

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

MINDFULNESS Y PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen XVII - 2º/3er. trimestre 2006

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ € 66/67 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, URSULA OBERTS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XVII - Nº 66/67 - 2º/3er. trimestre 2006

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 20 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
MINDFULNESS Y NEUROBIOLOGÍA	5
Vicente M. Simón	
LA ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) COMO INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA ALIVIAR EL SUFRIMIENTO Y MEJORAR LA CONVIVENCIA	31
María Teresa Miró	
CONCIENCIA PLENA (MINDFULNESS) Y PSICOTERAPIA: CONCEPTO, EVALUACIÓN Y APLICACIONES CLÍNICAS	77
M ^a Antonia Pérez y Luis Botella	
MINDFULNESS EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL	121
Azucena García Palacios	
EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN	133
Ausiàs Cebolla y María Teresa Miró	
LA PRÁCTICA DE LA MEDITACIÓN Y LA ATENCIÓN PLENA: TÉCNICAS MILENARIAS PARA PADRES DEL SIGLO XXI	157
María Teresa Santamaría, Ausiàs Cebolla, Pedro J. Rodríguez y María Teresa Miró	

EDITORIAL

A las puertas del nuevo milenio, estamos siendo observadores participantes de cambios tecnológicos y sociales que nos sitúan en el comienzo de una nueva era. La transformación de la convivencia y de la conciencia humana que se está produciendo ante nuestros ojos, gracias a las nuevas tecnologías de la comunicación, carece de precedentes en nuestra historia y tal vez sólo puede ser comparada con los cambios que tuvieron lugar con la aparición del alfabeto en Grecia (s.V a.C.), que permitieron la emergencia del pensamiento racional. Ahora, en esta encrucijada histórica en la que estamos, las prácticas meditativas de la atención plena (*mindfulness*), cultivadas desde hace siglos en las tradiciones contemplativas orientales, se han conceptualizado como habilidades psicológicas y están siendo adaptadas e incorporadas a la teoría, la práctica y la investigación en la psicología de la salud, la psicoterapia y las neurociencias. En este número monográfico de la Revista de Psicoterapia, nos hacemos eco de estos nuevos desarrollos.

No existe todavía en castellano una traducción consensuada de la palabra inglesa *mindfulness* que, a su vez, hace referencia al término *sati* (en pali). Algunos autores se decantan por traducirla como “conciencia plena”, otros por “atención plena” y otros prefieren no traducirla y dejar el término en inglés. La dificultad reside en que *sati* tiene un significado específico en la práctica de la meditación *vipassana* o *mindfulness*. Se refiere, a la vez, a dos cosas: por un lado, se refiere a prestar atención a lo que estamos haciendo, pero se refiere también a recordarnos prestar atención a lo que tenemos que estar haciendo si hemos dejado de hacerlo. Con frecuencia, estas dos funciones se traducen como atender y darse cuenta. Ambas están incluidas en el significado de *mindfulness*.

En el primer trabajo, el profesor Simón explica la noción de *mindfulness* y ordena los hallazgos de la neurobiología sobre los efectos de la práctica de *mindfulness*. Propone el acrónimo SODA (Si Observas Desactivas el Automatismo) para hacer referencia a la principal aplicación práctica de *mindfulness*. Muestra cómo, gracias a las nuevas técnicas, la investigación neurobiológica ha puesto de manifiesto que la práctica de *mindfulness* activa y fortalece diversas regiones cerebrales (especialmente la corteza prefrontal) y produce cambios morfológicos duraderos en la corteza cerebral y en los hábitos mentales. Estos hallazgos confluyen también en la Neurobiología Interpersonal que se perfila como una valiosa fuente de conocimientos para la práctica clínica y la psicoterapia.

En el segundo trabajo, la profesora Miró, después de analizar los obstáculos para la comprensión de *mindfulness*, sostiene que nos encontramos ante la emergencia histórica del presente continuo y sostiene también que la práctica de *mindfulness* nos ayuda a vivir anclados en el presente y abiertos al proceso de formación de la experiencia. Revisa la noción de *mindfulness* en la práctica meditativa de *vipassana* y la forma en que se trabaja con esta noción, desde un

punto de vista práctico, en los contextos clínicos. Su revisión incluye los siguientes programas y modelos: la reducción de estrés por medio de la atención plena, la atención plena en la terapia cognitiva, en la terapia dialéctico-comportamental, en la terapia de aceptación y compromiso, en las terapias humanistas y en el psicoanálisis. Sostiene que la práctica de la atención plena activa y fortalece el yo observador y que ello ofrece un nuevo marco para la integración de las psicoterapias.

En el trabajo de Pérez y Botella se revisan las “conceptualizaciones” teóricas de la conciencia plena en el ámbito de la psicoterapia atendiendo a sus componentes, instrumentos de evaluación y mecanismos de acción. Se revisan cinco enfoques psicoterapéuticos que incorporan la conciencia plena (MBSR, MBCT, DBT, ACT y BRT) y se detallan también sus aplicaciones clínicas.

El trabajo de la profesora García Palacios profundiza en la utilización de *mindfulness* en la terapia dialéctico comportamental (DBT). Este modelo ha sido diseñado para tratar el trastorno límite de personalidad y constituye un enfoque terapéutico altamente estructurado. En la primera parte del trabajo se explica la DBT y, en la segunda, los componentes y técnicas de *mindfulness*, según este modelo.

El siguiente trabajo, Cebolla y Miró exponen un ensayo clínico (sin asignación al azar y con grupo de control) en el que se comprobó la viabilidad y la eficacia de una versión modificada de la terapia cognitiva basada en la atención plena (TCAP) para la prevención de recaídas, en el tratamiento de pacientes con síntomas depresivos, en dos unidades de Salud Mental públicas de la isla de Tenerife. Se corrobora la hipótesis de que la TCAP contribuye a reducir los síntomas depresivos así como el estilo de respuesta rumiador y se comprueba que hacer tal adaptación resulta viable y es bien recibida por los pacientes.

Por último, el trabajo realizado por Santamaría, Cebolla, Rodríguez y Miró presenta el diseño y ensayo clínico de un programa de entrenamiento de padres basado en la atención plena. El programa fue desarrollado en una unidad de tratamiento para niños y adolescentes con trastornos mentales graves. Se comprobó que las madres participantes en el programa reducían las puntuaciones en depresión y estrés y mejoraban en su relación con sus hijos. Para algunas de ellas, la atención plena fue un descubrimiento que supuso una revolución personal en sus vidas. En la actualidad, el programa ha sido incorporado de forma permanente en esta unidad de tratamiento. Este programa constituye un buen ejemplo de cómo se puede introducir el trabajo con la atención plena en servicios ya establecidos con una relación óptima entre costes y beneficios.

M^a Teresa Miró
Universidad de la Laguna
Coordinadora de este número monográfico

Nota editorial:

Por razones de composición tipográfica este número doble 66/67 se ha adelantado a la publicación del número 65 que aparecerá en breve.

MINDFULNESS Y NEUROBIOLOGÍA

Vicente M. Simón

Universidad de Valencia.

Email: vicente.simon@uv.es

Recently, in specific research and publications, we observe the introduction of the term mindfulness and its techniques in the fields of education, psychotherapy and science in general. One of the reasons for this development is the increasing knowledge in the neurobiology of mindfulness. In this paper we review some of the most outstanding findings in this field, such as the effects of mindfulness on perception (openness), affective style (positive affect and approach mindset), immunity (enhanced) and empathy (increased). The research suggests that mindfulness practice activates several brain regions (like the prefrontal cortex) specialized in mediating human integrative functions. Moreover, prolonged mindfulness practice produces morphological changes in the cerebral cortex that correlate with changes in mental habits and character traits. Thus, the new field of Interpersonal Neurobiology, with its knowledge from different disciplines may even shape the clinical practice of psychotherapy.

Key Words: Mindfulness, Empathy, Immunity, Affective style, Prefrontal cortex, Traits, Psychotherapy, Interpersonal Neurobiology

El momento histórico de mindfulness.

En esta encrucijada histórica de principios del siglo XXI, estamos siendo testigos de la irrupción de las prácticas meditativas orientales en la teoría y en la práctica de la psicología, de la psicoterapia y, en general, de la ciencia occidental. Este fenómeno, de carácter probablemente excepcional, se está produciendo como consecuencia de, al menos, tres factores. En primer lugar, nos encontramos con la divulgación en occidente de las filosofías y prácticas orientales de meditación que comenzó en la segunda mitad del siglo XX con la marcha de numerosos jóvenes occidentales a países asiáticos, en busca de la novedad y libertad que prometían las filosofías y religiones del lejano Oriente. Este fenómeno se vio sorprendentemente completado por otro de muy diferente naturaleza; la huida de numerosos monjes tibetanos de su país, como consecuencia de la invasión china del Tibet, en 1951, y la implantación de la *Región Autónoma del Tibet*. Esta huida fue el origen de una diáspora que acabó con la creación de numerosos centros budistas de origen tibetano en todas las grandes ciudades occidentales. En la actualidad, la creciente

comunicación entre Oriente y Occidente se produce en los dos sentidos, como parte del fenómeno más general que se suele denominar globalización. Ambas culturas se influyen y se fecundan mutuamente y dentro de esa influencia se ha producido la propagación de algunos aspectos de las tradiciones meditativas de las diversas ramas del budismo, del hinduismo y del taoísmo, principalmente.

