva basada en la atención plena (“Mindfulness Based Cognitive Therapy” o MBCT), inicialmente creada por Williams, Teasdale y Segal (2002) para prevenir recaídas depresivas, combina la terapia cognitiva con técnicas de atención plena para reducir el estrés. Se promueve la aceptación del presente, aunque también esto implique aceptar la incomodidad. Crear consciencia de los “pilotos automáticos” que sustentan el círculo vicioso de disforia y minusvalía es un objetivo principal del MBCT (Hoffman et al., 2011). Aunque varios estudios clínicos realizados con MBCT sustentan su eficacia al tratar la depresión, son pocos los estudios que trabajan la efectividad del MBCT para bipolaridad, por lo cual se realizó la presente revisión.

Método

En agosto de 2014 se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos: PubMed, PsychINFO, PsychArticles y CINAHL, utilizando los términos “MBCT and Bipolar Disorder”, “MBCT and Bipolar Spectrum”, “MBCT y Trastorno Bipolar” y “MBCT y Bipolaridad”. No se establecieron límites de fechas para ampliar el margen de los resultados. Se estableció en todas las búsquedas el criterio de “Peer Reviewed”.

Las investigaciones realizadas con MBCT debían estar enfocadas en algún aspecto del Trastorno Bipolar (I, II o NOS). Se incluyeron estudios secundarios realizados con MBCT y trastornos del ánimo, si TB estuvo representado considerablemente en la muestra. Se excluyeron estudios que: 1) Utilizaron MBCT, pero no incluyeron al TB; 2) Evaluaron intervenciones para el TB pero no utilizaron MBCT, 3) No estuvieron disponibles en inglés o en español. También se excluyeron revisiones de literatura, libros, reseñas de libros o artículos que no fuesen revisados por pares.

Resultados

La búsqueda develó un total de 2,164 artículos, de los cuales 2,124 fueron excluidos por irrelevancia al tema. De los restantes 36 artículos ($n=16$ PubMed, $n=20$ PsychINFO), cuatro fueron excluidos por ser revisiones de literatura, uno fue excluido por ser una propuesta de investigación, uno fue excluido por el idioma, dos fueron excluidos por evaluar la efectividad del MBCT para trastornos psiquiátricos de forma general, siete fueron excluidos por evaluar la efectividad de MBCT para otros trastornos, uno fue excluido por evaluar MBCT para adolescentes y 10 fueron excluidos por ser duplicados. Un total de 10 estudios fueron incluidos en la presente revisión. Las características generales de los estudios son resumidas en la Tabla 1 (Apéndice A). Un resumen de los hallazgos clínicos es presentado en la Tabla 2 (Apéndice B).

Características de los estudios

Participantes. Todos los estudios (10/10) incluyeron participantes diagnosticados con el Trastorno Bipolar tipo I o II. Aunque no se encontraron estudios cuyas intervenciones estuvieran dirigidas hacia un sólo tipo de TB, Howells, Ives-Deliperi, Horn y Stein (2012) limitaron su muestra a pacientes con TB tipo I para evaluar los cambios corticales posiblemente asociados a la intervención. Williams et al. (2008) incluyeron participantes con depresión unipolar, mientras que Weber et al. (2010) incluyeron a un participante con TB NOS. Dos estudios (Deckersbach et al., 2012; Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012) incluyeron participantes con comorbilidades (trastornos de ansiedad generalizada, pánico, obsesivo compulsivo, estrés postraumático, tricotilomanía, compra compulsiva, agorafobia y abuso de sustancias).

Cinco de 10 estudios incluyeron pacientes con TB en remisión (Deckersbach et al., 2012; Ives-Deliperi et al., 2013; Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball,

2013; Stange et al., 2010; Weber et al., 2010), mientras que los demás estudios incluyeron pacientes con síntomas residuales (Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Howells et al., 2014; Miklowitz et al., 2009; Perich et al., 2013; Williams et al., 2008)

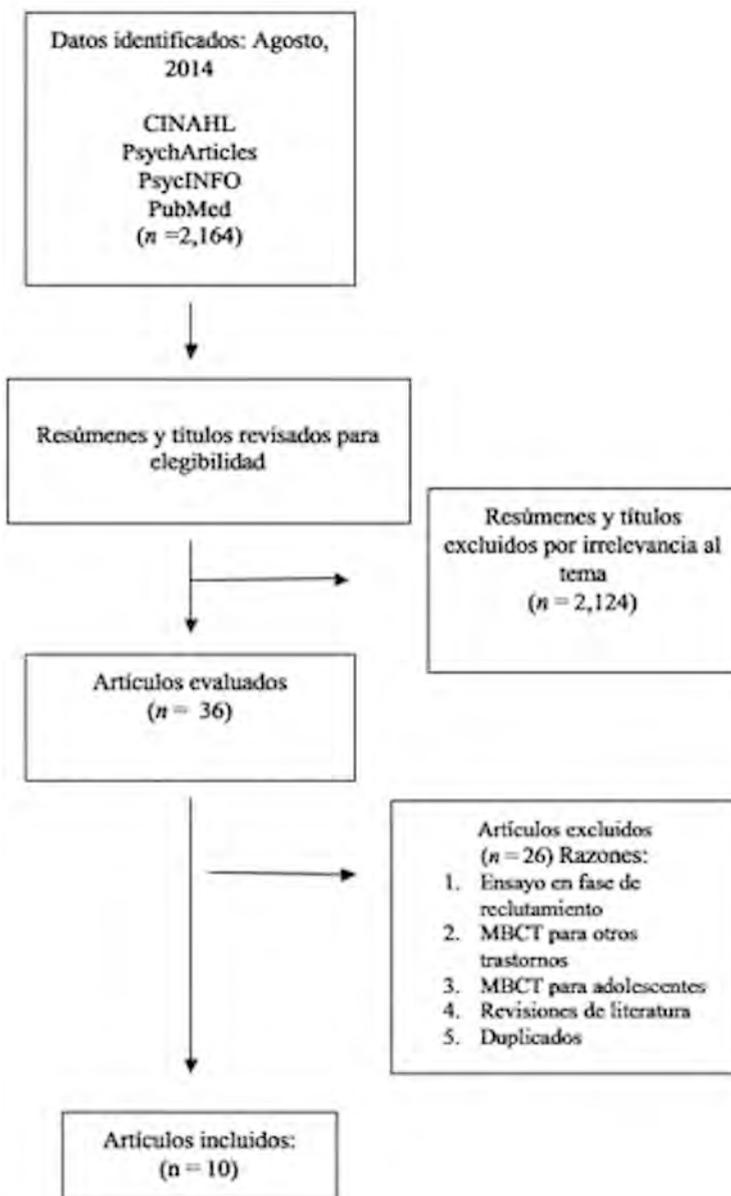


Figura 1
Diagrama detallando la selección de estudios

MBCT para el Trastorno Bipolar. Miklowitz et al. (2009) fueron los primeros en modificar el protocolo MBCT para incluir a pacientes con TB. El estudio realizado por Williams et al. (2008), fue el único en incluir pacientes con diagnóstico bipolar ($n=7$) en su muestra principal de pacientes con depresión ($n=21$). Aunque MBCT fue la intervención primaria en todas las investigaciones, algunos estudios (Deckersbach et al., 2012; Perich et al., 2013; Stange et al., 2011) implementaron la terapia con algunas modificaciones en los ejercicios de atención plena. En general, todas las intervenciones fueron de 2.5 horas y se ofrecieron en 8 semanas, con excepción de Stange et al. (2011) y Dechersbach et al. (2012) quienes realizaron 12 sesiones de 120 minutos cada una. Tanto Miklowitz et al. (2009) y Perich et al. (2013) reportaron un promedio de cuatro a ocho participantes en sus grupos de MBCT, mientras que Williams et al. (2008) reportaron de 12 a 15 participantes por grupo. Cinco de 10 estudios reportaron el tratamiento farmacológico estable como criterio de inclusión.

Medidas utilizadas para evaluar resultados. La mitad de los estudios incluidos (5/10) utilizaron medidas de atención plena para medir cambios significativos pre y posintervención. Todos los estudios excepto el de Howells et al. (2014) utilizaron medidas de autoreporte, así como evaluación por parte de un clínico, para evaluar cambios significativos en el estado de ánimo (i.e. BDI y YMRS) al concluir la intervención. Las puntuaciones obtenidas en las medidas administradas pre y posintervención se detallan en las Tablas 1 y 2.

Diseño de los estudios. Nueve de 10 estudios fueron pilotos y pudieran ser precursores a futuros ensayos controlados aleatorizados (o “RCT”s, por sus siglas en inglés).

Tabla 1

Características Generales de la Muestra, Antes de la Intervención

N, Edades y lugar del estudio	Criterios de inclusión/exclusión	Estado de ánimo y atención plena, pre-intervención	Intervención	Diseño del estudio
Total de intervenciones MBCT dirigidas al Trastorno Bipolar (N = 11)				
Deckersbach et al. (2012) N = 12 (n = 7 TB-I, 3 TB-II) Co-mórbidas: n = 7 (n = 4 Anx Gen, n = 2 Pánico, n = 2 TOC, n = 1 PTSD)/M edad = 38.7 (SD = 9.5) Estados Unidos	Síntomas residuales de depresión (sentirse deprimido o arrehedonia al menos 3 días x semana durante el mes antecedente al estudio; MINI < 3 sx. asociados) y de manía (YMRS < 12), < 1 episodio DSM-IV de depresión, manía o hipomanía durante el mes previo al estudio. Tx. Farmacológico estable. Exclusión: Ideación suicida estructurada, DSM-IV Esquizofrenia, Esquizoafectivo, Delirante, Psicótico NOS, Depresivo Mayor (congruente e incongruente con psicosis); Dependencia activa a sustancias y alcohol; Hipotiroidismo sin tx, haber recibido tx. electroconvulsivo < 6 meses previo a MBCT; condiciones neurológicas o médicas que interfirieran con tx.	Promedio estado de ánimo pre-tx: HAM-D = 11.80, YMRS = 5.40, CPAS = 44.50, ERS = 41.80, PSWQ = 57.11 Mindfulness: FFMQ (Observar = 24.30, Describir = 29.30, Actuar conscientemente = 23, No-juzicio = 25.40, No-reactividad = 18.30)	MBCT grupal (Teasdale et al. 2002), modificada para incluir psicoeducación sobre cambios en estado de ánimo y sus detonantes, monitoreo diario del estado de ánimo para detectar aumentos en sx y planes de emergencia para tratar severidad de sx. Se sustituyeron algunos ejercicios y asignaciones por ejercicios de yoga gentil. Se incluyeron técnicas de solución de problemas para manejar interferencias a la práctica de mindfulness. Sesiones: 12, 2hr x semana	PilotoEnsayo preliminar no controladoAnálisis «Intent to Treat» Seguimiento a los 3 meses.
Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012) N = 21 (n = 12 TB-I eufórico, 2 hombres: n = 9 control, 2 hombres) Co-mórbidas: n = 8 (n = 1 Tricotilomania y compra compulsiva, n = 1 compra compulsiva, n = 3 pánico y agorafobia, n = 3 abuso de	Criterios de inclusión y exclusión para el grupo con TB no fueron detallados. Todos recibían estabilizadores de ánimo (n = 8 con litio). Otros medicamentos utilizados fueron: antipsicóticos (n=8), antidepresivos (n=2) y ansiolíticos (n=2).	Estado de ánimo bipolar pre-tx: YMRS = 3.41, HADS (anx = 8.41, depresión = 5.08) Grupo control pre-tx: YMRS = 0.00, HADS (anx = 7.33, depresión = 3.33)	MBCT grupal (Segal et al. 2002), incluyó psicoeducación dirigida a identificar las señales tempranas de manía y depresión. Se animó a los participantes a continuar con sus medicamentos y tx. ambulatorio. Sesiones: 8 semanas	Ensayo controlado no aleatorio Efecto de los medicamentos no fue incluido en el análisis EEGGrupo control no recibió MBCTNo incluyó grupo control con Trastorno Bipolar

<p>Howells et al. (2014)</p>	<p>sustancias) Edad promedio: 37 Sur Africa</p>	<p>Inclusión para el grupo control: No hx. psiquiátrico previo; No familiares cercanos con dx. bipolar.</p>	<p>No incluidas. Se utilizó ERP y HRV para medir cambios en ritmo cardíaco en reacción a estímulos presentados.</p>	<p>Ensayo controlado no aleatorio Ausencia de grupo control con Trastorno Bipolar.</p>
<p>Ives-DeLiperi et al. (2013)</p>	<p>N=21 (n = 12 TB; 9 Control) Sur Africa</p>	<p>Cumplir con los criterios para TB-I o TB-II según DSM-IV</p>	<p>MBCT grupal de 8 semanas según Segal et al. (2002)</p>	<p>Ensayo controlado no aleatorio</p>
<p>Miklowitz et al. (2009)</p>	<p>N = 23 (n = 16 evaluados pre y post-MBCT, 7 en lista de espera); N = 10 control Sur Africa</p>	<p>Cumplir con los criterios para TB-I o TB-II según DSM-IV (confirmado por SCID). Síntomas leves o subsintomáticos (YMRS y HADS < 14).</p>	<p>Grupo con TB: HADS = 5.9, YMRS = 3, BAI = 19.3, DERS = 95.7, FFMQ = 24.7, SOSI = 1.18 Grupo control: HADS = 2.9, YMRS = 0, BAI = 7.6, DERS = 97.9, FFMQ = 27.5, SOSI = .58</p>	<p>Piloto Ensayo preliminar no controlado Grupo MBCT Oxford usó asignación aleatoria. Grupo MBCT Colorado asignó participantes de acuerdo a secuencia de reclutamiento.</p>
<p>Perich et al. (2013)</p>	<p>N = 95 (n = 48 MBCT, 47 TAU)18+ (Edad promedio no reportada) Australia</p>	<p>TB-I o TB-II en remisión (excluido si presentaban episodio maníaco, hipománico o depresivo en fase aguda, según DSM-IV). Excluido por</p>	<p>4 grupos separados de MBCT (2 en Colorado y 2 en Oxford) para TB según Segal et al. (2002), duración de 8 semanas, 2-2.5hrs x semana, grupos de 4 a 8 personas. Grupos incluyeron pacientes con Depresión Mayor. Incluyó módulos sobre ansiedad e identificación temprana de manía.</p>	<p>Ensayo Controlado Aleatorio Seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses</p>

<p>participación previa en MBCT, MBSR o DBT y por Trastorno de Personalidad Antisocial o Limitrofe.</p>	<p>51.72), MAAS = 3.32 Grupo TAU; MADRS = 14.57, YMRS = 5.47, DASS (Depresión = 19.50, Anx = 12.91, Stress = 22.35), STAI (State Anx = 48.57, Trait Anx = 54.59), MAAS = 3.30</p>	<p>TB, depresión, hipo/mania y ansiedad. Algunas actividades fueron omitidas por falta de disponibilidad (protocolo MBSR y Yoga) o consideradas opcionales (compra de un libro). TAU = Participantes de la condición MBCT + Tx. Usual recibieron semanalmente material psicoeducativo sobre TB via e-mail o correo tradicional.</p>
<p>Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013)</p>	<p>N = 34 18+ Edad promedio: 42 años (SD = 11.58) Australia</p>	<p>TB-I o TB-II confirmado por SCID según DSM-IV-TR</p> <p>Quienes meditaron 3x semana: DASS [Depresión]: $M = 12$, $SD = 8.94$; STAI [Trait]: $M = 52.13$, $SD = 11.15$; MADRS = 12.67, $SD = 6.16$</p> <p>MBCT grupal (Segal et al. 2002)</p> <p>Ensayo no controlado</p>
<p>Stange et al. (2011)</p>	<p>N = 8 (n = 6 TB-I, 4 mujeres; n = 2 TB-II, mujeres) Edad promedio: 42 (41.9) Estados Unidos</p>	<p>TB-I o TB-II confirmado por MINI. Incluidos si presentaban síntomas residuales depresivos (< 3 sx. MINI, anhedonia 3 días x semana) e hipo/maníacos (YMRS < 8), recibían dosis estable de medicamentos y no habían tenido episodio hipo/mánico o depresivo en el mes anterior a la intervención. Excluidos por psicosis o depresión mayor, dependencia a sustancias y alcohol en fase activa, hipotiroidismo sin tx, ideación suicida con plan o intento, haber recibido tx. electroconvulsivo 6 meses previo a intervención y presentar impedimentos</p> <p>Puntuaciones no provistas.</p> <p>MBCT grupal (Segal et al. 2002), 12 sesiones de 120 minutos c/u. Se añadió psicoeducación sobre TB, monitoreo de ánimo y solución de problemas. Se añadieron además ejercicios de introducción a la atención plena para crear consciencia de movimiento y actividades rutinarias.</p> <p>Ensayo no controlado Frecuencia con la cual los sujetos practicaron atención plena no fue evaluada en el estudio.</p>