En segundo lugar, en la psicología occidental se está produciendo una maduración de la psicología cognitiva y, sobre todo, de las terapias cognitivas, dentro de lo que se llaman las terapias de tercera generación. Las terapias cognitivas constituyen un terreno fecundo en el que las técnicas relacionadas con la atención plena, pueden implantarse y fructificar. Aunque la atención plena, no es un fenómeno exclusivamente cognitivo, sí que se caracteriza por un fuerte componente de ese carácter, el cultivo de la atención y de la concentración. Es natural que, al conocerse la meditación de origen oriental en los círculos psicológicos occidentales, los psicólogos cognitivos adivinaron las enormes posibilidades terapéuticas que *mindfulness* posee. A eso hay que añadir que, en las propias tradiciones religiosas orientales, el carácter terapéutico de muchas de sus prácticas es evidente (sería muy interesante hacer un estudio de las aplicaciones específicamente terapéuticas de muchas prácticas meditativas). En la actualidad existen ya diversas técnicas terapéuticas surgidas en la psicología occidental, en las que *mindfulness* juega un papel destacado. Las más conocidas son: La reducción del estrés basada en *mindfulness* (MBSR: Kabat-Zinn, 2003); la terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT: Segal, Williams, Teasdale, 2002); la terapia de aceptación y compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Houts, 2005) y la terapia conductual dialéctica (DBT: Linehan, 1993; García Palacios, 2006), utilizada en el tratamiento del trastorno límite de personalidad. Para una visión de conjunto del estado actual de la aplicación de *mindfulness* en psicoterapia puede consultarse el libro de Germer, Siegel y Fulton (2005): *Mindfulness and Psychotherapy*.

En tercer lugar, existe otro aspecto de la ciencia occidental que ha alcanzado un grado de maduración que lo hace confluir con la práctica de la meditación. Me refiero a la neurociencia, y en particular a lo que se llama neurociencia cognitiva y neurociencia afectiva. Los avances de algunos métodos de estudio del cerebro, como las técnicas de neuroimagen y el procesamiento computarizado de las señales electroencefalográficas, hace que estemos en condiciones de estudiar los correlatos neurobiológicos de los pensamientos y de las emociones con un grado de precisión, tanto espacial como temporal, que hace unos 20 o 30 años resultaban inimaginables. Estas técnicas nos están permitiendo conocer la interacción mente-cerebro por primera vez en la historia de la humanidad y ellas han comenzado a hacer posible saber lo que sucede en el cerebro cuando se practica *mindfulness*. En este artículo examinaremos brevemente algunos de estos trabajos.

En estrecha relación con la neurociencia, se encuentra el área interdisciplinaria que Siegel (2001) ha denominado Neurobiología Interpersonal (IPNB: Interpersonal

Neurobiology), que estudia la forma en que las relaciones interpersonales afectan al desarrollo cerebral. Aunque las interacciones interpersonales puedan parecer en un principio algo muy alejado de la meditación, veremos a lo largo de este artículo la profunda relación que existe entre ambos, relación que se establece precisamente a través del conocimiento de la actividad de ciertos circuitos cerebrales.

La peculiaridad y novedad de la situación actual reside precisamente en la posibilidad de que se produzca un diálogo entre disciplinas que antes se encontraban bastante aisladas, como la neurociencia, la psicología del desarrollo, la psicoterapia y el propio conocimiento de la mente (*mindsight*) que se alcanza por la práctica de *mindfulness*. Todos estos conocimientos se potencian mutuamente, siendo posible llegar a niveles de comprensión de la realidad humana mucho más profundos que los derivados del cultivo aislado de cualquiera de estas disciplinas. Como fruto de esta interconexión, estamos asistiendo al nacimiento de un nuevo lenguaje interdisciplinar que puede servir de puente entre los conocimientos neurobiológicos y la práctica clínica de la psicoterapia, ya que es posible interpretar neurobiológicamente muchos de los fenómenos psicológicos observados en la clínica. Esta comprensión recientemente adquirida está dando paso, no sólo a una nueva forma de pensar por parte del terapeuta, sino también a que el paciente piense de forma diferente sobre sus propias funciones mentales e incluso sobre su propia psicopatología.

¿De qué hablamos, cuando decimos *mindfulness*?

Mindfulness no es un descubrimiento moderno, aunque vivamos ahora su redescubrimiento (y un cierto reencuentro) en el marco de la cultura occidental. *Mindfulness* pudo existir desde el momento mismo en que los primeros cerebros humanos comenzaron a transformar el planeta, aunque probablemente nunca sabremos cuándo vivieron los representantes más primitivos de nuestra especie que practicaron alguna forma de *mindfulness* de manera sistemática. Sí que sabemos que hace unos 2.500 años, se alcanzó una cima en esta práctica, concretamente en la figura de Siddharta Gautama (el Buda Shakyamuni), que fue el iniciador de una tradición religiosa y filosófica ampliamente extendida por todo el mundo (el budismo) y cuya piedra angular es, precisamente, la práctica de *mindfulness*. Estamos seguros, sin embargo, de que *mindfulness* no empezó con el Buda Shakyamuni. El perfeccionó extraordinariamente un procedimiento que había recibido de otros maestros y que probablemente existiera desde mucho tiempo antes. Por ejemplo, el origen de la tradición tibetana del Bön, se sitúa unos 17.000 años antes de Cristo (Reynolds, 2005) y, aunque no existen pruebas que sustenten esta afirmación, no podemos descartar que alguna forma de *mindfulness* no fuera practicada ya por seres humanos muy primitivos.

En realidad, *mindfulness* es, en sí misma, algo muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana. Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o

sintiendo, estamos practicando *mindfulness*. Lo que sucede es que habitualmente nuestra mente se encuentra vagando sin orientación alguna, saltando de unas imágenes a otras, de unos a otros pensamientos. *Mindfulness* es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia. El primer efecto de la práctica de *mindfulness* es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente. El aumento de la concentración trae consigo la serenidad. Y el cultivo de la serenidad nos conduce a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal como es. La práctica prolongada de *mindfulness*, en un ambiente favorable, abre también la puerta a la aparición de estados modificados de conciencia, pero de estos estados no me voy a ocupar en este trabajo.

Desde un punto de vista científico, podemos definir *mindfulness* como un estado en el que el practicante es capaz de *mantener la atención centrada en un objeto por un periodo de tiempo teóricamente ilimitado*. (Lutz, Dunne y Davidson, 2007). O, siguiendo a Thich Naht Hanh, *mindfulness* es *mantener viva la conciencia en la realidad del presente*. La existencia de muy diversas formas de meditación hace extraordinariamente difícil sistematizar o clasificar todos las posibles maneras de practicar *mindfulness* y, en cualquier caso, se saldría del reducido marco de este artículo. Sin embargo, podemos decir que hay un cierto consenso en la distinción de dos componentes en *mindfulness* (Bishop y cols. 2004). Por una parte existe el componente básico, la característica fundamental de *mindfulness*, que consiste en mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente. Es, por decirlo, así, la instrucción eje que hay que seguir; ser conscientes de lo que sucede en el presente inmediato (aunque sea posible escoger diversos objetos para centrar la atención, aspecto en el que no voy a entrar ahora). Y el segundo componente de la definición de Bishop es la actitud con la que se aborda el ejercicio del primer componente, es decir, cómo se viven esas experiencias del momento presente.

En relación con la actitud que se adopta de cara a la experiencia, Bishop y cols. (2004) resaltan la curiosidad, la apertura y la aceptación. Kabat-Zinn (2003) hace las siguientes recomendaciones para la práctica de la atención plena: no juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar o practicar el desapego, confianza y constancia. Siegel (2007) reduce las características de la actitud correcta a cuatro: curiosidad, apertura, aceptación y amor. A lo largo del artículo comentaremos algunas de estas actitudes básicas de la atención plena.

Otro aspecto que quiero comentar brevemente es el de la terminología. La mayor parte de términos que describen los estados meditativos proceden del pali y del sánscrito. Su traducción a las lenguas occidentales en general, y al inglés en particular (que es con mucho a la lengua que más se han traducido), se encuentra con ciertas dificultades. Un segundo obstáculo procede de la traducción del inglés al español, ya que en este área de la conciencia y la atención plena, existen vocablos

ingleses de difícil versión al castellano, como pueden ser la propia palabra *mindfulness*, *awareness*, *insight* y otras relacionadas (ver Prieto, 2007). En realidad *mindfulness*, como dice Vallejo (2006), *es un término que no tiene una palabra correspondiente en castellano*. En este trabajo he optado por utilizar *mindfulness* en la mayoría de los casos, frente a *atención plena*, que es la traducción más aceptada, pero que no refleja todos los matices que la palabra *mindfulness* recoge. También hay que apuntar que, en contextos científicos, se prefiere la palabra *mindfulness* a la de meditación, palabra más utilizada a nivel popular, pero cuyo significado es más vago e incluye prácticas a veces muy dispares.

Un último punto que quiero destacar es que a lo largo de esta revisión, de no especificar lo contrario, al referirme a *mindfulness* me refiero a la práctica de meditación más utilizada actualmente en los círculos que practican meditación en occidente y que es la meditación *vipassana* (en inglés, *Insight Meditation*) que se traduce habitualmente como conocimiento intuitivo, visión cabal o, simplemente, se dice *vipasana* también entre nosotros (Segovia, 2004). La técnica más utilizada, sobre todo al principio, consiste en centrar la atención sobre la respiración, siguiendo el ritmo inspiración - espiración, en cada movimiento respiratorio. Cuando la mente se aparta de su objeto, el sujeto vuelve suavemente a dirigir la atención a la respiración. Y así, una y otra vez (véase Brahm, 2006, para una muy buena descripción del trabajo con la respiración). Esta parte de la práctica coincide en las tres tradiciones probablemente más extendidas en Occidente; la tradición Theravada del Sudeste asiático, la tradición Zen (de origen chino originalmente) y las diversas escuelas del budismo Tibetano (para una elaboración más detallada, ver Lutz, Dunne y Davidson, en prensa). Existen muchas otras prácticas, bien específicas de cada tradición, bien compartidas por varias, pero la concentración en la respiración es un elemento común y básico a las diversas tradiciones budistas.

Hemos de reconocer que, como afirman Cahn y Polich (2006) en su revisión de los estudios electrofisiológicos sobre la meditación, todavía *no ha emergido ningún consenso claro sobre los cambios neurofisiológicos subyacentes*. Esta carencia de consenso no se debe sólo a la complejidad de los procesos neurofisiológicos implicados. También existen varios obstáculos metodológicos que impiden de momento sacar el máximo rendimiento a las técnicas exploratorias que ya se hallan disponibles. Como obstáculos importantes podemos mencionar: 1) la relativa escasez (o disponibilidad) de sujetos experimentales con un alto nivel de experiencia meditativa; 2) el número y diversidad de técnicas de meditación, que hace difícil generalizar de unos estudios a otros y agrava el obstáculo mencionado en primer lugar; 3) la dificultad inherente al hecho de que se trata de un fenómeno de primera persona y de que incluso cuando dos sujetos crean que están practicando de la misma manera, es posible que sus cerebros no se encuentren en el mismo estado funcional; 4) lo difícil que resulta encontrar grupos de control apropiados (ver Lutz, Dunne y Davidson, en prensa). Todos estos obstáculos son superables

con la metodología científica, pero para ello se requiere la realización de un elevado número de estudios, lo cual significa que debemos esperar algún tiempo hasta que se encuentren resultados suficientemente claros y definitivos. Aún así, ya existen bastantes trabajos que han explorado la experiencia de *mindfulness* con una metodología estrictamente científica y neurobiológica. A continuación, paso a exponer los resultados de algunos de ellos y, precisamente porque todavía es imposible abordar este asunto de una manera sistemática y exhaustiva, he escogido una serie de temas, sobre los que ya existen conocimientos científicos, agrupándolos en los siete apartados siguientes: Abandonar los prejuicios, abrirse a la novedad y conocerse a sí mismo; *Mindfulness*, asimetría prefrontal y disposición afectiva; *Mindfulness* e inmunidad; Empatía y *mindfulness*; *Mindfulness*; la transición del estado al rasgo; *Mindfulness* e integración: La corteza prefrontal y; una conclusión tentativa y esperanzadora.

Abandonar los prejuicios, abrirse a la novedad y conocerse a sí mismo.

Una de las actitudes fundamentales en la práctica de *mindfulness* es lo que Kabat-Zinn (1990, 2003) denomina *mente de principiante*, sin duda en atención al título de un conocido libro de Suzuki (2000): *Mente de zen, mente de principiante*. Cuando se practica la atención plena imbuido por esta actitud, uno tiende a liberarse de todo conocimiento previo, de cualquier expectativa adquirida y se abre a percibir la realidad como si fuera la primera vez que la viera. Todo se mira con ojos recién estrenados, con ojos de principiante. Esta actitud permite descubrir en las cosas aspectos que antes no se nos habían revelado, pues nos acercábamos a ellas predispuestos a percibir sólo aquello que ya esperábamos.

Fernando Pessoa describió muy bien cómo vivía él su personal carencia de mente de principiante. *Ojalá* – escribía Pessoa (1987) -, *en este instante lo siento, fuera alguien que pudiese ver esto como si no tuviese con ello más relación que el verlo: ¡contemplantarlo como si fuera el viajero adulto llegado hoy a la superficie de la vida! No haber aprendido, del nacimiento en adelante, a dar sentidos dados a todas estas cosas, poder verlas con la expresión que tienen separadamente de la expresión que les ha sido impuesta*. Pessoa, en este texto, intuye y describe muy bien lo que pasa en el cerebro a lo largo del desarrollo. Ese proceso que propicia que más tarde nos resulte muy difícil ver la realidad desnuda, sin esa *impresión que le ha sido impuesta*. Pessoa, sin saberlo, anhelaba ser *mindful*, practicar la atención plena. Y es que *mindfulness* hace exactamente lo que él creía que necesitaba, aunque no pudiera saber que ya existía en el mundo. *Mindfulness*, empleando el lenguaje más moderno y más científico de Siegel (2007), *conlleva la disolución de las influencias del aprendizaje previo sobre la sensación del presente*.

Antes de examinar lo que hace *mindfulness*, veamos primero en que consisten esas influencias que dificultan la percepción del presente en su estado casi puro. Cuando la información procedente de los órganos de los sentidos se abre paso a

través de sistemas sensoriales hacia zonas cada vez más elevadas del sistema nervioso, se ve constreñida y modelada por la actividad nerviosa de extensas redes neuronales, que la filtran con criterios basados en la experiencia vital previa de cada sujeto. Es lo que expresa el viejo refrán castellano de que *todo es según el color del cristal con que se mira*. Y la dificultad consiste en “quitar” ese cristal para poder ver las cosas sin la deformación que su presencia comporta.

En términos neurofisiológicos, esa influencia que nos filtra la percepción de la realidad ha sido bautizada por Engel, Fries y Singer (2001) como *procesamiento de arriba abajo*, en oposición al *procesamiento de abajo arriba*, que describe la entrada de información “fresca” desde los órganos sensoriales. *Hay amplia evidencia* – escriben Engel, Fries y Singer (2001)-, *de que el procesamiento de estímulos está controlado por influencias de arriba abajo que conforman poderosamente las dinámicas intrínsecas de las redes tálamo-corticales y crean constantemente predicciones acerca de los eventos sensoriales entrantes*. Estas influencias descendentes ejercen una suerte de *esclavización* de los procesos de elaboración de la información más locales y emergentes. Los procesos de arriba abajo existen, sin duda, porque poseen un alto valor para la supervivencia, ya que permiten procesar y clasificar rápidamente la información que llega, facilitando así una toma rápida de decisiones, necesarias para sobrevivir. Ahora bien, en ese proceso de clasificación de la información, que trata de hacer encajar todo lo nuevo en categorías y moldes viejos, es inevitable que se pierda una gran parte del material entrante, precisamente la más novedosa, la que no se deja asimilar fácilmente a las categorías previamente establecidas. El sistema actúa imponiendo una serie de filtros automáticos que resaltan los aspectos ya conocidos de la realidad y atenúan, o eliminan del todo, los aspectos novedosos de la misma. Es ese color del cristal con que miramos, que hace que todo lo veamos de una tonalidad preestablecida.

Los procesos de *arriba abajo* son muy poderosos a la hora de *esclavizar* a la información viva que accede momento a momento, ya que como dice Siegel (2007), *están respaldados por una conectividad neural muy potente –mucho más potente que la incertidumbre de vivir en el aquí y ahora*. La información del aquí y ahora (de abajo arriba) tiene, por tanto, muchas dificultades para hacer llegar a la conciencia su auténtico mensaje. Esa información entrante o primaria ha sido clasificada por Siegel (2007) en 8 *sentidos* o corrientes de información sensorial, clasificación muy útil, sobre todo a la hora de representarnos mentalmente la información que manejamos al practicar la atención plena. Estos ocho *sentidos* que pueden verse esquematizados en la Tabla 1, son: los cinco órganos de los sentidos clásicos, la interocepción (incluyendo las sensaciones viscerales y propioceptivas), la comprensión de la mente (de la propia y de la ajena; *mind sight*, teoría de la mente) y, por último, el octavo sentido, nuestro sentido relacional, que nos informa sobre la existencia de resonancia o disonancia en nuestras relaciones interpersonales y nos permite *sentirnos sentidos* por los otros.

Sentidos	Información	Región cerebral
Vista, oído, tacto, olfato, gusto	Mundo físico externo	Cortex posterior
Interocepción	Mundo físico interno	Corteza somatosensorial, ínsula
Visión de la mente	Mente	PFC medial
Resonancia	Relaciones interpersonales	Neuronas en espejo y PFC

Tabla 1. Las ocho vías de entrada de información al espacio de la conciencia y regiones cerebrales más relacionadas (según Siegel, 2007). (PFC: Corteza prefrontal).

Hoy día estamos en condiciones de relacionar cada una de las ocho corrientes informativas con sus zonas cerebrales correspondientes. Las más conocidas son sin duda las de los cinco sentidos tradicionales que tienen sus áreas primarias en las regiones posteriores de la corteza cerebral (menos el olfato). Las sensaciones interoceptivas implican a la porción somatosensorial de la corteza y a las zonas medias prefrontales, junto con la ínsula, que mapea estados viscerales. En los estados de auto-conciencia interviene la corteza prefrontal medial y en la elaboración de las relaciones interpersonales están implicados los circuitos de células en espejo (sobre los que luego volveremos) y la propia corteza prefrontal medial.

En condiciones normales, toda esa riqueza informativa que accede a niveles superiores de procesamiento, se ve restringida por las influencias de arriba abajo, que ejercen su papel simplificador y modulador a todos los niveles. No sólo a niveles superiores de actividades cognitivas, como el pensamiento y la emisión de juicios, sino también a niveles de procesamiento más inferiores, como la percepción del estado corporal y las reacciones emocionales. La riqueza de matices presente en los niveles sensoriales iniciales se va perdiendo a medida que los procesos de arriba abajo surten su efecto y asimilan su contenido informativo a categorías previamente determinadas. ¿Qué puede hacer *mindfulness* para cambiar esa situación? ¿Qué significa que entre en acción la mente de principiante? Lo que hacemos en *mindfulness* es prestar una atención más plena a esas ocho corrientes de información que pueden acceder al espacio de la conciencia (no todas a la vez, evidentemente). Al prestar una atención especial y detallada a la información entrante, comenzamos a dificultar el funcionamiento de los procesos de arriba abajo y favorecemos la llegada de más riqueza informativa a las instancias prefrontales. El proceso de prestar una atención especial a cualquiera de las ocho corrientes informativas requiere que una parte del cortex prefrontal, concretamente la corteza prefrontal dorso-lateral (DLPFC; *dorsolateral prefrontal cortex*), se active al tiempo que recibe la información que está siendo privilegiada en ese momento.

Una vez se ha dirigido la atención a una de las corrientes sensoriales (con la participación de la DLPFC), si implicamos a la vez nuestra capacidad de auto-

observación, es decir la metacognición que nos permite hacernos conscientes de los procesos mentales que están en marcha (y que implica la intervención de las zonas más mediales del cortex prefrontal, incluyendo la corteza orbitofrontal) tendremos la oportunidad de flexibilizar la respuesta, desconectando, por decirlo así, la automaticidad que, en ausencia de esta intervención consciente, se hubiera producido. Podríamos decir, SODA; *Si Observas, Desconectas la Automaticidad* (traduciendo libremente las siglas que propone Siegel, YODA; *You Observe and Decouple Automaticity*).

Es interesante señalar que si la auto-observación se mantiene durante bastante tiempo (como la práctica cotidiana y constante de *mindfulness* permite), llega un momento en que realmente podemos *ver* o apreciar las características de los procesos de arriba abajo. Si volvemos a la metáfora del cristal a través del cual se mira, diríamos que llega un momento en que somos capaces de ver el cristal. Antes el cristal era invisible, creíamos que lo que veíamos era directamente la realidad. Ahora nos damos cuenta de que sólo estábamos percibiendo la versión que de ella habíamos construido. *Mindfulness* nos permite llegar a captar la realidad por una parte y la forma en que nuestra mente la deforma, por otra. Un caso particular de este proceso de descubrimiento lo podemos contemplar en el proceso de conocimiento del propio *self*.