Weber et al. (2010)	<p>N = 15 (n = 6 TB-I, 8 TB-II y 1 TB-NOS) 18 - 64 Edad M = 48 Suiza</p>	<p>médicos o neurológicos. Pacientes con TB recibiendo tratamiento ambulatorio, con dx confirmado a través de SCID. No hospitalizaciones psiquiátricas en los últimos 3 meses. YMRS < 8, MDRS ≤15 (no se excluyeron puntuaciones mayores). Exclusión por abuso o dependencia de sustancias. No se excluyeron pacientes sin tratamiento farmacológico o en remisión parcial.</p>	<p>BDI-II = 10, MADRS = 8, YMRS = 2, KIMS (Observar = 39, Describir = 28, Actuar conscientemente = 25, Aceptación no-enjuiciante = 26)</p>	<p>MBCT grupal (Segal et al. 2002)</p>	<p>Piloto Ensayo preliminar no controlado</p>
Williams et al. (2008)	<p>N = 68 (MBCT = 21 unipolar, 7 bipolar; Lista de espera = 20 unipolar, 7 bipolar) 18 - 64 Reino Unido</p>	<p>Se incluyeron pacientes con historial de ideación o conducta suicida y con depresión mayor. Sujetos con TB en remisión (no más de 1 semana con síntomas depresivos leves, < 8 semanas total). Diagnóstico confirmado por el MINI.</p>	<p>Lista de espera: BAI = 9.3, BDI-II = 12.8, MBCT: BAI = 10.7, BDI-II = 15.5</p>	<p>MBCT grupal (Segal et al. 2002), dirigida al manejo de ansiedad y depresión. 8 semanas, grupos de 12 - 15 personas, 2 hrs x semana + 1 día adicional de práctica meditativa en la 6ta semana. Asignaciones 6 días a la semana, a 45 min. c/u</p>	<p>Piloto Ensayo controlado aleatorio MBCT vs Lista de espera Unipolar vs Bipolar</p>

Abreviaciones. Anx Gen = Ansiedad Generalizada, c/u = cada una, dx = diagnóstico, hx = historial, MBCT = Mindfulness-Based Cognitive Therapy, PTSD = *Post Traumatic Stress Disorder*, Sx = síntomas, TAU = Treatment as Usual, TB-I = Trastorno Bipolar I, TB-II = Trastorno Bipolar II, TOC = Trastorno Obsesivo Compulsivo, Tx = tratamiento

Medidas: BAI = Beck Anxiety Inventory, BDI = Beck Depression Inventory, BSIS = Beck Suicide Ideation Scale, CPAS = Clinical Positive Affect Scale, DASS = Depression Anxiety Stress Scales, DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale, EEG = Electroencefalograma, ERP = Event-

Related Potentials, ERS = Emotion Reactivity Scale, FFMQ = Five-Factor Mindfulness Questionnaire, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale, HRV = Heart Rate Variability, KIMS = Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Scale, MAAS = Mindful Attention Awareness Scale, MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, SOSI = Symptoms of Stress Inventory, STAI = State Trait Anxiety Inventory, TMS = Toronto Mindfulness Scale, YMRS = Young Mania Rating Scale

Tabla 2
Hallazgos Principales de los Estudios

	Resultados	Puntuaciones significativas post-tx	Bajas del estudio
Deckersbach et al. (2012)	<p>↑FFMQ, ↓HAM-D, =YMRS (↑3m), ↓RSQ, ↓PSWQ, ↓ERS, ↓ASRS (Attn. Subscale), ↑PWBS (Environmental Mastery, Positive Relations and Purpose in Life), ↑CPAS, ↑LIFE-RIFT</p>	<p>FFMQ pre: 24.30 (Observe), 25.40 (Nonjudge), 18.30 (Nonreact); post, 30.90, 31.30, 22.60. 3m, 29.50, 29, 20.80. HAM-D pre: 11.80; post, 6.30; 3m, 7.60. YMRS pre: 5.40; post, 4.70; 3m, 7.60. RSQ pre, 51.80; post, 44.70; 3m, 47.70. PSWQ pre: 57.11; post, 45.56; 3m, 48.62. ERS pre: 41.80; post, 35.40; 3m, 32.9. ASRS (Attn) pre, 22.11; post, 17.50; 3m, 18.50. PWBS pre: 43.80 (Env. M), 64.40 (PR), 53.20 (PL); post, 53.4, 67.8, 61.9; 3m: 53.9, 69.5, 60.2. CPAS pre: 44.5; post, 55.8; 3m: 51.9. LIFE-RIFT pre: 10.2; post, 7.9; 3m, 8.7.</p>	<p>9/12 participantes completaron el estudio (n = 7 mujeres), 1 participante no pudo ser contactado para seguimiento luego de completar el estudio. M participación MBCT = 8.5 sesiones (SD=1.6).</p>
Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012)	<p>↓HADS (no sig.)</p>	<p>HADS (Ansiedad) pre: 8.41 (TB) vs 7.33 (Control); post, 4.48 vs 4.58. HADS (Depresión) pre: 5.08 (TB) vs 3.33 (Control); post, 3.51 vs 4.76</p>	<p>Ninguna</p>
Howells et al. (2014)	<p>↓ERP N170 ↓HRV</p>	<p>Se encontró mayor estabilidad en ritmo cardíaco post tx, lo cual se asocia a mayor regulación emocional.</p>	<p>Ninguna</p>
Ives-Deliperi et al. (2013)	<p>↑FFMQ, ↓BAI, ↓DERS, ↑DSB, ↑RCF-R, ↑COWAT</p>	<p>EG: FFMQ pre, 24.7 MBCT vs. 24.9 Lista de Espera; post, 28.9 vs 24.9, $t(15) = -2.9, p = .010$. BAI pre, 20 vs 23; post, 14 vs 21, $t(15) = 2.3, p = .05$. DERS pre, 101 vs 86; post, 73 vs. 96, $t(15) = 4.1, p = .001$. DSB pre, 4.5 vs 5; post, 5 vs 5.5, $t(15) = -2.8, p = .01$. RCF-R pre, 17.4 vs 15.4; post, 24 vs 20, $t(15) = -3.4$, $p = .004$. COWAT pre, 38 vs 37; post, 43 vs 39, $t(15) = -2.6, p = .02$.</p>	<p>Ninguna</p>
Miklowitz et al. (2009)	<p>↓BDI-II, ↓HAM-D, ↓BSIS, ↓YMRS (no sig.)</p>	<p>HAM-D pre, 5.45; post, 3.69, Cohen's $d = .37$ tamaño del efecto moderado. BDI-II pre, 15.62; post, 10.64, Cohen's $d = .49$ moderado alto. BSIS pre, 4.05; post, 1.87, Cohen's $d = .51$ alto. YMRS pre, 2.14; post, 1.75; $d = .17$ bajo.</p>	<p>6/22 no completaron el tx. Pacientes que abandonaron el tx tendían a ser más jóvenes (M = 29 años, SD = 8.7) que quienes completaron el tx (M = 48 años, SD = 9.3), $F(1, 12) = 14.17$, $p = 0.003$. La tasa de adherencia fue de 72.7%</p>

	Resultados	Puntuaciones significativas post-tx	Bajas del estudio
Perich et al. (2013)	↓STAI-S, ↓STAI-T, ↓DASS stress, =DASS ansiedad, =YMRS	EG: STAI-S pre, 47 MBCT vs. 49 TAU; post, 41 vs. 44; 12m, 39 vs. 43; F=2.158, p=0.048 DAS-24 (Achievement) pre: 23 MBCT vs 22 TAU; post: 19 vs 21; 12m: 19 vs 18	14/48 (29%) no completaron requisitos para MBCT (10 desertores de tx); 22/47 (47%) no completaron requisitos para TAU (10 desertores de tx). M participación MBCT = 7 sesiones (SD = 0.94, range: 4-8)
Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013)	↓MADRS, ↓STAI, ↓DASS No cambios sig. postx en: TMS, YMRS, MAAS	Cantidad de días de práctica meditativa no CORR sig. con puntuaciones postratamiento. MADRS (sig. > 12 meses), STAI y DASS (sig. postx. Con meditación de 3 días x semana vs. 2x semana)	N = 34 (70.8%) completaron el tratamiento. El nivel de adherencia al tratamiento fue aceptable (M = 15.1, SD = 3.3) según el MBCT-AS (Adherence Scale).
Stange et al. (2011)	↓BRIEF (Initiate, Working Memory), ↓FRSBe (Apathy, Executive Functioning), ↑FFMQ (Nonjudgment, Awareness), ↓HAM-D, ↓YMRS (correlación significativa con BRIEF Initiate subscale)	BRIEF pre: 65.13 (Initiate), 68.25 (WM); post, 56.13, 56.75; 3m, 63.25, 54.88. FRSBe pre: 62.25 (Apathy), 66.88 (EF); post, 49.63, 51.25; 3m: 56.38, 55.38. FFMQ: (pre-post NR), Nonjudgment CORR con BRIEF (Global Executive Composite), $r = -.87$, $p < .001$ y FRSBe (Disinhibition), $r = -.86$, $p < .001$. Awareness CORR con FRSBe (EF), $r = -.71$, $p < .05$. YMRS: (pre-post NR), CORR con BRIEF Initiate, $r = .74$, $p < .05$. HAM-D (pre-post NR), no CORR sig.	9/10 completaron el tratamiento; 1 fue excluido de análisis por datos incompletos en las escalas de funcionamiento cognoscitivo, resultando en $n = 8$. Seguimiento a los 3 meses encontró continuidad del tamaño del efecto en la subescala de <i>Executive Functioning</i> del FRSBe (pre-post $d = 1.39$; 3m $d = 0.47$).
Weber et al. (2010)	↓BDI-II, ↓MADRS, ↑KIMS (no sig.), = YMRS	El aumento en <i>mindfulness</i> no fue significativo, aunque estuvo significativamente correlacionado con una disminución en síntomas depresivos post-tx.	De los 23 pacientes, 15 acudieron a un mínimo de 4 sesiones.
Williams et al. (2008)	↓BDI-II, ↓BAI	BDI-II pre (Bipolar): 12.8 Control vs 15.8 MBCT; post, 15.3 vs 7.1. Main effect for time, $F(1,41) = 6.07$, $p = .018$; Sig. Time x Condition: $F(1,41) = 8.05$, $p = .007$. BAI pre (Bipolar): 11.4 Control vs. 12.7 MBCT; post, 20.6 vs. 6.8. Time x Condition: $F(1,41) = 5.63$, $p = .022$. Time x Condition x Group: $F(1,41) = 7.55$, $p = .009$.	Ninguna

Leyenda: ↑ Aumento en puntuaciones, = Ningún cambio, ↓ Disminución en puntuaciones.

Abreviaciones: CORR = Correlación, EF = Executive Functioning, NR = Not Reported, TAU = Treatment as Usual, TB = Trastorno Bipolar

Medidas: BAI = Beck Anxiety Inventory, BDI = Beck Depression Inventory, BRIEF = Behavior Rating Inventory of Cognitive Function, BSIS = Beck Suicide Ideation Scale, CPAS = Clinical Positive Affect Scale, DAS-24 = Dysfunctional Attitudes Scale, DASS = Depression Anxiety Stress Scales, DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale, DSB = Digit Span Backwards, EEG = Electroencefalograma, ERP = Event-Related Potentials, ERS = Emotion Reactivity Scale, FFMQ = Five-Factor Mindfulness Questionnaire, FrSBE = Frontal Behavior Systems Scale, HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale, HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale, HRV = Heart Rate Variability, KIMS = Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, LIFE-RIFT = Range of Impaired Functioning Tool, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Scale, MAAS = Mindful Attention Awareness Scale, MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview, PSWQ = Penn State Worry Questionnaire, PWBS = Psych. Well-Being Scale, RCF-R = Rey Complex Figure - Recall, RSQ = Rumination Style Questionnaire, SOSI = Symptoms of Stress Inventory, STAI = State Trait Anxiety Inventory, TMS = Toronto Mindfulness Scale, YMRS = Young Mania Rating Scale

Tres estudios fueron ensayos preliminares no controlados, mientras que el estudio de Williams et al. (2008), un estudio sobre la viabilidad del MBCT para tratar el funcionamiento interepisódico de pacientes con TB, fue un ensayo controlado aleatorizado. Según Stratford et al. (2015), aunque los estudios pilotos pudieran mostrar mayor sesgo en el muestreo y en la ejecución debido a la falta de aleatorización, pudieran contar con mayor validez externa debido al tipo de población incluida. El estudio de Perich et al. (2009) fue el único en utilizar un ensayo controlado aleatorizado sin ser piloto. Tres de 10 estudios fueron ensayos controlados no aleatorios (Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Howells et al., 2014; Ives-Deliperi et al., 2013), mientras que los estudios de Perich, Manicavasagar, Mitchell y Ball (2013) y de Stange et al. (2011) fueron ensayos no controlados.

Hallazgos Clínicos

Prolongación de estabilidad emocional (n=5)

Síntomas maníacos. Siete de 10 estudios utilizaron el Young Mania Rating Scale (YMRS) para evaluar síntomas maníacos e hipomaníacos durante la intervención. Cinco de éstos estudios (Deckersbach et al., 2012; Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Perich et al., 2013; Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball, 2013; Weber et al., 2010) no encontraron cambios significativos en las puntuaciones del YMRS al concluir el tratamiento. No obstante, un seguimiento postratamiento realizado a los tres meses por Deckersbach et al. (2012) encontró un aumento significativo en las puntuaciones del YMRS. Aunque Miklowitz et al. (2009) encontraron una disminución no significativa en el YMRS, Stange et al. (2011) hallaron una disminución significativa y altamente correlacionada ($r = .74, p < .05$)

con puntuaciones obtenidas en la subescala de “Inicio de Tareas” (*Initiate*) del Behavior Rating Inventory of Executive Functioning (BRIEF).

Tabla 3

Disminución significativa de síntomas

<i>Estudios Incluidos</i> (n=10)	<i>Ansiedad</i> (n=5)	<i>Depresivos</i> (n=7)	<i>Neurocognitivos</i> (n=5)	<i>Desregulación Emocional</i> (n=6)
Deckersbach et al. (2012)	↓PSWQ (Preocupación)	↓HAM-D, ↓RSQ (Rumiación)	↓ASRS (Atención)	↓ERS (Reactividad Emocional), ↑CPAS (Afecto Positivo)
Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012)	N/A	↓HADS (No significativo)	N/A	↑FFMQ
Howells et al. (2014)	N/A	N/A	N/A	↓ERP N170 (Procesamiento de caras), ↓HRV (Ritmo cardíaco)
Ives-Deliperi et al. (2013)	↓BAI	N/A	↑DSB, ↑RCF-R, ↑COWAT (Fluidez Verbal)	↓DERS (Dificultad para regular emociones), ↑FFMQ
Miklowitz et al. (2009)	N/A	↓BDI-II, ↓BSIS (Ideación Suicida), ↓HAM-D	N/A	N/A
Perich et al. (2013)	↓STAI-S, ↓STAI-T, ↓DASS (estrés)	↓MADRS	N/A	N/A
Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013)	↓DASS	↓MADRS	N/A	N/A
Stange et al. (2011)	N/A	↓HAM-D	↓BRIEF (Memoria de trabajo, ↓Inicio de Tareas), ↓FrSBe (Apatía,	↑FFMQ (dimensión no-enjuiciante y plena consciencia)

			Funciones Ejecutivas)	
Weber et al. (2010)	N/A	↓BDI-II, ↓MADRS	N/A	↑KIMS (no significativo)
Williams et al. (2008)	↓BAI	↓BDI-II	N/A	N/A

Leyenda: ↑Aumento en puntuaciones, ↓Disminución en puntuaciones

Abreviaciones: ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale), BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI-II (Beck Depression Inventory), BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function), BSIS (Beck Suicide Ideation Scale), CPAS (Clinical Positive Affect Scale), DASS (Depression Anxiety Stress Scales), DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), DSB (Digit Span Backwards), ERP (Event-Related Potentials), ERS (Emotional Reactivity Scale), FFMQ (Five Factor Mindfulness Questionnaire), FrSBE (Frontal Behavior Systems Scale), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), HRV (Heart Rate Variability), KIMS (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills), MADRS (Montgomery-Asberg Depression Scale), PSWQ (Penn State Worry Questionnaire), RCF-R (Rey Complex Figure – Recall), RSQ (Rumination Style Questionnaire), STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

Síntomas depresivos. Siete de 10 estudios encontraron cambios significativos en los síntomas depresivos reportados posintervención. El estudio realizado por Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein (2012) fue el único en develar cambios no significativos en síntomas depresivos, aunque también fue el único estudio en utilizar el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) para evaluar tales síntomas. Por otra parte, el estudio de Miklowitz et al. (2009), único en evaluar ideación suicida, encontró una disminución significativa en las puntuaciones del *Beck Suicide Ideation Scale* (BSIS). Similarmente, Deckersbach et al. (2012) encontraron una disminución significativa en tendencias rumiantes asociadas a la depresión.

Síntomas de ansiedad. Cinco de 10 estudios encontraron disminución significativa de ansiedad al concluir la intervención MBCT, particularmente en la tendencia a preocuparse (Deckersbach et al., 2012) y a experimentar estrés (Perich et al., 2013). Perich et al. (2013) también encontraron una disminución significativa en rasgo/estado de ansiedad.