A lo largo de la vida, en nuestra interacción con el mundo y con los demás, hemos ido desarrollando una forma de ser y de actuar, que conforma la identidad personal de cada uno, identidad que nos acompaña a todas partes y que, con sus ventajas y sus inconvenientes, nos facilita adaptarnos a las circunstancias y sobrevivir. Es, en cierta forma, una máscara, caparazón o envoltura, que impide ver, tanto a los demás como a nosotros mismos, lo que se halla situado más profundamente, la sustancia de nuestro yo verdadero, lo que podríamos llamar la ipseidad. Lutz, Dunne y Davidson (2007) la definen como *el mínimo sentido subjetivo de la yoidad en la experiencia, lo que constituye un self mínimo o nuclear* (self nuclear en el sentido de Damasio). Quizá sea apropiado recurrir a la poesía para transmitir más intuitivamente este concepto arrancado a la experiencia del auto-conocimiento profundo. Borges (1989), en su libro *El otro, el mismo* en uno de sus pocos poemas escritos en inglés, se refiere a “ese núcleo que yo, de alguna manera, he salvado-, el centro del corazón, que no trata con palabras, que no trafica con los sueños y que no ha sido dañado por el tiempo, por la alegría ni por las adversidades” (... *that kernel of myself that I have saved, somehow- the central heart that deals not in words, traffics not with dreams and is untouched by time, by joy, by adversities*)

La práctica paciente y repetida de *mindfulness* crea las condiciones necesarias para que podamos ir descubriendo ese núcleo, relativamente desconocido, de nuestra propia ipseidad. La concentración y la calma que se desarrollan practicando la atención plena permiten el descubrimiento del funcionamiento mental, de los trucos y de los hábitos, de los subterfugios y de las mentiras con las que la mente

trata de engañarse a sí misma. Sería comparable a aclarar las aguas revueltas y turbias de un estanque. Si dejamos que se apacigüen y que los lodos se sedimenten, podremos ver el contenido y las paredes del estanque. Y si miramos con paciencia y atención, llegaremos a descubrir el fondo, la ipseidad, la esencia de lo que en realidad somos.

Otro aspecto de la apertura a la novedad es la aceptación de la incertidumbre. Precisamente porque hemos desechado los juicios previos (las constricciones del procesamiento descendente), estamos abiertos a cualquier cosa que pueda aparecer. La mente queda sin expectativas, pero a la expectativa. Ajahn Chah (2002) compara la experiencia que vive la mente que observa, con la de alguien que, sentado en su casa, recibe a diversos huéspedes que acuden a visitarlo; los huéspedes son los distintos estados mentales. Los visitantes siempre quieren algo del observador, pero éste se limita a saludarlos amablemente, constata su presencia y los deja ir. No permite que lo impliquen en sus asuntos. El observador permanece en su puesto, sin moverse. Al no encontrar sitio para quedarse, los huéspedes se van yendo, uno tras otro. El observador, repitiendo esta experiencia una y otra vez, aprende a conocer la propia mente y sus estados. De esta manera, la mente del observador va adquiriendo apertura, flexibilidad y paciencia. Simplemente, observa y aprende.

***Mindfulness*, asimetría prefrontal y disposición afectiva.**

Una de las razones por las que el uso de la atención plena está teniendo éxito en clínica es porque contribuye al restablecimiento del equilibrio emocional (como sucede en la ansiedad o en el trastorno límite de personalidad), y porque favorece los estados de ánimo positivos y las actitudes de aproximación frente a las de evitación, razón por la que se ha utilizado en el tratamiento de los cuadros depresivos (Segal, Williams, Teasdal, 2002; Simón, 2002). Existe al menos un trabajo que ha estudiado los efectos directos de *mindfulness* sobre la actividad cerebral en relación con el estado de ánimo y con lo que se ha llamado la *disposición afectiva*.

Richard Davidson y colaboradores (2003) estudiaron la actividad cerebral de 25 sujetos experimentales normales (empleados de una empresa de biotecnología) que fueron sometidos a un programa de MBSR (*Mindfulness* Based Stress Reduction) durante un periodo de 8 semanas. El programa, llevado a cabo por el propio J. Kabat-Zinn, constaba de reuniones semanales de unas 3 horas para practicar meditación, un retiro en silencio durante la sexta semana y un deber para casa que incluía prácticas de meditación para realizar durante una hora al día, 6 días a la semana.

El EEG de los sujetos fue registrado en tres ocasiones; antes de las 8 semanas de tratamiento, inmediatamente después del tratamiento y cuatro meses tras finalizar el tratamiento. Los datos electroencefalográficos fueron elaborados matemáticamente hasta obtener una medida de la activación cerebral de cada hemisferio, derecho e izquierdo, que a su vez se utiliza para calcular el grado de asimetría existente entre ambos lados. Hay que aclarar que, en este contexto, la activación de

la zona que se estudia está inversamente relacionada con la potencia de la banda alfa (8-13 Hz). Es decir, que a menor potencia de la banda alfa, mayor activación cerebral y viceversa (Sutton y Davidson, 1999). También podemos expresar lo mismo diciendo que la activación en una zona determinada se mide calculando la inversa de la potencia de la banda alfa en esa zona.

Pues bien, lo que Davidson y colaboradores encontraron fue que los meditadores, en comparación con los no meditadores, experimentaron un mayor incremento de la activación cerebral izquierda en las zonas cerebrales anteriores y medias, un patrón que se asocia a la presencia de una disposición afectiva positiva. Podríamos decir que, tras el periodo de *mindfulness* de 8 semanas, los meditadores experimentaban una desviación de su actividad cerebral hacia la izquierda.

Estos resultados hay que interpretarlos a la luz de una extensa literatura que ha encontrado una relación muy consistente entre los estados emocionales positivos y un predominio de la activación cerebral anterior izquierda, y los estados afectivos negativos y el predominio de la activación cerebral anterior derecha. Sin embargo, la interpretación de esta asimetría prefrontal es más compleja de lo que a simple vista parece. Una mayor activación del lado izquierdo se asocia, no sólo a un estado de ánimo más positivo, sino también a una reactividad aumentada a los estímulos emocionales positivos, a una mayor habilidad para afrontar estados de ánimo negativos y para suprimir voluntariamente el afecto negativo. (Las principales referencias sobre estos hallazgos se han resumido en la Tabla 2).

La investigación de Urry y cols. (2004) hace una interesante distinción entre bienestar hedónico y bienestar eudaimónico. El bienestar hedónico se refiere a aquellos aspectos positivos de la vida humana como la felicidad, la satisfacción con la propia vida y la frecuencia de emociones placenteras. Se habla de bienestar eudaimónico, sin embargo, cuando existen, además del afecto positivo, otras cualidades como la autoaceptación, altos niveles de autonomía y control del ambiente y existencia de un sentido vital y de un propósito en la vida. El predominio de la actividad del hemisferio izquierdo se encontraría más asociado con el bienestar eudaimónico que con el bienestar hedónico.

Es interesante resaltar que todas estas cualidades, que se ven potenciadas por la desviación de la asimetría cerebral hacia la izquierda, coinciden con algunos aspectos de la actitud básica que se recomienda en la práctica de *mindfulness*, concretamente con la ecuanimidad. Una mente ecuánime es aquella que no discrimina, que no hace distinciones y que se distancia por igual del apego y de la aversión. La consecuencia inmediata de la ecuanimidad es el desprendimiento, el no aferrarse a las cosas, el soltar. La ecuanimidad, sin embargo, no denota ni indiferencia ni abandono, ya que *mindfulness* implica una actitud básica de respeto e incluso de amor hacia todos los seres (incluyendo uno mismo) y hacia las cosas en general. La ecuanimidad incluye por tanto una disposición de ánimo positivo, sin aversión y con una buena capacidad de hacer frente a las emociones y situaciones

Mayor activación prefrontal izquierda	Mayor activación prefrontal derecha	Referencias
Experiencia y expresión de emociones y afectos positivos	Experiencia y expresión de emociones y afectos negativos	Sutton y Davidson, 1997
Predisposición a estados de ánimo positivos	Predisposición a estados de ánimo negativos	Urry y cols., 2004 Tomarken y cols, 1992 Kang, 1991
Activación del sistema de aproximación	Activación del sistema de retirada	Davidson e Irwin, 1999
Representación de los estados deseados	Vigilancia de estímulos amenazadores	Sutton y Davidson, 1997
Reactividad aumentada a estímulos emocionales positivos	Reactividad aumentada a estímulos emocionales negativos	Tomarken y cols, 1990 Wheeler y cols, 1992
Aumento de la habilidad para afrontar estados de ánimo negativos		Jackson y cols, 2003
Facilidad para suprimir voluntariamente el afecto negativo		Jackson y cols, 2000 Jackson y cols, 2000
Eudaimónico, no hedónico		Urry y cols, 2004

Tabla 2. Asimetría prefrontal y lateralización del afecto. La tabla muestra, en su columna izquierda, diversos parámetros cognitivo-afectivos de carácter positivo, que se relacionan con una mayor activación prefrontal izquierda. Los estados cognitivo-afectivos inversos a los anteriores (y por tanto negativos), se relacionan, en general, con una mayor activación prefrontal derecha (columna central). En la columna más a la derecha de la tabla se reseñan algunas referencias bibliográficas relacionadas con el contenido de las dos columnas previas.

negativas. Una actitud, por tanto, similar a la que denota el predominio de la actividad de la corteza prefrontal izquierda.

***Mindfulness* e inmunidad**

La relación que acabamos de describir entre *mindfulness* y la asimetría cerebral anterior nos sirve de puente para abordar otra posible área de influencia de la práctica de la meditación: los mecanismos inmunitarios. En 1991, Kang y cols. se preguntaron si existiría alguna relación entre el perfil de asimetría prefrontal y los parámetros inmunitarios. Estudiaron un grupo de 20 mujeres sanas que mostraban diferencias extremas en la asimetría cortical prefrontal. En dichas mujeres midieron diversos parámetros inmunitarios para ver si alguno de ellos correlacionaba con el tipo de asimetría cerebral. Los indicadores inmunitarios estudiados fueron varios, pero el hallazgo más significativo del estudio de Kang y cols. fue que las mujeres que poseían una activación frontal derecha más extrema tenían niveles más bajos de actividad de las células NK (células asesinas naturales). Recordemos que

la asimetría cerebral desviada hacia la derecha indica una mayor predisposición a los estados de ánimo depresivo y una mayor vulnerabilidad al afecto negativo. Por tanto, esta correlación entre asimetría y actividad de las células asesinas nos revela una relación entre un determinado patrón de actividad cerebral y una respuesta inmunitaria concreta. Los otros parámetros inmunitarios estudiados no fueron significativamente diferentes entre ambos grupos de mujeres, salvo que las mujeres con más actividad cerebral derecha tenían niveles mayores de gammaglobulina M.

Unos años más tarde, en 1999, se volvió a acometer el estudio del tema, esta vez estudiando no sólo las diferencias en el estado basal, sino también la respuesta de los sujetos a dos tipos de situaciones estresantes. Una, de carácter natural, la proximidad de los exámenes finales y otra, de naturaleza experimental, la visión de películas que provocaban emociones positivas o negativas. En este estudio, de Davidson y cols. (1999), se confirmó que los sujetos con mayor activación del lado derecho mostraban niveles inferiores de función basal de las células asesinas y, además, que durante el periodo de exámenes finales mostraban una disminución de la respuesta de estas células asesinas. Por el contrario, los sujetos con mayor actividad cerebral del lado izquierdo, mostraban un aumento mayor en la función de las células asesinas. Aunque todavía desconocemos el mecanismo que asocia la asimetría cerebral con el comportamiento de las células asesinas, la relación existe y constituye una prueba más de la existencia de mecanismos psiconeuroinmunitarios.

Si recordamos que, en el apartado dedicado a la asimetría cerebral, hemos descrito que la práctica de *mindfulness* era capaz de provocar una lateralización a la izquierda en la activación cerebral, es lógico preguntarnos ahora si esta práctica también puede afectar al sistema inmunitario. Esto es lo que hicieron Richard Davidson y colaboradores en el trabajo ya comentado anteriormente (Davidson y cols. 2003). Además de registrárseles la actividad electroencefalográfica, como antes hemos visto, todos los sujetos del estudio (meditadores y no meditadores) recibieron una vacuna antigripal. Entre la 4ª y la 8ª semana tras la administración de esta vacuna, se midieron los niveles plasmáticos de anticuerpos de los sujetos y se encontró que, aunque todos ellos experimentaron incrementos en dichos niveles, los sujetos pertenecientes al grupo de los meditadores tuvieron incrementos significativamente mayores que los sujetos del grupo control. La meditación potenciaba por tanto la producción de anticuerpos. Resulta, además, muy interesante que los meditadores que habían experimentado un mayor desplazamiento hacia la izquierda en su actividad eléctrica cerebral (entre las dos primeras mediciones consecutivas), eran también aquellos cuyos niveles de anticuerpos aumentaban más en respuesta a la vacuna. Es decir, que la magnitud del incremento de la lateralidad izquierda predecía la magnitud del aumento de anticuerpos, subrayando así la relación entre ambas variables.

Es interesante señalar que uno de los mecanismos por los que el estrés ejerce sus efectos negativos para la salud, es a través del aumento del cortisol y de su

consiguientes efectos inmunosupresores. Es posible que parte de los efectos beneficiosos de *mindfulness* sobre la inmunidad se deban a la atenuación de la secreción de cortisol en respuesta al estrés (Michaels, 1979). Sin embargo, en el estudio de Kang y cols. (1991), por ejemplo, los niveles de cortisol no diferían en ambos grupos de sujetos, por lo que las diferencias en la actividad de las células asesinas no podía atribuirse a una modificación en los niveles de esta hormona. Otros mecanismos, todavía no identificados, tuvieron que desempeñar un papel en la producción de los resultados.

Estos hallazgos no representan más que un comienzo en el estudio de una relación que puede resultar extraordinariamente fructífera: la posibilidad de influir en el sistema inmunitario a través de la meditación. Dada la trascendencia de los mecanismos inmunitarios en el mantenimiento de la salud y el elevado número de patologías en las que existen alteraciones inmunitarias, es obvio que la posibilidad de influir sobre la inmunidad de manera positiva puede abrir nuevas vías en la terapia de estos procesos. Piénsese, a modo de ejemplo, en las enfermedades auto-inmunes, en todo tipo de infecciones y en los procesos tumorales, entre otras patologías especialmente relacionadas con la inmunidad.

Empatía y *mindfulness*.

La relación entre empatía y *mindfulness* es muy antigua, aunque sus implicaciones neurobiológicas sean mucho más recientes. Una de las clásicas meditaciones budistas es la meditación sobre “*metta*”, palabra pali que se traduce por amor que junto con la compasión, la alegría y la ecuanimidad forma parte de los cuatro inconmensurables estados de la mente, palabra que en inglés se está traduciendo habitualmente como “loving-kindness” y en español, como amor compasivo o bondad amorosa. En ella el meditador fomenta en sí mismo, con ayuda de diversas técnicas, los sentimientos de compasión y amor hacia otras personas y hacia sí mismo (Salzberg, 1995; Brahm, 2006).

En 2004, Lutz y cols. estudiaron la actividad electroencefalográfica en sujetos experimentales que recibían la instrucción de generar en sí mismos un estado de *compasión pura* o *compasión no referencial* (es decir, sin objeto), definiendo esta actitud como *una voluntad y disponibilidad sin restricciones para ayudar a los seres vivientes*. Como sujetos experimentales utilizaron practicantes de las tradiciones tibetanas Kagyu y Nyingma que poseían una amplia experiencia meditadora a lo largo de su vida (entre 10.000 y 50.000 horas). Como grupo control, se utilizaron voluntarios sin experiencia en meditación, a los que se les entrenó en la producción de este estado por un periodo de tan solo una semana. El resultado más llamativo fue que el grupo de sujetos con experiencia meditadora desarrollaban oscilaciones de gran amplitud en la banda de frecuencias gamma (25-42 Hz), sobre todo en los electrodos laterales fronto-parietales y que la generación de oscilaciones gamma era mucho mayor en los practicantes que en los controles. El aumento encontrado en

la sincronización neuronal puede interpretarse como un incremento, tanto en el número de neuronas reclutadas durante la actividad, como en la precisión temporal de las descargas tálamo-corticales y córtico-corticales de esas neuronas. Además, ambos grupos, no sólo se diferenciaban claramente durante la meditación, sino también en los periodos pre y postmeditativos, sugiriendo que la actividad meditadora induce cambios a largo plazo en el funcionamiento cerebral. La conclusión más importante a la que llegan los autores de este trabajo es que los procesos atencionales y afectivos son habilidades que pueden entrenarse, aunque todavía no comprendamos exactamente el papel funcional que desempeñan en el cerebro estas modificaciones en la banda de frecuencia gamma.

Sin embargo, han sido una serie de descubrimientos neurobiológicos realizados en un área aparentemente poco relacionada con la compasión, los que han contribuido a cambiar notablemente nuestra visión del tema de la empatía. En 1996, un grupo de investigadores italianos (Rizzolatti, Fadiga, Gallese y Fogassi, 1996; Gallese, Fadiga, Fogassi y Rizzolatti, 1996) describieron en la corteza premotora del macaco un tipo de neuronas que descargaba, no sólo cuando el mono ejecutaba acciones motoras dirigidas hacia una meta, sino también cuando el animal observaba a otros individuos ejecutando dichas acciones. Estas neuronas fueron denominadas *neuronas en espejo* por sus descubridores. Estudios posteriores han encontrado neuronas en espejo en otras zonas cerebrales y su existencia también ha sido demostrada en seres humanos, aunque en éstos, por razones obvias, hay que recurrir a otro tipo de técnicas más indirectas que las empleadas en monos; Rizzolatti y Craighero (2004), Rizzolatti (2005).

Una personalidad tan relevante en neurociencia como es Vilayanur Ramachandran, no ha dudado en calificar el descubrimiento de las neuronas en espejo como el acontecimiento más importante de la década y predice *que las neuronas en espejo harán en psicología lo que el DNA hizo en la biología: aportarán un marco unificador y ayudarán a explicar una infinidad de habilidades mentales que hasta ahora han permanecido como misterios inaccesibles para los experimentadores* (Ramachandran, 2000). Probablemente, es aún demasiado pronto para vislumbrar todas las implicaciones que las neuronas en espejo tendrán en la comprensión del funcionamiento cerebral y de la conducta humana. Ramachandran llega tan lejos como para hacerlas corresponsables del *gran salto hacia delante* que la especie humana realizó hace unos 40.000 años y que se manifestó por la eclosión de la utilización de herramientas, del arte, de las matemáticas e incluso de algunos aspectos del lenguaje. De lo que no cabe ninguna duda es de que las redes de neuronas en espejo son el sustrato neural que hace posible el entendimiento de la mente de los otros (la teoría de la mente o la visión de la mente) y la simulación, dos actividades en las que los seres humanos somos extraordinariamente eficientes.