Desregulación Emocional. Seis de 10 estudios encontraron cambios significativos en la habilidad para regular sus emociones. Deckersbach et al. (2012) encontraron una reducción significativa en la tendencia a reaccionar emocionalmente y un aumento significativo en afectividad positiva. Howells et al. (2014) encontraron una mejoría significativa en la habilidad para procesar expresiones faciales y mantener la calma ante estímulos emocionales. Ives-Deliperi et al. (2013) encontraron una mejoría significativa en la habilidad para regular emociones. Aunque tres de 10 estudios encontraron una mejoría significativa en la habilidad para practicar la atención plena, los resultados de Stange et al. (2011) circunscriben el aumento en

atención plena a las dimensiones de no-juicio y plena consciencia.

Adherencia al tratamiento (n=9)

Cuatro de 10 estudios (Howells, Ives-Deliperi, Horn & Stein, 2012; Howells et al., 2014; Ives-Deliperi et al., 2013; Williams et al., 2008) reportaron cero bajas de las intervenciones realizadas. Stange et al. (2011) reportaron una baja, mientras que Deckersbach et al. (2012) indicaron que 9/12 participantes completaron la intervención. Miklowitz et al. (2009), encontraron una asociación entre las bajas de su estudio (6/22) y menor edad de los participantes ($M=29$ años, $SD=8.7$), en comparación a quienes completaron el tratamiento ($M=48$ años, $SD=9.3$). Perich, Manicavasagar, Mitchell & Ball (2013) hallaron que el 70.8% de los participantes completaron la intervención, reflejando un nivel de adherencia aceptable según la escala de adherencia MBCT-AS ($M=15.1$, $SD=3.3$) administrada por los investigadores.

Mejoría en la calidad de vida (n=2)

Dos de 10 estudios evaluaron mejorías en calidad de vida luego de la intervención. Deckersbach et al. (2012) encontraron una mejoría significativa en las destrezas de dominio ambiental, aumento significativo de relaciones interpersonales positivas y mayor sentido de propósito en la vida según lo reportado en el *Psychological Well Being Scale* (PWBS) y en las puntuaciones obtenidas en el *Range of Impaired Functioning Tool* (LIFE-RIFT). Similarmente, Perich et al. (2013) hallaron una disminución significativa en actitudes disfuncionales, según reportadas en el *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS-24).

Discusión

La muestra típica de los estudios realizados con MBCT consistió de pacientes con TB en su fase eutímica. No obstante, algunos estudios conceptualizaron la eutimia como un período de total remisión sintomatológica, mientras que otros incluyeron participantes con síntomas residuales de hipomanía o depresión. La fluctuación en definiciones de eutimia aparenta sustentar al Trastorno Bipolar como un espectro de síntomas de continuidad e intensidad variable (Stratford et al., 2014). Futuras investigaciones pudieran evaluar la efectividad del MBCT para pacientes que presentan síntomas afectivos de intensidad moderada o variabilidad según subtipo (I o II), ya que cada subtipo tiene particularidades sintomatológicas que ameritan una evaluación especializada de los efectos del MBCT.

Todos los estudios incluyeron participantes entre las edades de 18 a 64 años de edad. No obstante, el rango de edad de los participantes fluctuó entre los 37 a los 48 años de edad, quienes además mostraron mayor adherencia al tratamiento que los participantes de menor edad. Es posible que los participantes entre éstas edades mostraran más introspección asociada a la cronicidad de sus síntomas o más apertura a otras modalidades de tratamiento, por lo cual se recomienda a futuras

investigaciones con MBCT considerar la variable de edad en TB.

Tal vez el hallazgo más prevalente a través de las investigaciones fue su efectividad para mejorar la regulación emocional. Únicamente un estudio (Perich et al., 2013) encontró que el MBCT no aplazó significativamente la recurrencia de episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos. No obstante, el efecto pudiera estar relacionado a la frecuencia de las prácticas meditativas, ya que el estudio indicó que los participantes que meditaron durante tres o más días a la semana reportaron puntuaciones más bajas en las medidas de depresión administradas luego de un año. Sólo un estudio (Williams et al., 2008) incluyó pacientes con ideación suicida, por lo cual futuras investigaciones pudieran evaluar la efectividad del MBCT para pacientes con TB que presenten síntomas afectivos moderados a severos.

Por otra parte, 8/10 estudios no reportaron cambios significativos en síntomas maníacos. Luego de tres meses, Deckersbach et al. (2012) encontraron un aumento significativo en las puntuaciones del YMRS, así como en las escalas que evalúan bienestar psicosocial, afectividad positiva y regulación emocional. Es posible que la percepción de bienestar psicosocial, afectividad positiva y regulación emocional esté influenciada por el aumento en síntomas hipo/maníacos, reflejando la tendencia a asociar su “yo verdadero” con su estado hipo/mánico según planteada por Inder et al. (2008). Deckersbach et al. (2012) recomiendan realizar sesiones revitalizantes (“booster sessions”), de forma individual o grupal, para mantener las ganancias adquiridas durante la intervención. Notablemente, la disminución en síntomas hipo/maníacos reportada por Stange et al. (2011) estuvo relacionada a una mejoría en la habilidad para comenzar tareas nuevas. Aunque la mejoría en síntomas afectivos tendió a disminuir posintervención, el funcionamiento cognitivo perduró a niveles óptimos por más de tres meses, resaltando la necesidad de evaluar el efecto de las sesiones revitalizantes para prolongar las ganancias obtenidas en MBCT.

Los estudios identificados presentan limitaciones. Todos los estudios presentan generalización limitada debido al tamaño de la muestra. Similarmente, la ausencia de un grupo control y la falta de aleatorización limitan la generalización de los resultados y la comprensión de los efectos del MBCT. Sólo se pudo identificar un ensayo controlado aleatorizado (Perich et al., 2013), cual reportó poca participación al realizar el seguimiento anual (MBCT = 22/48; TAU = 12/47). No obstante, se identificó un estudio en fase de reclutamiento (Lahera et al., 2014) cual evaluará la efectividad del MBCT, en comparación con la psicoeducación, al tratar síntomas depresivos residuales en pacientes con TB. El estudio aparenta ser el primer ensayo controlado aleatorizado en utilizar un grupo control activo (i.e. otra modalidad de terapia).

Se identificaron algunas limitaciones en la presente revisión. La precisión estadística de las tendencias observadas pudiera estar limitada al ser una revisión de literatura sistemática y no un meta-análisis. Además, se incluyeron únicamente artículos realizados en inglés y en español, limitando la inclusión de datos

disponibles en otros idiomas. Finalmente, se incluyeron únicamente aquellos estudios realizados con MBCT para TB, limitando la comprensión de la efectividad del MBCT para trastornos del ánimo en general.

Conclusión

MBCT es un tratamiento eficaz para la prolongación de eutimia y reducción de síntomas de ansiedad y depresión, incluyendo ideación suicida, en el Trastorno Bipolar. MBCT también mejoró el funcionamiento neurocognitivo de pacientes con TB, particularmente en atención, memoria, procesamiento verbal y la regulación emocional. La participación en MBCT generó buena adherencia, particularmente en participantes entre las edades de 37 a 48 años de edad. Futuras investigaciones deberán realizarse con una muestra más amplia e incluir un grupo control para promover mayor generalización de los resultados.

Referencias bibliográficas

Las referencias marcadas con asterisco fueron incluidas en la revisión de literatura. Las citas utilizadas en el texto no han sido marcadas con asterisco.

- *Deckersbach, T., Hölzel, B.K., Eisner, L.R., Stange, J.P., Peckham, A.D., Dougherty, D.D., Rauch, S.L., Lazar, S., Nierenberg, A.A. (2012). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Non-remitted Patients with Bipolar Disorder. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 18(2), 133-141.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. ed.). Washington, DC: Autor.
- Bravo, M.F., Lahera, G., Lalucat, L., Fernández-Liria, A., (2013). Clinical practice guideline on bipolar disorder: drug and psychosocial therapy. *Medicina Clínica*, 141(7): 305.e1 – 305.e10.
- Fox, K.H., Burdick, K.E., Lombardo, I., Keefe, R.S.E. (2009). Cognitive Impairment in Patients With Bipolar Disorder. *Psychiatric Times*, 26(12).
- Ghaznavi, S., Deckersbach, T. (2012). Rumination for Bipolar Disorder: Evidence for an Unquiet Mind. *Biology of Mood and Anxiety Disorders*, 2(2).
- Green, M.J., Cahill, C.M., Malhi, G.S. (2007). The cognitive and neurophysiological basis of emotion dysregulation in bipolar disorder. *The Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2007.01.024
- Gruber, J., Hay, A.C., Gross, J.J. (2013). Rethinking Emotion: Cognitive Reappraisal is an Effective Positive and Negative Emotion Regulation Strategy in Bipolar Disorder. *Emotion*, 14(2).
- Hoffman, S.G., Sawyer, A.T., Fang, A. (2011). The Empirical Status of the “New Wave” of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Hollon, S.D., Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932.
- *Howells, F.M., Ives-Deliperi, V.L., Horn, N.R., Stein, D.J. (2012). Mindfulness based cognitive therapy improves frontal control in bipolar disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 12(15). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/15>
- *Howells, F.M., Rauch, L., Ives-Deliperi, V.L., Horn, N.R., Stein, D.J. (2014). Mindfulness based cognitive therapy may improve emotional processing in bipolar disorder: pilot ERP and HRV study. *Metabolic Brain Disease*, 29(2), 367-75.
- *Ives-Deliperi, V.L., Howells, F., Stein, D.J., Maintjes, E.M., Horn, N. (2013). The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: a controlled functional MRI investigation. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 1152-1157.

- McIntyre, R., Soczynska, J., Cha, D., Woldeyohannes, H., Dale, R. y Alsuwaidan, M. et al. (2015). The prevalence and illness characteristics of DSM-5-defined "mixed feature specifier" in adults with major depressive disorder and bipolar disorder: Results from the International Mood Disorders Collaborative Project. *Journal Of Affective Disorders*, 172, 259-264. doi:10.1016/j.jad.2014.09.026
- *Miklowitz, D.J., Alatiq, Y., Goodwin, G.M., Geddes, J.R., Fennell, M.V., Dimidjian, S., Williams, J.G. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(4), 373-382.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Moore, P.J., Little, M.A., McSharry, P.E., Goodwin, G.M., Geddes, J.R. (2014). Mood dynamics in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 2(11).
- *Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P.B., Ball, J.R. (2013). The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. *Behavior Research Therapy*, 51(7), 338-43.
- *Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P.B., Ball, J.R., Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 333-343.
- Sipe, W.E.B., Eisendrath, S.J. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.
- *Stange, J.P., Eisner, L.R., Hölzle, B.K., Peckham, A.D., Dougherty, D.D., Rauch, S.L., Nierenberg, A.A., Lazar, S., Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Effects on Cognitive Functioning. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 410-419.
- Stratford, H.J., Cooper, M.J., Simplicio, M.D., Blackwell, S.E., Holmes, E.A. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 35, 19-34.
- Thornton, A.L., Baker, A.L., Johnson, M.P., Lewin, T.J. (2002). Attitudes and perceptions towards substances among people with mental disorders: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, 87-105.
- *Weber, B., Jermann, F., Gex-Fabry, M., Nallet, A., Bondolfi, G., Aubry, J.M. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry*, 26(6), 334-337.
- *Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M.J.V., Duggan, D.S., Hepburn, S., Goodwin, G.M. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 275-279.

ACTUALIZACIÓN EN TORNO A LA EMOCIÓN EXPRESADA: CONSIDERACIONES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS Y PRÁCTICAS

UPDATE ON EXPRESSED EMOTION: THEORETICAL, METHODOLOGICAL AND PRACTICAL CONSIDERATIONS

Cristina Medina-Pradas

Grupo de Investigación "Alteración Mental y Disfunción Social".
Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Medina-Pradas C. (2016). Actualización en torno a la Emoción Expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 251-266.

Resumen

En el presente trabajo teórico se revisan cuestiones de diferente índole relacionadas con la Emoción Expresada (EE), un campo de trabajo que desde sus inicios a finales de los años sesenta ha llegado a ser muy fructífero para el entendimiento de los factores familiares implicados en los trastornos mentales graves y enfermedades de curso crónico, aunque al que no se le ha dedicado demasiada reflexión crítica. En varios aspectos se hace necesaria una actualización desde una mirada comprensiva de la literatura que permita avanzar cualitativamente en su estudio, y que repercuta en sus aplicaciones clínicas. Primero, se aboga por la consideración de la baja EE y la inclusión de los aspectos positivos, fundamentalmente la calidez, como factores de protección, redirigiendo el tema hacia la psicología positiva. Segundo, se subraya la naturaleza bidireccional y diádica de las relaciones entre pacientes y sus familias en torno a la EE, con las consecuentes implicaciones metodológicas y prácticas a nivel de medida, diseño de estudios y trabajo clínico.

Palabras clave: Familia, Psicopatología, Estrés, Calidez, Estudio Teórico.

Abstract

In this theoretical article, issues of different nature related to Expressed Emotion (EE) have been reviewed. From its origins in the late 1960s, EE has become a very fruitful field of work for the understanding of the family factors involved in severe mental disorders and chronic illnesses, although without dedicating it enough critical thinking. An update from a comprehensive look at the literature is needed in several aspects in order to progress in their study qualitatively, which will have also important effect on the clinical work. First, it is called for consideration of the low EE and the inclusion of positive aspects, mainly the warmth, as protective factors, redirecting this subject into the framework of the positive psychology. Second, the bidirectional and dyadic nature of relationships between patients and their families around the EE is underlined, with the consequent methodological and practical implications regarding measurement, studies design, and clinical work.

Keywords: Family, Psychopathology, Stress, Warmth, Theoretical Study.

Fecha de recepción v1: 17/12/2015. Fecha de recepción v2: 28/01/2016. Fecha de aceptación: 29/01/2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: cristina.medina.pradas@gmail.com

Dirección postal: Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. C/ Camilo José Cela, S/N. 41018. Sevilla, España.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Introducción

Las teorías sobre el **origen social de la enfermedad mental** han sido variadas. Durante los años 50 y principios de los 60, predominaban visiones culpabilizadoras de la familia como causante de la enfermedad. En 1975, su validez fue totalmente descartada por Hirsch y Leff cuando al revisarlas concluyen que ninguna identificaba una anormalidad parental característica y específica de las familias de pacientes con un diagnóstico psiquiátrico. Como consecuencia, comenzó la insistencia en desculpabilizar a las familias; no obstante, aunque las teorías “filiogenéticas” de la enfermedad mental sean hoy indefendibles, la importancia de considerar a la familia de los pacientes con la debida atención es innegable.

Los patrones de comunicación familiar han sido siempre objeto de mucha atención en relación a la psicopatología. En parte gracias al desarrollo de instrumentos objetivos de evaluación hacia finales de los 60, se han podido definir y medir algunos aspectos de estos patrones, como por ejemplo la **Emoción Expresada (EE)** (Brown, Birley y Wing, 1972; Brown y Rutter, 1966). En un principio se intentó averiguar si la EE influía sobre el curso de la esquizofrenia y se descubrió que los pacientes que convivían con un familiar crítico o emocionalmente sobreimplicado recaían con mayor probabilidad. Tras el alta hospitalaria, los pacientes que volvían a un hogar con alta EE tenían un riesgo de recaída del 50% en los nueve meses siguientes, tasa que bajaba al 15% en los casos de familias de baja EE (Bebbington y Kuipers, 1994). Entre los pacientes que vivían en hogares con alta EE, el riesgo de recaer se incrementaba hasta un 60% en aquellos casos en que el contacto cara a cara superaba las 35 horas semanales, disminuyendo hasta el 28% cuando era menor. Así, al sumar los efectos del no cumplimiento farmacológico con el elevado contacto cara a cara en familias de alta EE, el porcentaje de recaídas se incrementaba hasta el 92%. El primer descubrimiento lo hicieron Vaughn y Leff (1976a) y desde entonces se han producido réplicas por todo el mundo y en distintas culturas, así como con una gran variedad de diagnósticos psiquiátricos y enfermedades físicas (Bhugra y MacKenzie, 2003; Butzlaff y Hooley, 1998; Hooley, 2007; Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny y Armstrong, 2000). De hecho, hoy puede afirmarse que la alta EE familiar influye significativamente en el curso de las enfermedades mentales y físicas de curso crónico, como trastornos afectivos (Ellis et al., 2014), trastornos de ansiedad (Koujalgi, Nayak, Patil y Chate, 2014), trastornos alimentarios (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda y Treasure; 2014), demencia (Li y Murray, 2015), síndrome de fatiga crónica (Band, Barrowclough, y Wearden, 2014), dolor crónico (Ballús-Creus, Rangel, Peñarroya, Pérez y Leff, 2014), entre otras. Por tanto, incluir las intervenciones familiares centradas en la EE en los procesos terapéuticos se ha vuelto primordial.

A pesar de haber ganado mucha popularidad el tema, se considera que está algo encallado. Revisiones sistemáticas recientes han resaltado la necesidad de avanzar conceptual y metodológicamente al observar vacíos teóricos y dificultades que surgen al comparar los estudios (Amaresha y Venkatasubraman, 2012; Duclos,

Vibert, Mattar y Godart, 2012). Además, se han producido avances que requieren ser considerados. Por tanto, el primer objetivo del presente artículo teórico (Montero y León, 2007) fue llevar a cabo una reflexión comprensiva y crítica del tema de la EE, y el segundo objetivo fue actualizar cuestiones relacionadas con la medida, proponiendo mejoras en ambos sentidos y dirigidas al trabajo clínico con las familias.