Cuando observamos un movimiento en otra persona, se activan en nuestro cerebro los mismos circuitos motores que necesitaríamos activar si tuviéramos que

llevar a cabo dicho movimiento (Gallese, 2003). De tal manera que, en cierta forma, percibimos el movimiento de otros a través de nosotros mismos. Hay una resonancia de nuestro sistema nervioso con el sistema nervioso del sujeto a quien observamos. Como dicen Blakemore y Decety (2001), *entendemos las acciones de los otros a través de nuestro propio sistema motor*. O, con palabras de Gallese (2003), *percibir una acción es equivalente a simularla internamente*. Esta simulación interna es también el origen de nuestra comprensión de la conducta de los demás, que se origina como describo a continuación. Nuestro cerebro almacena la información pertinente a las secuencias internas de sus propias acciones: intención → orden motora → acción → consecuencias sensoriales (y de otro tipo). Al observar actos motores en los demás, se activan, en nuestro cerebro, los mismos circuitos que harían falta para que nosotros realizáramos dichos actos. Es entonces cuando podemos consultar en nuestra memoria (no necesariamente de manera consciente) qué intenciones se hallan relacionadas con la ejecución de dichos actos y, por este camino indirecto, tenemos acceso a comprender la mente de los otros. Por tanto, la mera observación de los actos motores de otros seres vivos nos permite inferir, no sólo sus intenciones, sino también los estados mentales que normalmente subyacen a dichas intenciones. Esa inferencia de la mente de los otros es lo que se ha llamado *teoría de la mente* (ver Obiols y Pousa, 2005) e implica la activación de la corteza prefrontal medial izquierda. Blakemore y Decety (2001), en su explicación de los mecanismos neurológicos de la comprensión de las intenciones de los demás, aportan el ejemplo de lo que sucede cuando observamos a alguien coger un vaso de agua y acercárselo a los labios. La observación de esta conducta activa en nuestro cerebro los circuitos motores y sensoriales relacionados con este acto (que hemos realizado miles de veces), e inmediatamente nos representamos cuál es la intención y cuál la motivación de la persona a la que vemos realizar la acción. De esta manera, nos podemos imaginar su estado mental, en este caso, su necesidad de aplacar la sed.

Iacoboni y cols. (2005) por medio de una serie de ingeniosos experimentos realizados con resonancia magnética funcional, demostraron que la codificación de la intención asociada a las acciones de otros está relacionada con un aumento de la actividad neuronal de la corteza frontal inferior y llegan a la conclusión de que esta codificación *se basa en la activación de una cadena neuronal formada por células en espejo que codifican el acto motor observado y por neuronas en espejo 'lógicamente relacionadas' que codifican los actos motores que tienen mayor probabilidad de seguir al acto observado, en un contexto determinado. Adscribir una intención es inferir una meta subsiguiente y ésta es una operación que las neuronas motoras ejecutan de manera automática*. Iacoboni y colaboradores sugieren (como la propia experiencia y diversos experimentos de laboratorio confirman), que adscribimos intenciones a las acciones que observamos de una manera bastante involuntaria, prácticamente sin que nos propongamos hacerlo.

Es lógico preguntarse si al percibir las emociones de otros, también se ponen

en marcha mecanismos similares a los que suceden con los actos motores y con las intenciones. Todo apunta a que esto es así. Es decir, que la empatía, la comprensión e incluso la vivencia de la misma emoción que la otra persona experimenta, se desencadena por mecanismos de imitación que hacen aparecer en el observador emociones similares a las del sujeto observado. Por ejemplo en el caso del reconocimiento de emociones faciales, Adolph (2002) describe que desde la amígdala y la corteza órbito-frontal se generan impulsos nerviosos que activan a ciertos componentes de la respuesta emocional (entre ellos, cambios en la expresión facial) y que este *mecanismo podría contribuir a generar, mediante un proceso de simulación, conocimiento acerca del estado emocional de la otra persona, apoyándose en la corteza somatosensorial del hemisferio derecho para representar los cambios emocionales en el observador*. De manera similar a los actos motores, la observación de las emociones genera cambios emocionales en el observador que le facilitan la comprensión de la emoción que observa.

Resulta evidente, por tanto, que el cerebro humano viene preparado para interrelacionarse socialmente con los demás, para comprender sus actos, las intenciones que los orientan y las motivaciones que los impulsan. Y también para sentir sus emociones. Como afirma Siegel (2001), *el cerebro está estructurado con una capacidad innata para trascender las fronteras de la piel de su propio cuerpo e integrarse con el mundo, especialmente con el mundo de los otros cerebros*.

Ahora bien, es interesante señalar, siguiendo a Decety y Jackson (2004), que al menos en los seres humanos, los procesos de empatía no se limitan a la activación de los mecanismos de representación compartida (que acabamos de describir), basados en el acoplamiento de la percepción con la acción. También participan otros dos componentes. Por un lado, la existencia de una conciencia de las diferencias entre el propio self y el self del otro, distinción en la que participan el cortex prefrontal medial y el lóbulo parietal inferior. Y el tercer componente, mencionado por Decety y Jackson, es la flexibilidad mental para adoptar la perspectiva del otro (cortex cingular posterior, corteza prefrontal medial y cortex fronto-polar) y la puesta en marcha de mecanismos de regulación emocional que atenúan la respuesta emocional al sufrimiento o a la emoción que estamos observando (implicación de la corteza órbito-frontal y del cortex prefrontal ventromedial).

Tras este esbozo de los mecanismos neurobiológicos de la empatía, vuelvo a relacionar este estado mental con *mindfulness*. Me limitaré a comentar dos tipos de vinculación. En primer lugar, la más obvia. Como he expuesto al principio de este apartado, un ejercicio típico de algunas tradiciones meditativas consiste, precisamente en entrenar específicamente la compasión y la simpatía por los demás, la *compasión pura*, como hemos mencionado al comentar el trabajo de Lutz y cols. (2004). En este caso, los investigadores no recurrieron a la neuroimagen, sino al registro de la actividad eléctrica cerebral y todo lo más que podemos decir es que la sincronización gamma observada estará probablemente relacionada con la

actividad de los circuitos neurales implicados en las respuestas empáticas, arriba mencionados. Hay que señalar que en cualquier clase de *mindfulness*, se requiere una actitud de acercamiento afectivo y de simpatía o amor hacia el objeto en el que se centra la atención. Es decir, que *mindfulness* implica empatía, sea cual sea el objeto hacia el que vaya dirigida. Hay que recordar que el mero hecho de centrar la atención sobre algo, si se hace con una actitud hostil o enfadada, no se considera *mindfulness*.

Otro aspecto no tan obvio de la relación *mindfulness*-empatía es el que nos sugiere la hipótesis de Siegel (2007), que podríamos llamar la hipótesis de la auto-empatía o de la sincronización interna. Los sistemas de empatía que hemos descrito más arriba permiten que se establezcan vínculos de comunicación entre individuos que implican una cierta clase de *resonancia* o *sincronización* entre sus respectivos sistemas nerviosos. Una persona se *siente sentida* por la otra y viceversa. Si la valencia de esa conexión es positiva, los sistemas de detección de seguridad-amenaza (lo que Stephen Porges – 2003a - ha llamado la *neurocepción*) captan la presencia de una relación segura y el sistema nervioso autónomo del sujeto responde de manera receptiva y abierta ante la presencia de la otra persona (para una comprensión global de este constructo, ver la teoría polivagal de Porges, 2003b). En esas circunstancias es posible que se establezcan vínculos sociales entre individuos, al activarse lo que Porges llama el *sistema de implicación social*. La proximidad, la comunicación facial y la reacción del sistema nervioso autónomo frente a las señales recibidas son componentes clave de la respuesta favorable o no del sujeto. En el caso de ser favorable, se desarrolla un estado que Porges denomina *amor sin temor*. Pues bien, lo que Siegel sugiere es que estos sistemas neurales que normalmente sustentan las experiencias de sincronización y resonancia con otras personas, en la práctica de *mindfulness*, se volverían reflexivamente sobre uno mismo para desarrollar así una *auto-implicación* (en lugar de la *implicación social* antes mencionada), una relación de *amor sin temor* con la propia experiencia. Es decir, que en *mindfulness* estamos desarrollando empatía, comprensión, amor, compasión, con nuestra propia experiencia y con nuestro propio self. Tenemos una *neurocepción* de seguridad con nosotros mismos y consecuentemente nos conectamos, sintonizamos y resonamos con nuestro yo más auténtico (evidentemente con las limitaciones que el nivel de auto-conocimiento de cada uno imponga en un momento dado). Es fácil deducir que el fomentar esta emoción de auto-empatía puede tener un claro valor terapéutico, especialmente cuando los sentimientos autodestructivos desempeñan un destacado papel en el cuadro patológico. En *mindfulness* podemos cambiar de perspectiva y observarnos y experimentarnos a nosotros mismos como si fuéramos *otro*. En ese proceso de auto-conocimiento podemos abrirnos sin trabas a la información recibida a través de todos los canales mencionados en la Tabla 1 y entrar en resonancia con los variados aspectos de uno mismo, integrarlos en nuestra conciencia y fomentar hacia ellos los sentimientos de simpatía y amor.

Por último, mencionar que es posible encontrar también antecedentes de esta

actitud de auto-implicación en las prácticas meditativas orientales. Una conocida práctica tibetana es el Tonglen (enviar y recibir), en la que el sujeto asume el sufrimiento de otro u otros y les envía su amor y compasión (ver Chodron, 1996). Pues bien, una de las variantes del Tonglen consiste en practicarlo con uno mismo, es decir, tomando el sufrimiento propio y enviándose a sí mismo amor y compasión. Es una forma extrema de esta auto-implicación que describe Porges.

***Mindfulness*: la transición del estado al rasgo.**

Existe suficiente consenso como para afirmar que *mindfulness*, en cualquiera de sus formas de expresión, es un estado mental. Siegel (1999) define el estado mental como *el patrón total de activaciones del cerebro en un momento concreto en el tiempo* y señala que un estado mental tiene dos funciones fundamentales: *coordinar la actividad del momento y crear un patrón de activación cerebral que tendrá mayor probabilidad de producirse en el futuro*. Con la repetición de un estado mental, estamos incrementando la probabilidad de que estados parecidos se produzcan con una frecuencia cada vez mayor y esto equivale a decir que lo que al principio era un estado de la mente localizado temporalmente en un momento circunscrito, pueda convertirse en un rasgo duradero del sujeto.

Esto es, exactamente, lo que parece suceder con la práctica de la meditación. La concentración de la atención momento a momento, que al principio exige un esfuerzo considerable, (persistir, por ejemplo, en la atención a la respiración, evitando constantemente la intrusión de pensamientos o emociones), con el tiempo se va convirtiendo en un hábito automático, que no requiere apenas esfuerzo. Esta transición desde la atención al presente con esfuerzo, a la atención al presente sin esfuerzo es lo que separa al principiante del meditador experimentado. (Desde el punto de vista neurobiológico, el reclutamiento de la atención propio de los estados iniciales caracterizados por el esfuerzo, requiere la implicación de la corteza prefrontal dorsolateral, como en seguida veremos, mientras que el mantenimiento de la atención consciente libre de esfuerzo –rasgo–, estaría relacionado con la actividad de la corteza prefrontal medial, región altamente integradora sobre cuyas funciones insistiremos más adelante). En el caso ideal, se llega a estar en estado de presencia continua, de atención plena durante todo el día, sea cual sea la actividad que estemos realizando. Lo que al principio era un estado transitorio se va transformando, con la práctica, en un rasgo.