Conceptos relacionados con la Emoción Expresada

La EE es un concepto que aparece en un contexto de investigación pero que tiene fuertes implicaciones para el trabajo clínico con las familias. Hace referencia a los juicios de contenido afectivo o actitudes emocionales que una persona, en general un familiar o allegado, dirige a otro miembro de la familia con una enfermedad crónica. Es un concepto desarrollado como una medida de la calidad de la relación entre el paciente y el familiar.

Medir la EE es una técnica de investigación, por lo que los **componentes del constructo** (comentarios críticos, hostilidad y sobreimplicación emocional –SiE– son los más usados) son términos técnicos, no nombres de emociones. Se entiende por *crítica* o comentarios críticos los comentarios desfavorables emitidos sobre la personalidad o conducta del paciente, que a su vez pueden ser clasificados en categorías según a lo que van dirigidos; por *hostilidad* se entiende la generalización de los comentarios críticos a diferentes áreas, es la crítica o rechazo de la persona en global más que de aspectos concretos de su comportamiento. Y, por *SiE* se entiende una respuesta emocional exagerada, de desesperanza, de autosacrificio, sobreidentificación y conducta sobreprotectora extrema expresada por parte del cuidador hacia el paciente.

Sin embargo, existen emociones claramente identificables que son las que dan lugar a las respuestas y conductas que mide la EE. Así, la crítica es una expresión directa del enojo y la rabia, y el número de comentarios críticos registrados durante una entrevista indica el grado de enfado que el cuidador tiene con los comportamientos del paciente. La hostilidad, como forma extrema de crítica, representa un enfado muy intenso, que puede ir acompañado por un rechazo global del paciente, ya no tanto de sus conductas sino de su persona. La SiE está alimentada por una mezcla de ansiedad y culpa. La culpa proviene de sentirse responsable de la enfermedad del paciente y es mucho más común entre los padres que entre otros familiares o cuidadores profesionales. Este sentimiento de culpa lleva a los familiares a hacer todo lo posible por ayudar al paciente para compensar el impacto de la enfermedad en la vida de éste, olvidándose incluso de sus propias necesidades. Por desgracia, esto, lejos de incrementar su autonomía, lleva a que los pacientes se vuelvan cada vez más dependientes de sus familiares y más preocupados por la incapacidad de valerse por sí mismos. Por este motivo, en una relación de SiE la perspectiva de separarse crea una gran ansiedad en ambas partes.

Por último, existirían determinadas características que pueden estar relaciona-

das con las emociones anteriores, jugando el papel de **posibles determinantes de la EE**, aunque el papel predictor de la EE parece ser independiente de casi todos los factores con los que se ha intentado relacionar (Nuechterlein, Snyder y Minz, 1992). Estas características pueden provenir del paciente, de los propios familiares y/o del trastorno en sí (Gonzalo y Amor, 2003; Muela y Godoy, 1997; Perez-Pareja, Quiles, Romero, Pamies-Aubalat y Quiles, 2014).

Marco teórico tradicional: estrés y recaída

Entre los factores que explicarían el desencadenamiento de muchas de las enfermedades mentales dentro de una teoría multifactorial de su etiología se halla la mayor vulnerabilidad al estrés del individuo genéticamente predispuesto a la enfermedad. En 1977, Zubin y Spring desarrollaron el **modelo de vulnerabilidad-estrés**, que ha servido de guía y marco conceptual. En esta línea se han intentado estudiar los marcadores conductuales de la vulnerabilidad personal en el contexto de los estresantes ambientales tanto intra como extrafamiliares. Según estos autores, para que aparezca la enfermedad es necesaria la acción de un factor estresante sobre un organismo con cierta vulnerabilidad y, a mayor vulnerabilidad, menos estrés será necesario para que se produzca la enfermedad, y viceversa. En consecuencia, el control del estrés aparece como una forma de reducir la tasa de recaídas, o incluso evitar la aparición de enfermedad.

Es importante especificar al máximo los marcadores de vulnerabilidad potenciales y las condiciones de los estresores que pueden asociarse a la aparición y curso de la enfermedad. Por un lado, los estudios de alto riesgo se han centrado en los marcadores de vulnerabilidad individual; por otro, están los estudios concentrados en determinar factores estresantes. Concretamente, el estrés asociado a los acontecimientos vitales (estrés agudo delimitado en el tiempo) y el nivel de **estrés familiar** (que para aquellos pacientes que viven con sus familiares puede llegar a ser un estrés crónico, continuo). En este sentido, Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon (1983) afirmaron que los pacientes son vulnerables a estos dos tipos de estrés: al agudo, que actuaría como precipitante y no está bajo control, y al crónico, cuya modificabilidad lo convierte en el principal foco de interés. Los estudios han ido desarrollándose según esta línea con el objetivo de obtener y analizar información adicional sobre los mecanismos a través de los cuales la EE juega su papel de máximo agente del ambiente familiar como fuente de estrés crónico y como mejor predictor del pronóstico (Hooley y Gotlib, 2000).

Hay varias líneas de evidencia que indican que alta EE familiar representa un significativo estresor para los pacientes con diversos trastornos hasta el punto de poder precipitar recaídas. Primero, una serie de **estudios fisiológicos** (Tarrier y Turpin, 1992) demuestran que los niveles de arousal de los pacientes difieren en respuesta a alta y baja EE. La presencia de un pariente de alta EE se asocia con mantenimiento o incremento del arousal, y la de un pariente de baja EE con el descenso del arousal. Además, la combinación de altos niveles de EE en la familia

y la activación del sistema nervioso simpático que ocurre en los pacientes confiere un riesgo especial de cara a un peor pronóstico sintomático (Subotnik et al., 2012). Segundo, estudios de **interacción entre familiares y pacientes** en el laboratorio han encontrado diferencias en familiares de alta y baja EE y se ha comprobado que estos resultados son generalizables a la vida real (Cruise, Sheeber, y Tompson, 2011; Hahlweg, Goldstein y Nuechterlein, 1989). Se observaron más comportamientos intrusivos en los familiares de alta EE, quienes tuvieron más dificultades para cambiar situaciones negativas derivadas de comportamientos problemáticos de los pacientes, siendo sus respuestas más tendentes a contribuir a un escalamiento de intercambios negativos.

Investigaciones más recientes centradas en EE siguen apoyando este modelo de vulnerabilidad-estrés y la hipótesis de la EE como estresor desencadenante de recaídas (Amaresha y Venkatasubramanian, 2012; Duclos et al., 2012). Los pacientes preguntados directamente informan de incrementos significativos en ansiedad, ira y estrés después de ser expuestos a alta EE (Finnegan et al., 2014). Más concretamente, éstos se sienten más estresados cuando se encuentran interactuando con familiares críticos que ante aquellos sobreimplicados emocionalmente, aun sintiendo estrés ante ambos a diferencia de ante familiares cálidos (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011a). Esos niveles de estrés a su vez están influenciados por su sensibilidad a las críticas (Cutting, Aakre y Docherty, 2006) y sus niveles de ansiedad, los cuales interactuarían en última instancia con la EE en la exacerbación de los síntomas (Docherty et al., 2011). Además, la EE puede influir en la aparición de un trastorno como desencadenante relacionado con el estrés (Treasure y Schmidt, 2013).

Hacia una visión más positiva de la EE

Llegados a este punto, surgen las siguientes cuestiones: ¿qué ha pasado con los componentes positivos de la EE?, ¿qué ocurre con los familiares de baja EE? La expresión “EE alta” es un tanto equívoca (Kuipers et al., 2002), ya que a menudo da lugar a que se interprete preferible que los familiares supriman cualquier emoción en presencia del paciente. Para evitar malentendidos, hubiese sido preferible utilizar la etiqueta “EE negativa alta”, pero el término acuñado por sus creadores Brown y Rutter está ya demasiado arraigado. Como se ha demostrado ampliamente, las emociones negativas (crítica, hostilidad y SiE) empeoran la evolución de las personas con algún trastorno mental y deberían evitarse. Sin embargo, la **presencia de calidez y comentarios positivos** (los otros componentes, por lo general olvidados, que componen los aspectos positivos de la EE) se está viendo recientemente que se relacionan con menor severidad de los síntomas (Medina-Pradas et al., 2011a; Medina-Pradas, Navarro, Pousa, Montero y Obiols, 2013) y mejor funcionamiento (Schlosser et al., 2010), mejoran el pronóstico de la enfermedad funcionando como factores protectores de recaídas (Lee, Barrowclough y Lobban, 2014; López et al., 2004) e, incluso, protegen de la aparición de

enfermedad mental (González-Pinto et al., 2011). Todos estos resultados nos dirigen hacia el irrefutable camino de incluir los aspectos positivos de la EE y considerar nuevos marcos teóricos.

Por otro lado, estudios cualitativos han analizado a los **familiares de EE baja**, para confirmar que éstos no son simplemente neutros (Treanor, Lobban y Barrowclough, 2011; Treanor, Lobban y Barrowclough, 2013). No se caracterizan únicamente por no ser críticos, hostiles o sobreimplicados, sino que se identifican con una serie de estrategias de afrontamiento positivas. Aunque también describen experiencias estresantes y sentimientos de frustración e ira, muestran empatía y compromiso para apoyar al enfermo, demuestran comprensión hacia la enfermedad y los comportamientos relacionados y han ajustado sus expectativas de futuro. La diferencia fundamental con los familiares de EE alta es su actitud hacia los síntomas y la conducta del paciente, su reacción ante los mismos hechos. Por ejemplo, mientras los familiares de EE alta descalifican las experiencias del paciente, los familiares de EE baja reconocen la realidad de sus experiencias, pero dejando claro que no las comparten.

Por ello, uno de los objetivos del trabajo clínico con familias con un miembro que padece una enfermedad crónica debe ser incrementar tanto las actitudes positivas por parte de los familiares (calidez y comentarios positivos) como las actitudes típicas de los familiares de baja EE de cara a construir fortalezas dentro de la familia y promover mejores formas de responder al ser querido. Todo esto ayudará a promover el bienestar psicológico de los familiares y de los propios pacientes y, en consecuencia, los protegerá frente a posibles recaídas mejorando sus pronósticos.

En definitiva, y como además vienen apuntando las últimas revisiones de la literatura sobre EE (Amaresha y Venkatasubramanian, 2012), se vuelve fundamental considerar estos aspectos positivos a la hora de evaluar y trabajar con la EE, tanto en clínica como en investigación. Los modelos prevalentes de la asociación EE-recaída conceptualizan la EE como una forma de estrés para los pacientes, básicamente en base al modelo de vulnerabilidad-estrés, siendo hora de integrar los aspectos positivos de la EE incluyendo modelos teóricos basados en la psicología positiva (Fernandez-Ríos y Novo, 2012), como el de Fredrickson (Fredrickson, 2001), y enfocar su estudio no sólo como factor de riesgo sino también como factor protector.

Considerando la naturaleza bidireccional y diádica de la EE

Miklowitz (2004), en su análisis de la EE dentro de la teoría sistémica y en base a conceptos provenientes de la investigación en psicopatología del desarrollo, apuntó que las influencias paciente-familiares son bidireccionales, es decir, no sólo influye la EE y el estrés familiar sobre el paciente y el curso de su trastorno, sino también influyen las características del paciente y su trastorno sobre la familia. Además, EE y trastorno cambian al mismo tiempo, y las actitudes relacionadas con

la EE se asocian con **ciclos de interacción mutuamente influyentes entre los familiares y los pacientes** (Burbach, 2013), no sólo refleja alteraciones en la organización, clima emocional y patrones transaccionales del sistema familiar. Por ello, las alteraciones subyacentes en los sistemas familiares pueden emerger en respuesta a los síntomas de la enfermedad en uno de sus miembros y tener efectos recurrentes en el desarrollo y curso de la enfermedad una vez manifestada. Asimismo, la naturaleza y estabilidad de estos efectos recursivos dependen de procesos dinámicos en el paciente, en el familiar y en su relación.

Por otro lado, el modelo de Lazarus y Folkman (Lazarus, 1993; Lazarus y Folkman, 1984) considera que entre las circunstancias objetivas y las respuestas psicológicas están las valoraciones personales que los sujetos hacen de esas circunstancias. Al aplicar este modelo a los procesos que rodean la EE, y considerando los apuntes de Miklowitz, nos preguntamos **cómo los pacientes perciben la EE de sus familiares**, de lo que sorprende lo poco que se sabe sobre ello a pesar de ser ellos las dianas de esas actitudes (Renshaw, 2008).

Las percepciones de los pacientes podrían funcionar como una manera más rápida y fácil de capturar la esencia de la EE, pudiendo ayudar en el avance del entendimiento que tenemos de los mecanismos transaccionales y las dinámicas familiares que se generan alrededor del fenómeno de la EE. Con esta información complementaria, obtendríamos una evaluación balanceada de la díada, es decir, no sólo nos quedaríamos con la perspectiva de los familiares, sino que avanzaríamos hacia una **visión diádica de la EE**. Con esto, además, se enfatiza la importancia de la perspectiva desde la que es medida la EE: si es una visión objetiva, evaluada por un observador externo entrenado en EE; o es la de un informador interno, una perspectiva autoevaluada y subjetiva (los propios familiares); o si es la de un informador interno, también subjetiva, pero percibida (la de los pacientes). La consideración de cada una de estas perspectivas tendría sus implicaciones. Muy pocos estudios han considerado la perspectiva de familiares y pacientes a la vez, aunque los que lo han hecho han demostrado que ambas no coinciden en condiciones generales (Bachmann, Bottmer, Jacob y Schröder, 2006; Cutting et al., 2006; Di Paola, Faravelli y Ricca, 2010; Kazarian, Maya, Cole y Baker, 1990; Medina-Pradas et al., 2013; Moulds et al., 2000; Perkins et al., 2005; Tompson et al., 1995; Sczufca, Kuipers y Menezes, 2001; Weisman, Rosales, Kymalainen y Armesto, 2006), datos también a favor de la necesidad de considerar ambas.

Se ha visto además que las percepciones de la crítica parecen ser útiles para predecir el curso futuro de los síntomas (Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto y Sachs, 2005), aunque más datos hacen falta para confirmar este hallazgo. Lo que ocurre es que a los pacientes tradicionalmente no se les ha preguntado ni por cómo perciben la EE ni por el estrés que les genera fundamentalmente porque no existían medidas específicas y completas para ello. Para la EE percibida, aparte de la “Escala de crítica percibida” (*Perceived Criticism Scale, PCS*; Hooley y Teasdale, 1989), se conoce la “Escala del nivel de emoción expresada” en su versión para pacientes

(*Level of expressed emotion, LEE*; Cole y Kazarian, 1988), aunque ésta no está basada en el constructo de EE directamente –no mide específicamente SiE o crítica–, sino aspectos relacionados (Hooley y Parker, 2006). Por tanto, no es hasta 2011 que surge la “**Escala diádica breve de emoción expresada**” (**BDSEE**), con una versión para pacientes (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011b) y otra para familiares (Medina-Pradas, Domínguez-Martínez, Kwapil, Barrantes-Vidal y Lopez, sometido a publicación), la cual no sólo incluye la visión diádica, sino también los aspectos positivos de la EE, concretamente la calidez, conformándose como una herramienta ideal para el trabajo con la EE desde la perspectiva más moderna por la que se está abogando. Junto a ella, la “**Escala de estrés percibido debido a la emoción expresada**” (**PSEE**; Medina-Pradas et al., 2011a) que mide el estrés percibido de los pacientes ante la EE de sus familiares (en concreto ante la crítica, la SiE y la calidez), completarían la información necesaria para tener el cuadro completo. Hablaremos de ellas en el siguiente apartado.

Para finalizar, resulta práctico ampliar el constructo de la EE hacia **ciclos de comunicación** útiles en el trabajo psicoterapéutico con los pacientes y sus familias, derivados de la reflexión sobre los resultados obtenidos en las investigaciones y a la luz de este nuevo planteamiento bidireccional y diádico. Los objetivos terapéuticos serían reducir los niveles de crítica y SiE, aumentar los niveles de calidez, y considerar las percepciones por parte de los pacientes de la EE y las valoraciones subjetivas que los familiares hacen de la enfermedad. El fin sería ver si es necesario desactivar circuitos recursivos, bucles mantenedores de conflicto, o reconstruir/reestructurar dichas valoraciones por alternativas más útiles para la familia, observando además si dentro del subsistema parental las construcciones personales de la enfermedad entran en conflicto agravando la situación (por ejemplo, entre familiares críticos y sobreimplicados).

Para presentar estos ciclos de comunicación, retomaremos la **noción de nudo del problema de Procter** (Procter, 1981, 1985) y se modelizarán los circuitos recursivos de la crítica y la SiE mediante diagramas de la posición de cada persona implicada en la situación. Procter usa la teoría de los constructos personales como base para una **teoría del sistema de constructos familiares** (Feixas, 1998), lo cual proporciona un marco excelente para explicar las interacciones familiares y, en nuestro caso, para poder visualizar la EE desde esta nueva visión por la que estamos abogando. La noción de posición de Procter supone dos niveles: el nivel de construcción (cómo construye uno la actitud del otro –el significado que da a sus percepciones) y el nivel de acción (qué conducta sucede a dicha construcción).