¿Existe evidencia científica de que esto sea así? ¿Disponemos de datos experimentales que demuestren que con la práctica de *mindfulness* estamos produciendo cambios cerebrales duraderos? Existen al menos dos publicaciones muy recientes que permiten contestar afirmativamente a estas preguntas. El primero es el trabajo de Sara Lazar y cols. (2005) del Massachusetts General Hospital. Se trata del primer trabajo que demuestra la existencia de cambios estructurales en el cerebro con la práctica de la meditación. En este trabajo se estudiaron, con

Resonancia Magnética, los cerebros de 20 voluntarios occidentales que poseían una amplia experiencia (unos 9 años de promedio) en Insight Meditation o meditación vipasana. En esta forma de *mindfulness*, la atención se centra especialmente en estímulos interoceptivos (como la respiración) pero se va extendiendo, con el incremento de la experiencia del practicante, a pensamientos, emociones e incluso estímulos externos. El resultado más destacado del estudio de Lazar es que en ciertas zonas de los cerebros de los meditadores existía un grosor mayor de la corteza cerebral (en comparación con los cerebros de sujetos controles adecuados). Las zonas implicadas fueron la ínsula del hemisferio derecho (área asociada a la actividad interoceptiva y a la conciencia de la respiración) y la corteza prefrontal también derecha (áreas 9 y 10 de Brodmann), que se asocia claramente con la atención sostenida. Queda por aclarar, ya que la técnica utilizada no lo permite, a qué parte del tejido nervioso debe atribuirse el incremento del espesor. Podría ser debido a un aumento de la arborización de las neuronas, a un aumento del volumen de la glía o a un incremento de la vascularización de la zona. Este trabajo de Lazar y colaboradores demuestra que la experiencia de *mindfulness*, no sólo provoca cambios funcionales transitorios, sino que también deja huellas estructurales en el cerebro. Lo que significa que, como antes apuntaba, la experiencia de la meditación, si es suficientemente prolongada, acaba produciendo cambios de rasgo, no meramente de estado.

El segundo estudio que refuerza la idea de la transición del estado al rasgo es un trabajo muy reciente de Brefczynski-Lewis y cols. (2007). Estos autores estudiaron, con resonancia magnética funcional, la actividad cerebral en dos grupos de meditadores, unos expertos y otros novicios, que practicaban la concentración de la atención sobre un pequeño punto en una pantalla. Una de las conclusiones más importantes del estudio es que la activación de redes neuronales relacionadas con mecanismos de atención sostenida, se producía de manera diferente en función de la experiencia meditativa de cada uno de los subgrupos en que se dividió la muestra. Los meditadores expertos, con unas 19.000 horas de práctica, presentaban más activación que los sujetos más noveles, pero los sujetos con el máximo número de horas de práctica (unas 44.000) volvían a presentar una menor activación. Es decir, aparece una U invertida en la que los sujetos con un número intermedio de horas de práctica son los que más activación muestran. Esto sugiere que en el cerebro de los meditadores más experimentados se han producido cambios de plasticidad neural que les permite alcanzar estados similares de concentración que los practicantes intermedios, pero sin necesidad de realizar tanto esfuerzo atencional. Cuanto más experto se es, menos esfuerzo cuesta alcanzar el estado de concentración, ya que las redes neurales necesarias son anatómicamente más robustas. Otro de los hallazgos interesantes de este trabajo es que en los sujetos con más horas de meditación, se encontró una activación pasajera del córtex prefrontal dorsolateral (DLPFC), región con capacidad ejecutiva, relacionada con la producción de estados de alerta

y monitorización de la activación atencional (Raz y Buhle, 2006). La activación de esta zona duraba unos 10-20 segundos al principio de la meditación y luego volvía a la línea basal. En cambio, los meditadores con menos horas de práctica mostraban una activación de esta zona más larga y sostenida, indicando que requerían de un esfuerzo más prolongado para mantener la atención en el presente.

Por tanto, la investigación neurobiológica confirma que al practicar *mindfulness* estamos propiciando un cambio inmediato en nuestro estado mental y que si la práctica se prolonga durante bastante tiempo, lo que al principio no era más que una modificación funcional transitoria, se convierte en cambios permanentes en la estructura cerebral, cambios que implican modificaciones también duraderas en la manera de ser y de reaccionar del sujeto, en definitiva, el cambio de un rasgo en su personalidad.

***Mindfulness* e integración: La corteza prefrontal.**

En todos los trabajos en los que se estudia la actividad cerebral relacionada con la meditación utilizando la neuroimagen (véase por ejemplo la revisión de Cahn y Polich, 2006), hay una zona que suele destacar por su importante participación. Me refiero a la corteza prefrontal. La corteza prefrontal, especialmente sus zonas más anteriores (áreas 10 y 32 de Brodman), han experimentado un fuerte aumento de tamaño en la especie humana en comparación con el tamaño de la corteza prefrontal de los monos. Sin embargo, no está tan claro que ese aumento de los humanos sea tan espectacular cuando se compara con la corteza prefrontal de los grandes simios (Frith y Frith, 2006). Comentaré brevemente esta estructura cerebral y su relación con la práctica de *mindfulness*.

Habitualmente se engloban bajo el término de corteza prefrontal aquellas regiones del lóbulo frontal que se encuentran por delante de las áreas motoras y premotoras. Generalmente, los términos de corteza prefrontal y lóbulo frontal se usan indistintamente para referirse a estas estructuras (Wheeler, Stuss y Tulving, 1997). Las funciones de la corteza prefrontal siempre tienen el carácter de supervisar funciones (como pueden ser el lenguaje, la motilidad o las funciones vegetativas), que llevan a cabo otras estructuras cerebrales, situadas más caudalmente en el sistema nervioso. Las funciones prefrontales, precisamente por su carácter de integración de procesos muy diversos como el pensamiento, la conducta o la afectividad, no resultan fáciles de sistematizar. Stuss y Benson (1986) distinguieron tres niveles en las funciones de la corteza prefrontal. El primer nivel es el de integración y organización de la información procedente de otras regiones cerebrales posteriores, con la finalidad de formar representaciones cargadas de sentido. La información integrada se refiere tanto a aspectos cognitivos, como afectivos y motores. El segundo nivel se encarga de lo que se denominan *funciones ejecutivas*, que son aquellas que dirigen y controlan las conductas integradas del organismo (especialmente en respuesta a situaciones nuevas), que requieren soluciones creativas y que no pueden ser afrontadas por los mecanismos automatizados de

rango inferior. Y el tercer nivel se encarga de la auto-conciencia, de la conciencia del propio self y de la propia mente. En los últimos años esta función se ha ampliado también al conocimiento de la mente de los demás, la llamada teoría de la mente (ver Frith y Frith, 2003; Frith y Frith, 2006, para revisiones recientes).

También resulta conveniente recurrir a una división anatómica de la corteza prefrontal para orientarnos en este campo, de ineludible importancia para la comprensión de la conducta humana. En su porción lateral hay que resaltar la porción dorsolateral de la corteza prefrontal (DLPFC), a la que ya me he referido, relacionada con la memoria de trabajo y con la atención. En lo que se puede englobar bajo el nombre de *corteza prefrontal medial* (la región con más importancia integradora) hay que distinguir a su vez varias regiones; la región medial propiamente dicha (en la que pueden distinguirse a su vez varias zonas) la porción ventral y la porción órbito-frontal. La parte anterior del cíngulo (ACC) suele considerarse funcionalmente como una prolongación de la porción medial y de hecho se encuentra situada inmediatamente por detrás de la misma. Aunque en el reducido espacio de este artículo es imposible adentrarse en la complejidad funcional de las regiones prefrontales (el lector puede encontrar una breve reseña de las mismas en la Tabla 3, así como algunas referencias bibliográficas útiles para orientarse en esta materia), sí que quiero resaltar que en la corteza prefrontal nos encontramos con el sustrato anatómico de las principales funciones integradoras del cerebro humano. Por tanto, su comprensión va a resultar imprescindible a la hora de manejar los conceptos y los esquemas mentales que ya comienzan a perfilarse como los protagonistas de una psicoterapia basada en los conocimientos del funcionamiento cerebral y que forma parte de lo que se ha denominado *Neurobiología Interpersonal*.