Así, el primer modelo correspondiente a la crítica (ver Figura 1), representa cómo la actitud del cuidador (lo que tradicionalmente se ha venido observando, es decir, la EE del cuidador, en este caso, los comportamientos críticos) genera en el paciente construcciones del tipo “me odia”, “solo quiere controlar mi vida”, etc. (serían las percepciones del pacientes de dicha EE), lo que generaría a efectos conductuales una actitud de desafío, de atrincheramiento en los síntomas, llegando

Figura 1

DIAGRAMA DE POSICIÓN (I): Nudo del Problema: LA CRÍTICA



a distanciarse del cuidador y a desconfiar de él (cómo se reflejarían sus percepciones de la EE en su conducta –lo que incluiría los síntomas, su funcionamiento, la enfermedad en definitiva). Y esto, a su vez, generaría en el cuidador la construcción de “mi hijo desafía mi autoridad”, “lo hace todo para molestarme porque podría controlar más”, etc. (estaríamos hablando de las valoraciones subjetivas del cuidador), conduciéndole a argumentar incansablemente adoptando una posición de lucha, crítica y hasta hostilidad con frecuentes represalias (la EE), lo que volvería a retroalimentar la construcción en el paciente reactivando el circuito recursivo en el que se debería intervenir. Y el estrés estaría mediando entre las construcciones y las conductas de ambos.

De igual manera puede representarse la SiE (ver Figura 2). El paciente construiría dicha SiE, por una lado, considerando que el trastorno le hace especial, le da poder; y, por otro lado, pensando que el mundo es un lugar peligroso y él/la una persona débil que debe ser protegida. Esta construcción conduciría a perpetuar los síntomas de fragilidad, a ver minada su autoestima, a ser cada vez más dependiente e infantilizado, y a aislarse del grupo de iguales, lo que generaría en el cuidador la sensación de tener que hacer todo lo que pueda para que su hijo/a no empeore, conduciendo a una actitud de constante autosacrificio, comprobación ansiosa de que está bien, intrusismo y a perder otros roles sociales incompatibles con esta dedicación exclusiva. La visión de estas actitudes volvería a retroalimentar la construcción del paciente retroalimentando de nuevo el circuito.

Y lo mismo podríamos hacer con la calidez. Por tanto, puede decirse que conceptualizar los procesos familiares que rodean la EE como construcciones y acciones unidas entre sí en secuencias interaccionales permite a los terapeutas tener más información para la intervención y para generar (re)construcciones alternativas que ayuden a las familias.

Figura 2

DIAGRAMA DE POSICIÓN (ii): Nudo del Problema: LA SiE

**Evaluación de la EE**

A continuación, se comentan las ventajas e inconvenientes de los instrumentos de evaluación de la EE más utilizados, con el objetivo de sacar conclusiones sobre los más útiles a la luz de las nuevas tendencias. Para una revisión exhaustiva, consultar Becerra (2011).

La entrevista *gold-standard* creada específicamente para evaluar la EE en familiares es la “*Entrevista familiar Camberwell*” (*Camberwell family interview, CFI*; Vaughn y Leff, 1976b). Es una entrevista semiestructurada, de hora y media aproximadamente de duración, que evalúa comentarios críticos, hostilidad, SiE, calidez y comentarios positivos. El período de tiempo que evalúa la CFI son los tres meses previos. Una familia será considerada como de alta EE a partir de que alguno de sus miembros supere el punto de corte en crítica y/o en SiE y/o presente hostilidad. Tiene ventajas claras, fundamentalmente la riqueza de la información que permite recoger, la cual puede usarse desde un punto de vista tanto cualitativo como cuantitativo. No obstante, no es tan ventajosa cuando hablamos de los recursos temporales, personales y económicos que requiere para su aplicación y corrección. La CFI se muestra excesivamente larga y complicada porque debe ser codificada a posteriori por dos evaluadores independientes. Para ello, es necesaria una formación específica de los evaluadores con la autora Christine Vaughn en Londres para obtener la fiabilidad en su uso –en España, también es posible obtener esta certificación con Cristina Medina-Pradas y Adrián Montesano, formados y autorizados por la Dra. Vaughn. Por último, el punto de corte de la CFI resulta en ocasiones artificioso (por ejemplo, en crítica se han utilizado como criterios 4, 6, 7 ó 9, según el estudio). Por tanto, a pesar de ser el instrumento que proporciona la información más rica y de considerarse el de elección en la medida de lo posible,

la mayoría de las veces y sobre todo en clínica se han de considerar otros métodos más factibles (aunque de cara a interpretar los resultados de la investigaciones y a trabajar en terapia con las familias se siga recomendando la formación reglada).

Un intento de superar estos inconvenientes sería utilizar una medida más corta y fácil de aplicar y evaluar. Una entrevista alternativa no estructurada es la “Muestra del discurso de cinco minutos” (*Five Minute Speech Sample, FMSS*; Magana et al., 1986), aunque ésta también requiere entrenamiento y acuerdo entre observadores. Cada familiar debe hablar durante cinco minutos sobre el tipo de persona que considera que es el paciente y el tipo de relación que tienen. Se codifican crítica, hostilidad y SiE (no los aspectos positivos de la EE, lo cual apunta el primer inconveniente), considerándose que una familia presenta EE alta si el comentario inicial es negativo, si la relación es valorada como negativa, si se realizan uno o más comentarios críticos, si existe evidencia de autosacrificio o comportamiento sobreprotector, si se realizan manifestaciones emocionales a lo largo de la entrevista o si se dan excesivos detalles sobre el pasado. Otro inconveniente lo apuntaron Parker y Johnston (1988) al encontrar que familiares que puntúan en baja EE con la FMSS obtenían puntuaciones significativamente más altas en la escala de falseamiento de una medida de personalidad en comparación con los familiares definidos como de alta EE. Concluyeron que deberían requerirse estrategias correctivas para controlar dicho efecto de deseabilidad social que estaría modificando las subsecuentes asignaciones a un grupo u otro de EE en estudios que utilizaran esta medida. Además, el tiempo de aplicación de la FMSS es valorado como extremadamente escaso de cara al descenso de la posible reactividad a la situación de evaluación. Haldford (1992) concluyó que la FMSS correlaciona altamente con la CFI en términos de clasificación de familias como de alta o baja EE pero tiende a puntuar en menor medida la ocurrencia de alta EE. Por estas razones, algunos autores asignan los sujetos de baja EE con puntuaciones límite al grupo de alta EE, demostrando que mejora la sensibilidad y la validez de la prueba. En definitiva, la FMSS no parece ser una buena alternativa para evaluar la EE.

Hay también otras formas de evaluar los índices negativos de la EE mediante escalas autoaplicables, como por ejemplo, la ya comentada **LEE** (Cole y Kazarian, 1988), que por su brevedad y fácil aplicación y corrección palian algunas de las limitaciones de las entrevistas comentadas. Sin embargo, como se expuso anteriormente, sólo hay un instrumento, la **BDSEE** (Medina-Pradas et al., 2011b; Medina-Pradas et al., en revisión), que, además de fácil de aplicar y corregir, incluye los aspectos positivos y la visión diádica de la EE, conformándose como la medida más completa de la EE junto con la **PSEE** (Medina-Pradas et al., 2011a). Previamente a la existencia de la BDSEE, las revisiones sobre la medición de la EE venían a concluir que las pruebas tipo entrevista presentaban limitaciones que reducían su aplicabilidad clínica y que las pruebas breves requerían de mayor investigación y examen conceptual (Becerra, 2011; Hooley y Parker, 2006; Van Humbeeck, Van Audenhove, De Hert, Pieters y Storms, 2002), sin decantarse por ninguna en

concreto. Así, actualmente puede recomendarse el uso de la BDSEE y la PSEE como medidas de elección, invitando asimismo a continuar la investigación con ellas en algunos aspectos pendientes (por ejemplo, replicar resultados con otros grupos diagnósticos o evaluar su validez predictiva). Ambas se encarnarían como la mejor manera para medir la EE hasta el momento, alternativa psicométricamente fuerte, conceptualmente completa y muy práctica tanto para contextos clínicos como de investigación.

Conclusiones

Tras la revisión comprehensiva y crítica de la literatura sobre EE y en relación a los dos objetivos marcados, se extraen dos conclusiones fundamentales que a partir de ahora deberían tenerse en cuenta a la hora de investigar y trabajar con la EE. Primero y en relación a aspectos más teóricos, incluir los aspectos positivos de la EE como factores de protección y a promover en las familias, junto con los negativos, enmarcando el estudio de la EE en un contexto de psicología más positiva. Segundo y a un nivel más metodológico, no olvidar la perspectiva de los pacientes sobre la EE y el estrés que les produce, considerando la visión diádica y completa del fenómeno dinámico de comunicación bidireccional producido en torno a la EE, lo que implica a su vez un cambio en los instrumentos de medida y en los diseños de estudio.

A nivel clínico, demostrado que la familia es un agente activo de cambio y posible factor protector (y no sólo promotor de recaídas), habría que trabajar con ella desde una concepción de co-construir nuevas formas de relacionarse con el paciente y su trastorno. Las líneas que pueden seguirse son desde reducir el estrés emocional en el contexto familiar como factor de mantenimiento y agravación de la enfermedad hasta la promoción del afecto positivo en las interacciones familiares de cara a mejorar el pronóstico. Es decir, debemos intervenir también la EE desde un contexto más actual relacionado con la psicología positiva y la promoción de la salud en lugar de meramente con la vulnerabilidad al estrés y la prevención de empeoramiento. Las intervenciones familiares y/o multifamiliares son ambientes privilegiados de trabajo (Gutiérrez, Sepulveda, Anastasiadou y Medina-Pradas, 2014; Pharoah, Mari, Rathbone y Wong, 2010), que asimismo deberían considerar tanto la visión de los familiares como la de los pacientes en su relación.

Agradecimientos

Este trabajo se ha generado como consecuencia de varios años de trabajo de la autora con familias de diferentes tipos de pacientes, inicialmente desde la Universidad Autónoma de Barcelona bajo el apoyo del Programa de Formación de Personal Investigador del Ministerio de Economía y Competitividad (BSO2003-05561), y posteriormente desde la Universidad Autónoma de Madrid (Programa Postdoctoral Alianza 4 Universidades). A todas estas familias, gracias por su generosidad. La autora agradece también el importante apoyo de determinados

colegas en diferentes momentos de este proceso (Dr. Jordi Obiols, Dra. Isabel Montero, Dra. Elizabeth Kuipers, Dra. Christine Barrowclough, Dr. Steven López y Dr. Adrián Montesano), en especial a la Dra. Christine Vaughn.

Referencias bibliográficas

- Amaresha, A.C. y Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34, 12-20.
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A.R. y Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviours*, 15(3), 464-477.
- Bachmann, S., Bottmer, C., Jacob, S. y Schröder, J. (2006). Perceived criticism in schizophrenia: A comparison of instruments for the assessment of the patient's perspective and its relation to relatives' EE. *Psychiatry Research*, 142, 167-175.
- Ballús-Creus, C., Rangel, M.V., Peñarroya, A., Pérez, J. y Leff, J. (2014). Expressed emotion among relatives of chronic pain patients, the interaction between relatives' behaviours and patients' pain experience. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 197-205.
- Bebbington, P. y Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine*, 21, 707-718.
- Becerra, J.A. (2011). Descripción y limitaciones de los instrumentos de evaluación de la emoción expresada. *Papeles del Psicólogo*, 32, 152-158.
- Bhugra, D. y McKenzie, K. (2003). Expressed Emotion across cultures. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 342-348.
- Brown, G.W. y Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T. y Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Burbach, F.R. (2013). Towards a systemic understanding of family emotional atmosphere and outcome after psychosis. En A. Gumley, A. Gillham, K. Taylor y M. Schwannauer (eds.), *Psychosis and Emotion* (pp. 116-235). USA y Canada: Routledge.
- Butzlaff, R.L. y Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Cole, J.D. y Kazarian, S.S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 392-397.
- Cruise, R.C., Sheeber, L.B. y Tompson, M.C. (2011). Behavioural correlates of maternal expressed emotion in interaction tasks. *Journal of Family Psychology*, 25(5): 781-784.
- Cutting, L.P., Aakre, J.M. y Docherty, N.M. (2006). Schizophrenic Patients' Perceptions of Stress, Expressed Emotion, and Sensitivity to Criticism. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 743-750.
- Dean, N. y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-416.
- Di Paola, F., Faravelli, C. y Ricca, V. (2010). Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 401-405.
- Docherty, N.M., St-Hilaire, A., Aakre, J.M., Seghers, J.P., McCleery, M. y Divilbiss, M. (2011). Anxiety Interacts With Expressed Emotion Criticism in the Prediction of Psychotic Symptom Exacerbation. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 611-618.
- Duclos, J., Vibert, S., Mattar, L. y Godart, N. (2012). Expressed Emotion in Families of Patients with Eating Disorders: A Review of the Literature. *Current Psychiatry Reviews*, 8.
- Ellis, A.J., Portnoff, L.C., Axelson, D.A., Kowatch, R.A., Walshaw, P. y Miklowitz, D.J. (2014). Parental expressed emotion and suicidal ideation in adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 216(2): 213-16.
- Feixas, G. (1998). Los constructos personales en la práctica sistémica. En: R.A. Neimeyer, M.J. Mahoney (eds.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 273-309). Barcelona: Paidós.
- Fernandez-Rios, L. y Novo, M. (2012). Positive Psychology: Zeigeist (or spirit of the times) or ignorance (or disinformation) of history? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 333-344.

- Finnegan, D., Onwumere, J., Green, C., Freeman, D., Garety, P. y Kuipers, E. (2014). Negative communication in psychosis: understanding pathways to poorer patient outcomes. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 202, 829-832.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The Broaden-and-Build Theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Gonzalez-Pinto, A., Ruiz de Azua, S., Ibanez, B., Otero-Cuesta, S., Castro-Fornieles, J., Graell-Berna, M., ... Arango, C. (2011) Can positive family factors be protective against the development of psychosis? *Psychiatry Research*, 186, 28-33.
- Gonzalo, N. y Amor, B. (2003). Intervención familiar en la esquizofrenia. En E. Doménech-Llaberia, J.E. Obiols, M.C. Jané y S. Subirà (eds.), *Actualizaciones en psicopatología clínica 2003* (pp. 295-332). Barcelona: Masters Psicopatología UAB.
- Gutierrez, E. Sepulveda, A.R., Anastasiadou, D. y Medina-Pradas, C. (2014). Programa de psicoeducación familiar para los trastornos del comportamiento alimentario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 133-149.
- Hahlweg, W.K., Goldstein, M.J. y Nuechterlein, K.H. (1989). Expressed emotion and patient relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 11-18.
- Halford, K.W. (1992). Assessment of family interaction with a schizophrenic member. In D.J. Kavanagh (ed.), *Schizophrenia: An overview and practical handbook* (pp. 254-274). London: Chapman & Hall.
- Hirsch, S.R. y Leff, J. (1975). *Abnormalities in patients of schizophrenics*. Maudsley Monograph n° 22. Londres: Oxford University Press.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Hooley, J.M. y Gotlib, I.H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 135-151.
- Hooley, J.M. y Parker, H.A. (2006). Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20, 386-396.
- Kazarian, S.S., Malla, A.K., Cole, J.D. y Baker, B. (1990). Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 306-309.
- Koujalgi, S.R., Nayak, R.B., Patil, N.M. y Chate, S.S. (2014). Expressed emotions in patients with obsessive compulsive disorder: a case control study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 138-141.
- Kuipers, E., Leff, J. y Lam, D. (2002). *Family Work for Schizophrenia*. London: Gaskell.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lee, G., Barrowclough, C. y Lobban, F. (2014). Positive affect in the family environment protects against relapse in first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 367-376.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkovitz, R., Vaughn, C. y Sturgeon, D. (1983). Life events, relatives expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenic relapse. *Psychological Medicine*, 13, 799-806.
- Li, C.Y. y Murray, M. (2015). A review of conceptualisation of expressed emotion in caregivers of older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4): 332-343.
- López, S.R., Hipke, K.N., Polo, A.J., Jenkins, J.H., Karno, M., Vaughn, C. y Snyder, K.S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 428-439.
- Magana, A.B., Goldstein, M.J., Karno, M., Miklovitz, D.J., Jenkins, J. y Fallon, I.R.H. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatric Research*, 17, 203-212.
- Medina-Pradas, C., Dominguez-Martinez, T., Kwapil, T.E., Barrantes-Vidal, N., López, S.R. The Brief Dyadic Scale of Expressed Emotion (BDSEE) – Relatives Version. Manuscrito enviado para publicación. 2016.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J.B., López, S.R., Grau, A. y Obiols, J.E. (2011a). Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology. *Appetite*, 57(3), 743-748.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J.B., López, S.R., Grau, A. y Obiols, J.E. (2011b). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry research*, 190(2-3), 291-296.
- Medina-Pradas, C., Navarro, J.B., Pousa, E., Montero, M.I. y Obiols, J.E. (2013). Expressed and perceived criticism, family warmth, and symptoms in schizophrenia. *Spanish Journal of Psychology*, 16(45), 1-8.
- Miklovitz, D.J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, 16, 667-688.

- Miklowitz, D.J., Wisniewski, S.R., Miyahara, S., Otto, M.W. y Sachs, G.S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 136, 101-111.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moulds, M.L., Touyz, W., Schotte, D., Beumont, P.J.V., Griffiths, R., Russell, J. y Charles, M. (2000). Perceived expressed emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 288-296.
- Muela, J.A. y Godoy, J.F. (1997). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 4, 7.
- Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S. y Minz, J. (1992). Paths to relapse: possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion, and psychotic relapse. *The British Journal of Psychiatry*, Supp. 18, 88-96.
- Parker, G. y Johnston, P. (1988). Examining for links between expressed emotion and EPI personality variables: Can low EE be faked? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 599-602.
- Perez-Pareja, B., Quiles, Y., Romero, C., Pamies-Aubalat, L. y Quiles, M.J. (2014). Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología*, 30, 1, 37-45.
- Perkins, S., Schmidt, U., Eisler, I., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., ... Berelowitz, M. (2005). Why do adolescents with bulimia nervosa choose not to involve their parents in treatment? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 376-385.
- Pharoah, F., Mari, J.J., Rathbone, J., Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Chochrane Database of Systematic Reviews*, 12: Art. Nº CD000088.
- Procter, H. (1981). Family construct psychology: An approach to understanding and treating families. En: S. Walrond-Skinner (ed.), *Developments in family therapy: Theories and applications since 1948*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Procter, H. (1985). A personal construct approach to family therapy and systems intervention. En E. Button (ed.), *Person construct theory and mental health*. Londres: Croom Helm.
- Renshaw, K.D. (2008). The predictive, convergent, and discriminant validity of perceived criticism: A review. *Clinical Psychology Review*, 28, 521-534.
- Scazufca, M., Kuipers, E. y Menezes, P.R. (2001). Perception of negative emotions in close relatives by patients with schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 167-175.
- Schlosser, D.A., Zinberg, J.L., Loewy, R.L., Casey-Cannon, S., O'Brien, M.P., Bearden, C.E., ... Cannon, T.D. (2010). Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 118, 69-75.
- Subotnik, K.L., Schell, A.M., Chilingar, M.S., Dawson, M.E., Ventura, J., Kelly, K.A., ... Nuechterlein, K.H. (2012). The interaction of electrodermal activity and expressed emotion in predicting symptoms in recent-onset schizophrenia. *Psychophysiology*, 49(8): 1035-1038.
- Tarrier, N. y Turpin, G. (1992). Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse: a review of the psychophysiological data. *British Journal of Psychiatry*, 161, 3-11.
- Tompson, M.C., Goldstein, M.J., Lebell, M.B., Mintz, L.I., Marder, S.R. y Mintz, J. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, 57, 155-167.
- Treanor, L., Lobban, F. y Barrowclough, C. (2011). Relatives' responses to psychosis: An exploratory investigation of low expressed emotion relatives. *Psychology and Psychotherapy*, 86(2), 197-211.
- Treanor, L., Lobban, F. y Barrowclough, C. (2013). Relatives' responses to psychosis: An exploratory investigation of low expressed emotion relatives. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 197-211.
- Treasure, J. y Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 13.
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., De Hert, M., Pieters, G. y Storms, G. (2002). Expressed emotion: a review of assessment instruments. *Clinical Psychological Review*, 22, 323-343.
- Vaughn, C.E. y Leff, J. (1976a). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Vaughn, C.E. y Leff, J. (1976b). The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.

- Wearden, A.J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R. y Armstrong, A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20, 5, 633-666.
- Weisman, A.G., Rosales, G.A., Kymalainen, J.A. y Armesto, J.C. (2006). Ethnicity, expressed emotion, and schizophrenia patients' perceptions of their family members' criticism. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 194, 644-649.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

APLICACIÓN DE LA REFORMULACIÓN ALEMANA DEL MÉTODO DEL TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT-LU) PARA LA EVALUACIÓN DEL CAMBIO EN UN CASO DE DUELO POR PÉRDIDA DE LA PAREJA

APPLICATION OF THE GERMAN REFORMULATION OF THE CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME METHOD (CCRT-LU) TO EVALUATE CHANGES IN A GRIEVING CASE OF THE LOSS OF THE PARTNER

Moraima G. García Mantilla

Doctora en Fundamentos y Desarrollos Psicoanalíticos,
Universidad Complutense de Madrid, España

Alejandro Ávila-Espada

Catedrático de Psicoterapia. Facultad de Psicología,
Universidad Complutense de Madrid.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García Mantilla, M.G. y Ávila-Espada, A. (2016). Aplicación de la Reformulación Alemana del Método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT-LU) para la Evaluación del Cambio en un Caso de Duelo por Pérdida de la Pareja. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 267-282.

Resumen

Se aplicó el método CCRT en su reformulación alemana denominada CCRT-LU, utilizando la versión del método en castellano CCRT-LU-S, a un caso único de duelo por pérdida de la pareja. El objetivo fue evaluar clínicamente y sistemáticamente el cambio en el proceso psicoterapéutico de inicio y fin de la terapia. El método se mostró sensible para identificar el cambio de patrón relacional núcleo de conflicto en el contenido verbal de las sesiones psicoterapéuticas del sujeto, en donde se investigaron los patrones centrales de relación identificables, con el fin de detectar si existe un patrón, guión o esquema típico del duelo. Se trabajó con un modelo de psicoterapia de tiempo limitado y focal desarrollado en 14 sesiones y un seguimiento al mes. El foco de trabajo elegido fue la elaboración del duelo por muerte de la pareja.

Palabras clave: Duelo por muerte de la pareja, Psicoterapia Psicoanalítica Focal, CCRT, CCRT-LU.

Abstract

The Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) in its German reformulation named CCRT-LU, and in the Castilian version named CCRT-LU-S, was applied to a single case of grief for the loss of the partner. The objective was to evaluate clinically and systematically changes in the psychotherapeutic process comparing the beginning and the end of the treatment. The method was sensitive to identify in the verbal content of individual psychotherapy sessions the changing patterns of the Core Conflictual Relationship and the central relationship patterns were investigated in order to detect whether there is a pattern, script or outline typical of grief. We worked with focal and brief psychodynamic psychotherapy model of 14 sessions and a follow up after a month. The focus of work in psychotherapy chosen was the elaboration of grief for death of the spouse.

Keywords: Grieving the loss of a partner, Focal Psychoanalytical Psychotherapy, CCRT, CCRT-LU.

Fecha de recepción v1: 06-05/2015. Fecha de recepción v2: 03-06-2015. Fecha de aceptación: 26-02-2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: moraimamantilla@gmail.com

Dirección postal: Caamperstraat 44-3 1091 Amsterdam, Holanda.

© 2016 Revista de Psicoterapia



Introducción

En este trabajo se analizará clínica y sistemáticamente el duelo *postmortem* de un ser querido (la pareja), cuando se detecta en la práctica clínica que dicho fenómeno cuenta con los elementos necesarios de un proceso de duelo complicado o patológico; ya Freud en 1917, publicó *Duelo y Melancolía*, en donde describía al duelo como: “La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etcétera. A raíz de idénticas influencias en muchas personas se observa, en lugar de duelo melancolía y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza” (p.238).

Siguiendo esta línea de investigación, estudios más recientes plantean que la relación entre proceso de duelo y psicopatología es estrecha: por un lado, el duelo puede girar su rumbo y complicarse al grado de desencadenar desequilibrio mental, y por otro lado, los trastornos psicopatológicos ya establecidos pueden suponer dificultades particulares, en la elaboración del duelo (Bowlby 1980/1993; Brown y Harris 1978; Horowitz y otros 1993; Parkes 1998; Woof y Carter 1997). Pero también existen otros autores que piensan que los duelos ni tienen ni deben tener qué ver con la psiquiatría y sus tratamientos, al menos en primera instancia (Tizón, 2004); dando como resultado que en pleno siglo XXI, la revisión de la literatura muestre posturas heterogéneas y matizadas por el interés particular de cada uno de los investigadores sobre lo que constituye un duelo complicado o patológico.

En esta investigación se tomarán como base las aportaciones que Tizón (2004) ha adoptado sobre los conceptos de duelo complicado y patológico. En donde el autor señala que estos dos tipos de duelo no tienen por qué ser lo mismo aunque frecuentemente se confunde el duelo complicado (ya sea por algunas de las características o variables que inciden en él, o por la evolución que conlleva) con el duelo patológico. En su concepción, el duelo patológico es una forma de duelo complicado, debido a las dificultades que pueden expresarse en el mismo. De igual manera, una buena parte de las manifestaciones en los duelos complicados pueden ser vistas como síntomas (psicopatológicos), pero su evolución posterior y su elaboración las revierten a su primer origen: manifestaciones de duelo complicado.

Este trabajo expone el caso de una paciente que se encuentra elaborando un duelo complicado por la pérdida intempestiva de la pareja. A este tipo de duelo se le conoce en la literatura como duelo de tipo *súbito*. Dicho proceso de duelo implica en sí una serie de complicaciones por las causas y circunstancias que rodean a la pérdida. En este tipo de duelo la muerte se presenta sin previo aviso, por lo que requiere una intervención y comprensión especial debido a que es más difícil de elaborar pues no existe algún aviso anticipado de muerte inminente (Parkes, 1998; Worden, 2004). En este sentido, autores anglosajones propusieron una regla mnemotécnica con respecto a la complicación de los procesos psicológicos del duelo. Se trata del acrónimo *NASH* (*Natural, Accidental, Suicide, Homicide*). El cual significa que, cuanto más a la derecha de ese orden se encuentre el desencadenante del duelo concreto, más difícil será elaborar psicológicamente esa pérdida afectiva

(Tizón & Sforza, 2008).

Existen otro tipo de factores que ya desde Freud (1917) se han considerado como fundamentales para la elaboración del duelo. Estas variables afectan el curso de los procesos de duelo y entre ellas encontramos las características del objeto perdido (por ej., la pérdida de un ser muy querido), características del sujeto (por ej., personalidades con tendencias a las relaciones ambivalentes); características de la relación entre el sujeto y objeto (por ej., conflictos importantes), de las circunstancias que afectan a la pérdida (por ej., pérdidas inesperadas) entre otras causas (por ej., el sentimiento de haber sido el causante de la pérdida). Sin embargo, estas variables deben tomarse como simples vértices de exploración ya que el proceso de duelo varía de sujeto a sujeto y entre culturas.

Ahora bien, la muerte de la pareja ocupa los primeros lugares en la lista de los provocadores de estrés, y los trastornos depresivos son cuatro veces más frecuentes en las personas que enviudan con respecto a las personas que tienen una pareja (Turvey, Carney, Arndt, Wallace, y Herzog, 1999). Con la vejez resultan más evidentes las manifestaciones del duelo, ya que un duelo complicado puede evolucionar hacia un duelo patológico. Son frecuentes entre las personas mayores que sufren un duelo la aparición de trastornos depresivos y enfermedades cardiacas o circulatorias (Tizón y Sforza, 2008). Por ende, diversos estudios han mostrado tasa alta de mortalidad y morbilidad durante el proceso de duelo por viudez, sobre todo en los ancianos (Parkes, 1998). Todo esto implica la necesidad preventiva de estimular el contacto social y profesional en este tipo de situaciones pues en este tipo de pérdida en particular, muchas viudas o viudos requieren meses o más tiempo para empezar a creer o entender que su pareja ha muerto y no volverá.

Es por ello que, basándonos en la premisa de prevención y fomento del contacto profesional en casos complicados de duelo, en esta investigación nos planteamos trabajar conforme a criterios de investigación con una paciente que enfrentaba un duelo complicado por las variables implicadas. El tratamiento utilizado fue psicoterapia de tiempo limitado, con objetivos específicos y un foco de trabajo claro y asequible en el tratamiento, como se propone en las terapias dinámicas de tiempo limitado, aplicando criterios de la psicoterapia focal (Balint, y otros 1985; Malan 1963). El proceso de tratamiento se encuadró a una intervención de 15 sesiones y un seguimiento al mes. Esta cifra de intervenciones es coherente con el límite que va de 10 a 25 sesiones de varias terapias dinámicas breves (Levenson, 1997). La estrategia de tiempo limitado se hizo presente desde el principio de la intervención, subrayando que la terapia finalizaría en la sesión 14, induciendo mediante la puntuación del tiempo el foco en la terminación, operador especialmente relevante en una intervención sobre duelo.

La intervención psicoterapéutica con la paciente asumió principalmente como objetivo clínico contribuir a la elaboración de duelo; pero la investigación que luego se desarrolló fue independiente de la psicoterapia y se aceptó como hipótesis que el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) desarrollado original-

mente por Lester Luborsky y Paul Crits Cristoph (1976, 1990, 1998) en su reformulación alemana denominada CCRT-LU, (Albani, Pokorny, Blazer, Koenig et al., 2002), y en su versión castellana: CCRT-LU-S (López del Hoyo, Ávila Espada, Pokorny, y Albani, 2004), se mostraría sensible en detectar el proceso de duelo y que los logros clínicos se reflejarían igualmente en cambios estructurales en el patrón conflictivo relacional central. Es por ello que el proceso psicoterapéutico de la paciente fue sometido de manera sistemática a la aplicación del método para analizar en el material de las sesiones psicoterapéuticas de la paciente, los patrones centrales de relación que establecen, con el fin de detectar si existe un patrón, guión o esquema (Deseos y Respuestas de los otros y Respuestas del sujeto) típico del duelo.

Existe una amplia variedad de trabajos realizados con el CCRT (véase Luborsky et al., 1999), pero hasta ahora hay pocos trabajos que utilicen este método para describir procesos terapéuticos. Se conocen estudios que hacen referencia a terapias breves (Albani et al., 2002; Anstadt, Merten, Ulrich y Krause, 1996; Grahbotrtn, Overbeck, Kernhof, Jordan y Muller, 1994; Luborsky, Crits-Cristoph, Friedman, Mark y Schaffler, 1991). Pero son mínimos los estudios que describen el proceso terapéutico de un tratamiento psicoanalítico prolongado (Albani et al., 2002). Esta investigación pretende analizar sistemáticamente el proceso en un encuadre de psicoterapia breve de corte psicoanalítico, utilizando la variación alemana del método y este artículo se limita a contribuir a esta área de investigación que combinan la metodología CCRT y el proceso de duelo (García Mantilla, López del Hoyo, Ávila-Espada, y Pokorny, 2011; García Mantilla, 2012).

Método

Participante

Este es un estudio de caso único. A la paciente se le ha dado el seudónimo de Aída por motivos de confidencialidad. Es una mujer latina de 30 años de edad que se dedica al magisterio. En diferentes ocasiones solicitó un espacio psicoterapéutico refiriendo que el motivo de consulta eran los constantes problemas conyugales. En esta última ocasión, Aída solicitó psicoterapia debido a que el marido, hacia un mes había fallecido repentinamente en un accidente automovilístico. Refiriendo que se sentía enojada por dicho suceso.

La relación de pareja empezó en la juventud. Estuvieron 14 años juntos, de los cuales diez años fueron de noviazgo y cuatro años casados. Al relatar sobre la relación que tenían comenzó diciendo que al principio pasaban momentos agradables, pero que desde el inicio existieron agresiones verbales por parte de él que ella permitió. Al paso del tiempo los ataques verbales fueron acentuándose y se sentía poco valorada, querida e incluso insignificante si se comparaba con él. Relata que a consecuencia de la mala relación ambos fueron infieles, pero su pareja debido a éste evento la martirizaba constantemente, por lo que la relación se tornó más

conflictiva.

Al explorar su funcionamiento en la infancia mencionó que había sido insegura, le costaba trabajo defenderse y su manera de reaccionar frente a las críticas familiares era el llanto. Aída es la segunda de cinco hijos y relata que aunque el padre le impulsó a que estudiara, ella no se arriesgó a estudiar diferentes cosas por miedo a fracasar y se describió como una persona conformista. Relató que en la relación de sus padres hubo maltrato. Aceptó que ese era el caso de su relación y aunque ella había contribuido a ello, el mayor culpable de que la relación se tornara destructiva era la pareja, ya que éste ignoraba por completo sus emociones y ella dejó de pedirle que le prestara atención y empezó a buscar en otro lado lo que sentía que le hacía falta.

La muerte repentina del esposo fue lo que la llevó a pedir consulta ya que se encontraba experimentando una serie de emociones encontradas. Se trabajó con una modalidad de psicoterapia psicodinámicas de tiempo limitado, focalizando en trabajar la frustración y enojo exacerbados hacia el esposo a raíz de su muerte, comprendiendo la dinámica de la relación ambivalente (amor-odio) y dependiente, para poder facilitar la expresión de sentimientos entremezclados por el impacto de la pérdida súbita, la cual imposibilitó el perdón entre ambos. Teniendo en cuenta como foco complementario el trabajo de la ansiedad de separación por el fin de la terapia.

Instrumento

El CCRT, fue desarrollado por Lester Luborsky y Paul Crits-Christoph (1976, 1990, 1998) en la Universidad de Pennsylvania (EUA). El CCRT, es el patrón que cada persona sigue al relacionarse con los demás y se deriva a través de la consistencia que se encuentra en las narraciones que las personas cuentan sobre sus relaciones” (Luborsky, 1998b). Numerosos estudios han demostrado pruebas sobre la validez y buena fiabilidad del método en sus tres componentes (D:k=60; RO:k=.68; RS:k=.71), (Luborsky y Crits-Christoph, 1990, 1998; Luborsky et al., 1999), pero con frecuencia otras discusiones han incluido críticas sobre la estructura de categorías (Albani et al., 2002; Strauss et al., 1995), dando como resultado la reformulación alemana.

Mediante el método se trata de identificar el tema central de conflicto. De este modo, cuantos más episodios de relación se obtengan del material clínico, más precisa será dicha representación. A estas narraciones se les aplica dos fases de evaluación con el método CCRT: La Fase A, consiste en localizar e identificar los episodios de relación y la Fase B, consiste en extraer el CCRT de un set de narraciones. A continuación se explican de manera general el procedimiento (para más detalle consultar: *A guide to the CCRT method*, Luborsky, 1998).

En la fase A se seleccionan los episodios de relación y se debe marcar el objeto; el tiempo en y la puntuación. La fase B se compone de dos pasos: el primero consiste en que el juez identifique los tipos de componentes que serán evaluados en cada uno

de los episodios de relación; y el segundo requiere que el juez sume el total de estos componentes para crear el CCRT. Cada uno de los componentes es codificado a partir de una misma lista de predicados de estructura lógica organizada jerárquicamente. Tanto los Deseos como las Respuestas se ajustan a la misma lista de categorías. La subdivisión de si la función recae en el sujeto o en el objeto también es diferente a la del método tradicional; es decir que los deseos y las respuestas se dividen en ocho componentes en vez de cuatro [véase Tabla 1, (Albani et al., 2002)].

Tabla 1. Componentes del CCRT-LU

DESEOS				RESPUESTAS			
Deseo del otro (DO)		Deseo del sujeto (DS)		Respuesta del otro (RO)		Respuesta del sujeto (RS)	
DOO	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
El otro	El otro	Yo quiero	Yo quiero	El otro	El otro	Yo <i>hago</i>	Yo <i>me</i>
debería	debería	<i>hacer</i>	<i>hacerme</i>	<i>hace a</i>	me hace	<i>al otro</i>	<i>hago a</i>
<i>hacerse a</i>	<i>hacerme</i>	<i>al otro</i>	<i>a mí</i>	<i>sí mismo</i>	a mí		<i>mí mismo</i>
<i>sí mismo</i>	<i>a mí</i>		<i>mismo</i>	<i>o a otro</i>			
o a otro							

Nota. Las categorías DOO y ROO son de menor importancia para el CCRT.

La capacitación y calibración en el uso del CCRT-LU-S se llevó a cabo en la Universidad de Salamanca con un investigador de la misma con fiabilidad probada como supervisor del método. Los jueces que participaron en esta investigación fueron dos investigadores de doctorado con orientación psicodinámica. El primer juez estuvo encargado de extraer los episodios de relación (ER), tomando en cuenta las siguientes variables: 1) localizar el inicio y final del episodio, 2) el objeto de interacción y 3) la *completud* del episodio en una escala del 1 al 5; este procedimiento se basó en lo propuesto por Luborsky y Diguer (1998). El segundo juez acotó todos los componentes CCRT que serían puntuados y calificó cada uno de los componentes utilizando el sistema de categorías CCRT-LU-S.

Esta versión reformulada del CCRT-LU cuenta con 13 *clusters*, que son las categorías de alto nivel; 30 categorías de nivel medio, 119 subcategorías y las dos clases de armonioso y no armonioso. La evaluación de las categorías “hechas a medida” se realiza comenzando por las categorías de alto nivel o *cluster*, después se asigna una categoría de nivel medio y por último se ajusta a una categoría de nivel inferior o subcategorías; este tipo de evaluación es denominado de arriba-abajo. Para mayor entendimiento del método se anexa el siguiente cuadro que incluye los 13 *clusters* (véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Categorías de alto nivel del CCRT-LU

- A. Atender a
 - B. Apoyar
 - C. Amar, sentirse bien
 - D. Tener autodeterminación
 - E. Deprimirse, resignarse
 - F. Estar insatisfecho, asustado
 - G. Estar determinado por otros
 - H. Estar enfadado, ser antipático
 - I. Ser poco fiable
 - J. Rechazar
 - K. Dominar
 - L. Molestar, atacar
 - M. Retirarse en uno mismo
-

Procedimiento

El caso que se presenta fue trabajado en un centro de atención psicopedagógico perteneciente a una Universidad privada. La selección de la paciente se hizo conforme a los criterios del protocolo de investigación del diplomado en psicoterapia breve (100hrs) en que la psicoterapeuta se formó. El coordinador de la clínica donde se realizaron las prácticas del diplomado realizó la primera entrevista a la paciente que solicitó el servicio de atención psicológica para detectar si era candidata a esta modalidad de intervención. El terapeuta trabajó con un modelo focal y un modelo breve, combinando aspectos de Balint, Malan y Levenson. En esta intervención combinada, el encuadre propuesto fue delimitado a 15 sesiones, en donde las dos primeras sesiones se dedicaron a la entrevista y se planificó un seguimiento al mes. La frecuencia de sesiones fue de una vez por semana con duración promedio de 50 minutos cada una. Las sesiones fueron videograbadas, con consentimiento expreso de la paciente y con las garantías de confidencialidad necesarias. El terapeuta que trabajó con la paciente es psicóloga clínica, especializada en psicoterapia psicodinámicas de tiempo limitado. El caso estuvo sujeto sistemáticamente a supervisión por parte de un psicoterapeuta psicoanalítico, docto en psicoterapias psicodinámicas de tiempo limitado y especialista en procesos psicoterapéuticos.

El material video grabado de las sesiones fue transcrito por estudiantes de psicología. La reproducción de cada una de las sesiones derivó un informe utilizando el formato propuesto por (Balint, Ornstein y Balint, 1985), el cual actuó como base de los registros del proceso terapéutico y brindó organización al material. La base de donde se extrajeron los datos fue la transcripción de las sesiones. Para poner a prueba la hipótesis de que el método CCRT se mostraría sensible en detectar el proceso de duelo y que los logros clínicos se reflejarían igualmente en cambios estructurales en el patrón conflictivo relacional central, se evaluaron y compararon las primeras cuatro sesiones (fase inicial) y las últimas cuatro sesiones (fase final), dando como resultado un total de ocho sesiones analizadas. De las ocho sesiones se

obtuvieron un total de 84 episodios de relación. En la fase inicial se obtienen un subtotal de 45 ER y en la fase final un subtotal de 39 ER. En cuanto a los episodios de relación sobre duelo obtenemos de ambas fases un total de 23 ER. En la fase inicial encontramos 9 ER y en la parte final 14 ER.

Análisis de los datos

Este es un estudio de proceso a un caso único. La investigación cuenta con un objetivo clínico que es contribuir con la elaboración de duelo, y de manera independiente a la terapia se planteó como hipótesis que el método CCRT-LU-S se mostraría sensible en detectar el proceso de duelo y que los logros clínicos se reflejarían igualmente en cambios estructurales en el patrón conflictivo relacional central al comparar las fases inicial y final del tratamiento. El análisis de los datos se realizó a partir de las narraciones que se extrajeron del material clínico de la paciente. Estos episodios fueron evaluados con las dos fases del método. En la Fase A se identificaron los episodios de relación y en la Fase B, se extrajo el CCRT del *set* de narraciones.

En esta investigación prestaremos especial interés a los siguientes apartados extraídos de Fase B, los cuales tienen que ver con: a) el CCRT que se encontró en la fase inicial, final y global del tratamiento, b) los cambios en categorías con diferencias significativas al comparar el inicio y final de la terapia, y c) el análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo en la fase inicial y final.

a) Formulación y análisis del CCRT entre la fase inicial y la fase final de la terapia

Para formular el CCRT se identifican los tipos de componente, es decir, los Deseos y las Respuestas. Se encontraron un total de 596 componentes en las ocho sesiones analizadas de la psicoterapia. Las respuestas ocupan la mayor cantidad con un total de 506 y los deseos la menor cantidad con total de 90. Con el total de estos componentes se obtiene el CCRT de la paciente. Luborsky (1998a) refiere que la formulación final se compondrá de los Deseos y Respuestas que hayan aparecido con más frecuencia en los diferentes episodios de relación de cada sesión.

Por un lado, las primeras cuatro sesiones (fase inicial) dan como resultados la siguiente **Formulación del CCRT**: *Deseo que el otro me ame, se sienta bien conmigo, yo deseo atenderlo y tener autodeterminación; el otro me molesta y ataca, yo lo atiendo y me siento insatisfecha y asustada*. Por otro, lado las cuatro últimas sesiones (fase final) proporcionan la siguiente **Formulación del CCRT**: *Deseo que el otro me apoye, yo amarle y sentirme bien con el objeto y tener autodeterminación; el otro me molesta y ataca, yo le apoyo y me enfado con él pero tengo autodeterminación*.

Al comparar las formulaciones de ambas fases vemos algunos cambios tanto en los Deseos como en las Respuestas. En cuanto a los Deseos, en la fase inicial la

paciente desea que el otro (DOS) la ame, pero al final ese deseo cambia por apoyo. En un principio ella desea atender al otro (DSO) y al final lo que desea es ser amada. En cuanto a las Respuestas, al principio responde atendiendo a los demás (RSO), y al final existen con la misma frecuencia dos respuestas hacia el otro, por un lado da su apoyo pero también se siente molesta. Con respecto a su reacción hacia ella misma (RSS), al principio está asustada e insatisfecha, pero al final responde con más determinación (véase Tabla 2).

Tabla 2. Cambios del CCRT en la Fase Inicial y Final

Fase	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
Inicial	<i>C</i>	<i>A</i>	<i>D</i>	<i>L</i>	<i>L</i>	<i>A</i>	<i>F</i> <i>Estar</i> <i>insatisfecho,</i> <i>Estar</i> <i>asustado</i>
	<i>Amar,</i> <i>Sentirse</i> <i>bien</i>	<i>Atender</i> <i>a</i>	<i>Tener</i> <i>autodeterminación</i>	<i>Molestar,</i> <i>atacar</i>	<i>Molestar,</i> <i>atacar</i>	<i>Atender</i> <i>a</i>	
Final	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>H</i>	<i>L</i>	<i>B / H</i> <i>Apoyar /</i> <i>Estar</i>	<i>D</i> <i>Tener</i> <i>auto-</i> <i>determinación</i> <i>antipático</i>
	<i>Apoyar</i>	<i>Amar,</i> <i>Sentirse</i> <i>bien</i>	<i>Tener</i> <i>auto-determinación</i>	<i>Estar</i> <i>enfadado,</i> <i>ser</i> <i>antipático</i>	<i>Molestar,</i> <i>Atacar</i>	<i>enfadado,</i> <i>ser</i> <i>antipático</i>	

Al juntar las frecuencias de las categorías en las ocho sesiones, se extrae la siguiente **Formulación global del CCRT**: *Deseo que el otro me apoye, me ame y se sienta bien conmigo; yo quiero amarlo y sentirme bien con él y deseo tener autodeterminación. El otro me ataca, yo le apoyo y estoy enfadada con él y me siento insatisfecha y asustada.*

Al analizar la formulación global se puede decir que el conflicto existe entre lo que desea recibir del otro (DOS) y las respuestas que recibe (ROS); es decir, ella quiere que los demás la apoyen y la quieran pero las acciones de los demás son de ataque y rechazo. Frente a situaciones de conflicto ella reacciona de manera ambivalente (RSO); por un lado atiende y apoya pero también se siente enojada. En el transcurso de las sesiones su deseo hacia sí misma (DSS) ha sido constante, tener autodeterminación; sin embargo se responde a sí misma (RSS) de manera ambigua, por un lado estando insatisfecha y asustada y por el otro siendo fuerte.

b) Categorías con diferencias significativas

En el análisis de las frecuencias entre inicio y final del tratamiento de los componentes de Deseo y Respuesta se encontraron cambios significativos solamente en las siguientes respuestas (ROS) y (RSS):

Tabla 3.**Categorías con diferencias significativas al comparar el inicio y final de la terapia**

ROS	RSS
L	C
Molestar, atacar	Amar, sentirse bien
*L ($p = 0.046$).	* C ($p = 0.004$)
	D
	Tener autodeterminación
	* D ($p = 0.001$)
	G
	Estar determinado por otros
	* G ($p = 0.047$)
	H
	Estar enfadado, ser antipático
	*H ($p = 0.033$)

* Se realizó el Test de Fisher para cada una de las categorías

En cuanto a la Respuesta del Objeto hacia el Sujeto (ROS), se mostró en ambas fases la categoría significativa de, *L. Molestar, atacar*, la cual redujo del 48% al 27%, (véase Cuadro 1, Tabla 3 y Figura 1). Esta categoría refleja la mala relación que la paciente tenía con el marido pero también con otras figuras importantes de su vida como su padre. A raíz de la muerte del marido, la paciente se ha relacionado con la familia política y se suscitaron por el tipo de deceso de la pareja situaciones legales que complicaron la relación; sin embargo, al parecer Aída ha logrado establecer límites con la familia.

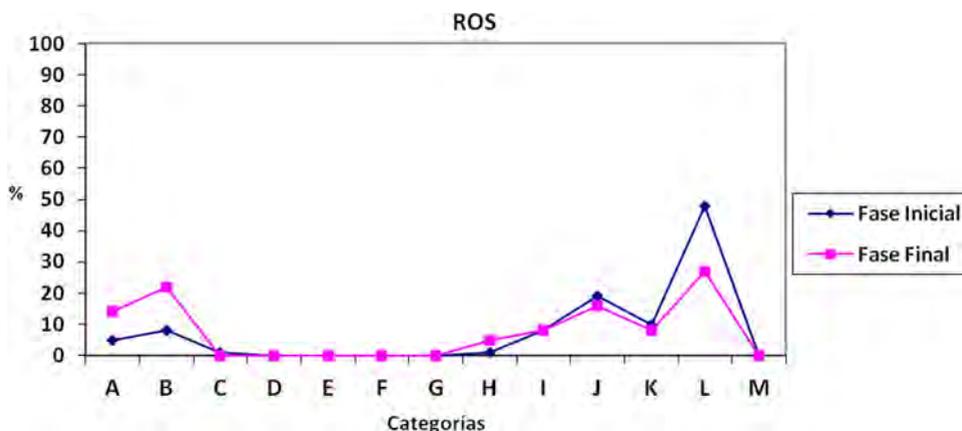


Figura 1. Diferencia en el componente ROS entre el principio y el final de la terapia

En cuanto a la Respuesta del Sujeto hacia sí mismo (RSS), se observó que al inicio de la terapia la categoría *F. Estar insatisfecho, estar asustado*, presentó el 28% y al final de la terapia fue la categoría *D. Tener autodeterminación*, la que

incrementó significativamente del 3% al 23%. Del mismo modo, se observaron en este componente otros cambios significativos, por ejemplo, la categoría *C. Amar, sentirse bien*, incrementó del 4% al 17%, la categoría *G. Estar determinado por otros*, decremento de 18% al 8% y la categoría *H. Estar enfadado, ser antipático*, disminuyó del 20% al 9%, (véase Cuadro 1, Tabla 3 y Figura 2). Evidentemente las respuestas de miedo están relacionadas con el evento reciente al que se está enfrentando, el cual es un duelo de tipo súbito o de urgencia por la muerte de la pareja. A pesar de que desea superar las situaciones dolorosas a las que se ha enfrentado y ahora la dolorosa pérdida del esposo, es de esperarse que sus respuestas sean de temor ya que en un duelo de esta magnitud las consecuencias psicológicas se complican debido a la imprevisibilidad del evento. Sin embargo, se observó el intento de modificar la percepción de sí misma valorando más sus cualidades que defectos y a pesar de los sentimientos intensos de tristeza, la paciente, por su edad, cuenta con la energía que le ayuda a recomenzar.

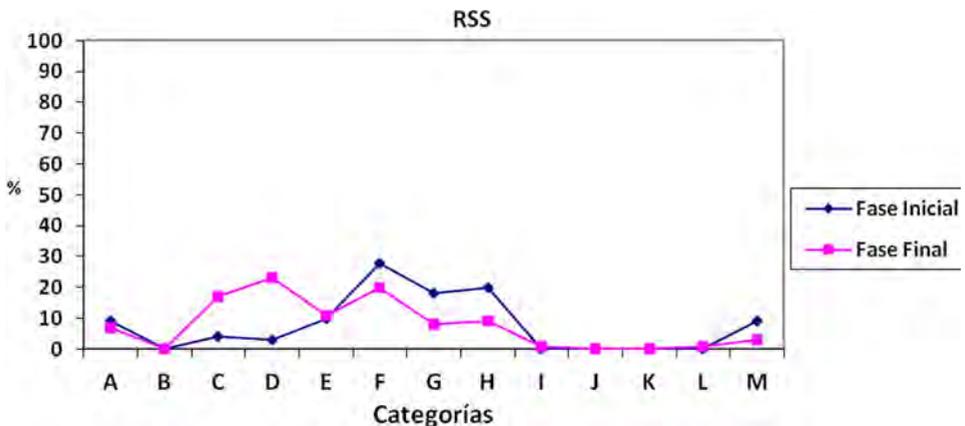


Figura 2. Diferencia en el componente RSS entre el principio y el final de la terapia

c) Análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo

En este apartado se analizaron 23 ER sobre duelo, que se extrajeron del total de episodios del tratamiento. Debido a que el foco de trabajo fue la elaboración del duelo por la muerte del esposo, es de interés saber si el método identificó de manera sensible categorías que se refieran a dicho proceso.

El CCRT total que se extrajo de los episodios de duelo es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos y tener autodeterminación. El otro se ama a sí mismo y se retira en sí mismo, los demás me atacan, yo me enfado y me siento insatisfecha y asustada.*

Ahora bien, al comparar el CCRT de la fase inicial y final del tratamiento, se observan cambios en tres de los ocho componentes, (DSO, ROO, ROS). Se analizan primero las categorías de alto nivel, posteriormente las de nivel medio y finalmente las subcategorías.

En cuanto a las categorías de alto nivel (*cluster*), se observa lo siguiente, tanto para los Deseos como para las Respuestas: En cuanto a los deseos, la dimensión (DSO) al inicio presenta la categoría *A. Atender a*, y al final presenta la categoría *C. Amar, sentirse bien*.

En cuanto a las respuestas, se constata que en las categorías de alto nivel, el componente (ROO) al inicio destaca la categoría *M. Retirarse en uno mismo* y al final las categorías *E. Deprimirse, resignarse; C. Amar, sentirse bien y M. Retirarse en uno mismo*, que al final no cuenta con una categoría. En cuanto a la dimensión (ROS), al inicio resalta la categoría *L. Molestar, atacar* y al final las categorías, *I. Ser poco fiable y L. Molestar, atacar*.

Al hacer un análisis más profundo de las categorías de nivel medio, se encuentra lo siguiente en la fase inicial: por el lado de los deseos, el componente (DSO), cuenta con tres frecuencias *C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer, D1. Ser interiormente fuerte y D2. Estar orgulloso, ser autónomo*. Por el lado de las respuestas, la dimensión (ROO) cuenta con dos categorías, *C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer y M3. Estar enfermo* y el componente (RSS), tiene dos categorías *H1. Sentir repulsa, estar enfadado y F2. Estar asustado, ansioso*. En la fase final el componente (ROS) tiene las categorías *I2. Ser egoísta y L1. Molestar* y la dimensión (RSS) cuenta con tres categorías *E1. Estar desilusionado, F1. Sentirse culpable, avergonzado, estar insatisfecho y F2. Estar asustado, ansioso*.

En cuanto a las subcategorías en la parte inicial por el lado de los deseos, el componente (DSS) cuenta con tres categorías frecuentes, *C33. Expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien, D15. Soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos y D28. Cambiar desarrollar, mejorar*. Por el lado de las respuestas la dimensión (ROO) cuenta con dos frecuencias *C33. Expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien y M34. Morirse, suicidarse*, el componente (RSS) adquiere tres frecuencias *H16. Estar enfadado, montar cólera, sentirse frustrado por algo, E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido y F23. Estar nervioso, estar histérico, estar tenso, estar descontrolado*. En la fase final la dimensión (DOS) obtiene dos frecuencias *C11. Estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso y C12. Consolar, reconfortar*, en cuanto al componente (ROS) las frecuencias las ocupan *I22. Ser deshonesto, ser injusto y L11. Hacer daño, herir, ofender, reñir, ridiculizar, denigrar, humillar* y, por último, la dimensión (RSS) cuenta con cuatro categorías frecuentes, la categoría *E12. Estar desesperanzado, sufrir, estar afligido, F11. Sentirse culpable, arrepentirse, F13. Sentirse mal, sentirse insatisfecho* y por último *F21. Estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar*.

El CCRT de la fase inicial es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero atenderlos y tener autodeterminación. El otro se ama a sí mismo y se retira en sí mismo, los demás me molestan y atacan, yo me enfado con ellos y me siento insatisfecha y asustada.*

El CCRT de la fase final es el siguiente: *Deseo que los otros me amen y se sientan bien conmigo, yo quiero amarlos y tener autodeterminación. Los demás son poco fiables, yo me molesto con ellos y me siento insatisfecha y asustada.*

Discusión general y conclusión

En este caso se trabajó en la psicoterapia con la paciente la frustración y el enojo exacerbados hacia el esposo a raíz de su muerte; la relación entre ellos fue ambivalente. En el espacio psicoterapéutico se facilitó la expresión de sentimientos entremezclados por el impacto de la pérdida súbita, la cual dejó cosas inconclusas entre la pareja. Entre las metas se propuso que la paciente ganara independencia y elevara su autoestima, así como que lograra establecer límites claros en las relaciones. También se trabajó con el entendimiento de que tanto ella como el marido contribuyeron a generar la dinámica de una relación destructiva.

En este estudio de caso único, el proceso de duelo se puede complicar sin duda debido al tipo de pérdida súbita, y a las variables que se involucran; por ejemplo, la relación ambivalente y dependiente con la pareja, la baja autoestima, la falta de confianza en sus relaciones con los demás, una familia distante, la indefensión aprendida y el tipo de muerte inesperada de una persona joven. Fue por ello de importancia una intervención y atención especializada debido a la imprevisibilidad y brusquedad del evento.

En la psicoterapia de tiempo limitado se propuso como foco dinámico, el facilitar el entendimiento de los sentimientos de enojo exacerbados a raíz de la muerte del esposo, a partir de trabajar con la relación autodestructiva y dependiente generada entre ambos, relación ambivalente (amor-odio), en donde él la maltrataba física y psicológicamente y ella se sentía con baja autoestima e incapaz de poner límites para defenderse, y a partir del entendimiento de esa dinámica de pareja se podría facilitar el perdón simbólico.

Ahora bien, el CCRT, se mostró sensible para detectar los procesos de cambio de manera significativa en algunas de las categorías, en donde se aplicó el Test de Fisher para medir el nivel de confianza. El método ofreció un medio para hacer operacionales los conflictos focales y centrales y detectó el foco de trabajo planteado a la paciente desde el inicio del proceso psicoterapéutico. Al comparar ambas fases del tratamiento se ven algunos cambios tanto en los deseos como en las respuestas. Aída, en la parte inicial, desea que los otros (DOS) la amen y se sientan bien con ella pero en la parte final el deseo que sobresale es el de ser apoyada. Su deseo hacia los demás (DSO), al inicio de la terapia es de estar al pendiente de los demás y al final de la terapia es de amar y sentirse bien con los demás. En cuanto a las respuestas de ella hacia los demás (RSO), al inicio se ve que responde atendiendo a las demandas pero al final sus respuestas son de apoyo pero igualmente de enfado por seguir siendo víctima de agresiones. Finalmente, al principio de las sesiones ella misma (RSS) se sentía temerosa y asustada, pero conforme transcurrió la terapia se sintió significativamente con más confianza y determinación a intentar

salir adelante.

Al analizar la formulación final, el conflicto existe entre lo que desea recibir del otro (DOS) y las respuestas que recibe (ROS); es decir, ella quiere que los demás la apoyen y la quieran pero las reacciones de los demás hacia ella son de ataque y rechazo. Frente a situaciones de conflicto reacciona de manera ambivalente (RSO), por un lado atiende y apoya, pero eso mismo la hace sentirse molesta, ya que siente que los demás no le tienen consideración. En el transcurso de las sesiones su deseo hacia sí misma (DSS) ha sido constante, tener autodeterminación, y las respuestas que en ella predominan (RSS) son de insatisfacción y temor.

En cuanto al análisis del CCRT de los episodios en donde se detectó el proceso de duelo, se observaron cambios en tres componentes (DSO, ROO, ROS). Ella cambia su deseo de atender al los demás por el de amar y sentirse bien. Lo cual puede ser un indicador de que existe el deseo de cambiar su manera de relacionarse, sin embargo, las respuestas de los otros hacia ella siguen siendo negativas en donde perdura el ataque y surge el sentimiento de que los demás son poco confiables. Dichas respuestas de los otros pueden dificultar el proceso de elaboración del duelo. Al hacer un análisis más fino de las categorías se observa que éstas detectan de manera más sensible las emociones de la paciente en el proceso de duelo. Basándose clínicamente en el CCRT, se concluye que ella deseaba sentirse amada y apoyada por el marido, puesto que Aída constantemente le demostraba su cariño y arrepentimiento pero se sintió ofendida y rechazada por él, y aunque desea perdonar y ser fuerte no ha podido dejar de estar enojada tanto con él como consigo misma y se siente triste y descontrolada.

Los objetivos de la terapia se cumplieron en gran medida, aunque no de forma total. Aída comprendió que tenía que cuidarse de sí misma, enfrentando el reto de construir nuevos roles e interactuar con los demás aprendiendo a establecer límites. Definitivamente, el espacio terapéutico le brindó un espacio en donde pudo hablar sobre todas las emociones que le despertó esta pérdida intempestiva e igualmente le dio herramientas para continuar con su proceso de elaboración, cuya duración hasta el momento es indefinible.

Finalmente resaltamos que este trabajo hace una aportación al área de investigación que combinan la metodología CCRT y el proceso de duelo exponiendo el estudio de un caso único de pérdida de la pareja, donde se pretende hacer una investigación de proceso, abordando la especificidad de las estructuras emocionales, cognitivas e interpersonales que puedan movilizarse mediante estrategias de psicoterapia de tiempo limitado orientadas psicoanalíticamente, y comprobar, a través de la evaluación CCRT, si dichos cambios muestran una evolución saludable del proceso de duelo.

Referencias bibliográficas

- Albani, C., Pokorny, D., Blazer, G., Koenig, S., Geyer, M., Thomae, H. y Kächele, H. (2002). El análisis final de Amalie: Investigación de un proceso terapéutico psicoanalítico, según el modelo de proceso de Ulm, utilizando el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT). / The final analysis of AMALIE: A study of the psychoanalytic process with the Core Conflictual Relationship Theme Method according to the Ulm Process Model. *Intersubjetivo: Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 4, 45-46.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B. y Krause, R. (1996). Erinnern und Agieren. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42, 34-55.
- Balint, M., Ornstein, P.H. y Balint, E. (1985). *La psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida: La pérdida, Volumen 3* (A. Báez, Trans.). Madrid: Espasa Libros (Original publicado en Inglés en 1980).
- Brown, G. W. y Harris, T. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En Obras Completas. (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.
- García Mantilla, M.G., López del Hoyo, Y., Ávila Espada, A., y Pokorny, D. (2011). Evaluación del cambio mediante el método CCRT-LU-S en un caso de duelo no resuelto tratado mediante psicoterapia psicoanalítica focal. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XX*, 5-13.
- García Mantilla M.G. (2012). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid: España
- Grahorn, R., Overbeck, G., Kernhof, K., Jordan, J. y Muller, T. (1994). Veränderung der Selbst-Objekt-Abgrenzung einer ebgestörten Patientin im stationären Therapieverlauf. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 273-283.
- Grenyer, B., y Luborsky, L. (1998). Positive versus Negative CCRT Patterns. In: L. Luborsky, y P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 55-63). Nueva York, NY: Basic Books.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A. y Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Levenson, H. (1997). *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*. Bilbao: Desclée De Brouwer. (Original publicado en Inglés en 1995)
- López del Hoyo, Y., y Ávila, A. (2004). *Manual interno de aplicación del método CCRT-LU-S*. Manuscrito. Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia. Universidad de Salamanca.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The ground work for a study of their relationship to its outcome. En J. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. En Freedman N, Grand S (Eds), *Communicative Structures and Psychic Structures* (pp.367-395). Nueva York, Plenum Press.
- Luborsky, L. (1998a). A guide to the CCRT method. En L. Luborsky, y P. Crits-Christoph (Eds), *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 15-42). Nueva York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L. (1998b). The early life of the idea for the core conflictual Relationship theme method. En L. Luborsky, y P. Crits-Christoph (Eds). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (pp. 3-13). New York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Luborsky, L., y Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Friedman, S., Mark, D. y Schaffler, P. (1991). Freud transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT). En M. Horowitz (Ed.), *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal patterns* (pp.167-195). Chicago: University of Chicago Press.
- Luborsky, L., Diguier, L., Kächele, H., Dahlbender, R., Waldinger, R., Freni, S., Krause, R., Frevert, G., Buccì, W., Drouin, M.-S., Fischmann, T., Seganti, A., Wischmann, T., Hori, S., Azzone, P., Pokorny, D., Staats, H., Grenyer, B., Soldz, S., Anstadt, T., Schauenburg, H., y Stigler, M. (1999). A guide to the CCRT's Methods, Discoveries and Future. <http://www.sip.medizin.uni-ulm.de/Links/CCRT/ccrtframe.html>.
- Malan, D. H. (1963). *La psicoterapia breve*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

- Parkes, C.M. (1998). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Madison: International Universities Press.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Madrid: Paidós.
- Tizón, J.L., y Sforza, M. (2008). *Días de duelo, encontrando salidas*. Madrid, España: Alba.
- Turvey, C.L., Carney, C., Arndt, S., Wallace, R.B., y Herzog, R. (1999). Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years or older. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1596-1601.
- Woof, W.R. y Carter, Y.H. (1997). The grieving adult and the general practitioner: A literature review in two parts. *British Journal of General Practice*, 47, 443-448 y 509-514.
- Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós (Original publicado en 2002).

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 27, Número 103, March, 2016 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: PubPsych, Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

Mindfulness y Psicoterapia 10 años después (2006-2016) Mindfulness and Psychotherapy 10 Years After (2006-2016)

Luis Botella y Marcial Arredondo
(Coordinadores)

EDITORIAL: MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA 10 AÑOS DESPUÉS (2006-2016)

Vicente Simón

INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS: TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS SUPERVIENTES DE TRAUMA

Beatriz Rodríguez Vega, Carmen Bayón Pérez y
Alberto Fernández Liria

INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS PARA EL DOLOR CRÓNICO

Ángela Palao Tarrero y Beatriz Rodríguez Vega

MINDFULNESS EN LA PSICOSIS: UN ESTUDIO PILOTO

María Teresa Miró, Joaquín Arceo e Ignacio Ibáñez

TERAPIA DE COMPASIÓN BASADA EN LOS ESTILOS DE APEGO

Javier García Campayo, Mayte Navarro,
Marta Modrego, Héctor Morillo y Marta Correa

MBCT (MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY): ORIGEN, ALCANCE Y EFICACIA

Estrella Fernández

EFECTOS Y PARTICULARIDADES DEL USO DEL MINDFULNESS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Matilde Elices, Cristina Carmona, Ana Martín-
Blanco, Juan Carlos Pascual y Joaquim Soler.

ENSEÑAR MINDFULNESS: CONTEXTOS DE INSTRUCCIÓN Y PEDAGOGÍA

Ausiàs Cebolla y Daniel Campos

CAMBIOS TERAPÉUTICOS DE ESTILO DE VIDA (CTEV) Y MINDFULNESS EN EL ÁMBITO PSICOTERAPÉUTICO

David Alvear Morón

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS BASADO EN PRÁCTICAS BREVES INTEGRADAS (M-PBI)

Marcial Arredondo, Pilar Hurtado, Montserrat
Sabaté, Carla Uriarte y Luis Botella

ESTUDIO PILOTO DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS BASADO EN PRÁCTICAS BREVES INTEGRADAS (M-PBI)

Marcial Arredondo, Montserrat Sabaté, Luis
Botella, Lesly M. Acosta y Pilar Hurtado

AUTOCOMPASIÓN EN PSICOTERAPIA Y EL PROGRAMA MINDFUL SELF COMPASSION: ¿HACIA LAS TERAPIAS DE CUARTA GENERACIÓN?

Marta Alonso y Christopher K. Germer.

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

Luis Botella y Cristina Riera

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

ENTRENAMIENTO EN MINDFULNESS PARA PACIENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA

Eduard Forcadell López, Mónica Astals Vizcaino, Devi Treen
Calvo, Jacobo Chamorro López y Santiago Battle Vila

BURNOUT Y AUTOCONCEPTO EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS

María Emilia Oñate, Santiago Resett, María Soledad Menghi y
María Fabiola Iglesia

EFECTIVIDAD DEL MBCT PARA EL TRASTORNO BIPOLAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Robmarie López-Soto y Domingo Marqués-Reyes

ACTUALIZACIÓN EN TORNO A LA EMOCIÓN EXPRESADA: CONSIDERACIONES TEÓRICAS, METODOLÓGICAS Y PRÁCTICAS

Cristina Medina-Pradas

APLICACIÓN DE LA REFORMULACIÓN ALEMANA DEL MÉTODO DEL TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT-LU) PARA LA EVALUACIÓN DEL CAMBIO EN UN CASO DE DUELO POR PÉRDIDA DE LA PAREJA

Moraima G. García Mantilla y Alejandro Ávila-Espada