Otra manera de sistematizar el papel funcional que desempeña la corteza prefrontal es destacar una serie de funciones que correlacionan con la actividad de esta parte del cerebro. Esto es lo que hace Siegel en su libro *The Mindful Brain* (2007), en el que enumera nueve funciones de la corteza prefrontal medial. Estas funciones son las siguientes: Regulación corporal, comunicación sincronizada con otras mentes a través de procesos de resonancia, equilibrio emocional, flexibilidad de respuesta, empatía, auto-conocimiento (insight), modulación del miedo, intuición y moralidad. Siegel considera que todas estas funciones están relacionadas con *mindfulness* (en este artículo he hecho referencia a la mayoría de ellas) y que, además, las siete primeras también tienen que ver con las relaciones parento-filiales del apego seguro. Esta confluencia no hace sino corroborar lo que he descrito en el apartado sobre la empatía; si en el apego seguro (entre padres e hijos, entre paciente y terapeuta o entre profesor y alumno) se produce una sincronización interpersonal, en el caso de *mindfulness* existe una sincronización interna con uno mismo, en la que se facilita la integración de todos los sistemas neurales para que el sistema nervioso en su conjunto funcione de una manera coherente. Como afirma Siegel, *mindfulness puede favorecer las relaciones sanas entre individuos a través de una*

Región	Función	Referencias
Prefrontal medial	Metacognición	
Zona posterior	Representa y actualiza el valor de las posibles <i>acciones</i> futuras, a fin de regular la conducta	Amodio y Frith, 2006
Zona anterior	Monitoriza el propio estado emocional, la percepción de los otros y los estados mentales de otros (mentalizing, teoría de la mente)	Amodio y Frith, 2006
Zona orbital	Representa y actualiza el valor de los posibles <i>resultados</i> futuros	Amodio y Frith, 2006
ACC Corteza anterior del cíngulo	Atención a la acción, selección de respuestas, procesamiento del dolor, cambios afectivos	Devinsky, Morrell y Vogt, 1995
OFC Corteza orbitofrontal	Toma de decisiones. Valor motivacional de los estímulos. Modulación del sistema nervioso autónomo Flexibilidad de las respuestas	Bechara, Damasio y Damasio, 2000 Schoenbaum y Setlow, 2001 Schore, 1994 Nobre y cols., 1999 Siegel, 1999
VPFC Corteza prefrontal ventromedial	Regulación de los estados de ánimo negativos	Urry y cols. 2006
DLPFC Corteza prefrontal dorsolateral (especialmente derecha)	Memoria de trabajo. Puesta en marcha de estados de alerta y regulación de los niveles de activación	Petrides, 2005 Blumenfeld y Ranganath, 2006 Raz y Buhle, 2006

Tabla 3. Principales subdivisiones de la corteza prefrontal y funciones asociadas. La tabla muestra algunas de las funciones relacionadas con distintas zonas de la corteza prefrontal y referencias pertinentes.

serie de mecanismos, como la empatía incrementada, el equilibrio emocional, la flexibilidad de respuestas y una predisposición mental a la aproximación.

Una conclusión tentativa y esperanzadora.

Mi hipótesis, a la vista de los conocimientos neurobiológicos que he expuesto en este trabajo, es que con la práctica prolongada de *mindfulness*, se producen cambios neurológicos duraderos en diversas zonas cerebrales cruciales para los procesos de integración, cambios que, yendo más allá de la actividad concreta que los provocó, acaban modificando una gran cantidad de comportamientos y formas de reacción del individuo, de manera que tienen un efecto multiplicador sobre su vida y sus relaciones interpersonales, debido precisamente a la gran repercusión que poseen, por su propia naturaleza, los procesos integradores cerebrales. Un símil

deportivo, creo que apropiado aunque algo burdo, sería el de comparar la meditación con la práctica de la gimnasia. La musculatura adquirida dentro del recinto de un gimnasio, puede tener notables repercusiones en el rendimiento del individuo en diversas actividades deportivas (fútbol, natación, atletismo, etc.), aparentemente muy alejadas de los ejercicios que originalmente promovieron el desarrollo muscular.

Así se comprendería la importancia potencial de la meditación para muchas actividades humanas en las que el desarrollo óptimo del sistema nervioso desempeña un papel crucial. No sólo es interesante en psicoterapia, sino que también se está abriendo paso en el mundo de la educación (Langer, 1997). Recordemos que William James, hace más de cien años, ya afirmó que el cultivo de la atención sería *l'education par excellence*. *Mindfulness* ya está comenzando a aplicarse en los niños en edad escolar, aunque de momento, su repercusión cuantitativa sea aún bastante limitada. Es obvio que muchas de estas suposiciones razonables requieren de una confirmación experimental más fundamentada de la que ahora disponemos. Pero creo que ya podemos afirmar que nos encontramos ante la eclosión de un fenómeno que va a modificar sustancialmente la manera de enfocar muchas actividades humanas, entre ellas la psicoterapia, que es la que más nos interesa en este contexto.

En la actualidad asistimos a la introducción de las técnicas de mindfulness en la educación, la psicoterapia y en todo el ámbito científico en general. Una de las razones de este auge son los conocimientos proporcionados por las modernas técnicas de investigación neurobiológica. En este trabajo revisamos algunos de los efectos de mindfulness sobre los procesos perceptivos (apertura a la novedad), el estilo afectivo (afecto positivo y aproximación), la inmunidad (incremento) y la empatía (facilitación). Los hallazgos neurobiológicos sugieren que la práctica de mindfulness activa y fortalece diversas regiones cerebrales (especialmente la corteza prefrontal) encargadas de los procesos integradores más específicamente humanos, provocando cambios morfológicos duraderos de la corteza cerebral y en los hábitos mentales. Todos estos hallazgos enriquecen y confluyen en la Neurobiología Interpersonal que, al integrar conocimientos procedentes de campos muy diversos, se está revelando como una valiosa fuente de conocimientos para la práctica clínica de la psicoterapia.

Palabras Clave: Atención plena, empatía, inmunidad, estilo afectivo, corteza prefrontal, psicoterapia, neurobiología interpersonal.

Referencias Bibliográficas.

- ADOLPHS, R. (2002). Neural systems for recognizing emotions. *Current Opinion in Neurobiology*, 12: 169-177.
- BECHARA, A., DAMASIO, H., & DAMASIO, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3): 295-307.
- 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.
- BLAKEMORE, S-J. & DECETY, J. (2001). From the perception of action to the understanding of intention. *Nature*

Reviews Neuroscience, 2: 561-567.

- BLUMENFELD, R. S., & RANGANATH, C. (2006). Dorsolateral Prefrontal Cortex Promotes Long-Term Memory Formation through its Role in Working Memory Organization. *The J. of Neuroscience*, 26 (3): 916–925.
- BORGES, J. L. (1989). Two English Poems, El otro, el mismo. O. C. II. Barcelona: Emecé.
- BRAHM, A. (2006). *Mindfulness, Bliss and Beyond*. Wisdom Publications. Boston.
- BREFCZYNSKI-LEWIS, J. A., LUTZ, A., SCHAEFER, H. S., LEVINSON, D. B. & DAVIDSON, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *PANAS*, 104: 11483-11488.
- CHAH, A. (2002). *Food for the Heart. The Collected Teachings of Ajahn Chah*. Wisdom Publications. Boston.
- CHODRON, P. (1996). *Awakening lovingkindness*. Shambhala Publications. Boston.
- DAVIDSON, R. J., COE, C. C., DOLSKI, I. & DONZELLA, B. (1999). Individual Differences in Prefrontal Activation Asymmetry Predict Natural Killer Cell Activity at Rest and in Response to Challenge. *Brain, Behavior and Immunity*, 13: 93-108.
- DAVIDSON, R. J., KABAT-ZINN, J., SCHUMACHER, J., ROSENKRANZ, M., MULLER, D., SANTORELLI, S. F., URBANOWSKI, F., HARRINGTON, A., BONUS, K. & SHERIDAN, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570.
- DECETY, J. & JACKSON, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3 (2): 71-100.
- DEVINSKY, O., MORRELL, M. J., & VOGT, B. A. (1995). Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour. *Brain*, 118: 279-306.
- ENGEL, A. K., FRIES, P. & SINGER, W. (2001). Dynamic predictions: Oscillations and synchrony in top-down processing. *Nature Reviews Neuroscience*, 2: 704-716.
- FRITH, U. & FRITH, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Phil. Tran. R. Soc. Lond. B* 358: 459-473.
- FRITH, C. D. & FRITH, U. (2006). The Neural Basis of Mentalizing. *Neuron*, 50: 531-534.
- GALLESE, V. (2003). The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity. *Psychopathology*, 36: 171-180.
- GALLESE, V., FADIGA, L., FOGASSI, L., & RIZZOLATI, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*. 119 (2): 593-609.
- GARCÍA PALACIOS, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental. *eduPsyché*, 5 (2): 255-271.
- GERMER, C. K., SIEGEL, R. D., & FULTON, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford.
- HANH, T. N. (1987). *The Miracle of Mindfulness*. Beacon Press. Boston.
- HAYES, S., STROSAHL, K., & HOUTS, A. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer.
- IACOBONI, M., MOLNAR-SZAKACS, I., GALLESE, V., BUCCINO, G., MAZZIOTTA, J.C. et al. (2005). Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biol.* 3(3): e79.
- JACKSON, D. C., MUELLER, C. J., DOLSKI, I., DALTON, K.M., NITSCHKE, J. B., URRY, H. L., ROSENKRANZ, M. A., RYFF, C. D., SINGER, B. H. & DAVIDSON, R. J. (2003). Now you feel it, now you don't: Frontal Brain Electrical Asymmetry and Individual Differences in Emotion Regulation. *Psychological Science*, 14 (6): 612-617.
- JACKSON, D. C., JACKSON, C. A. B., SCHWAB, G., & DAVIDSON, R. J. (2006). Resting frontal brain asymmetry as a predictor of ability to regulate negative affect. *SPR Abstracts*, S11.
- KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta Book Publishing. New York.
- KABAT-ZINN, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós. Barcelona.
- KANG, D-H., DAVIDSON, R. J., COE, C. L., & ERSHLER, W. B. (1991). Frontal Brain Asymmetry and Immune Function. *Behavioral Neuroscience*, 105 (6): 860-869.
- LANGER, E. J. (1997). *The power of mindful learning*. Da Capo Press, Cambridge, MA.
- LAZAR, S. W., KERR, C. E., WASSERMAN, R. H., GRAY, J. R., GREVE, D. N., TREADWAY, M. T., MCGARVEY, M., QUINN, B. T., DUSEK, J. A., BENSON, H., RAUCH, S. L., MOORE, C. I., & FISCHL, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*; 16 (17): 1893-1897.
- LINEHAN, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford. New York.
- LUTZ, A, DUNNE, J. D., & DAVIDSON, R. J. (2007). Meditation and the Neuroscience of Consciousness: An Introduction. En: Zelazo, P., Moscovitch, M., & Thompson, E. *The Cambridge Handbook of Consciousness*. Cambridge University Press. Cambridge, New York.
- LUTZ A., GREISCHARL, RAWLINGS N., RICARD M. & DAVIDSON R. J. (2004). Long-term meditators self-

- induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *PNAS*, 101: 16369-16373.
- MICHAELS, R. R., PARRA, J., MCCANN, D. S., & VANDER, A. J. (1979). Renin, Cortisol, and Aldosterone During Transcendental Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 41 (1): 50-54.
- OBIOLS, J. E. & POUSA, E. (2005). La Teoría de la Mente como módulo cerebral evolutivo. En: J. Sanjuán y C. J. Cela. *La Profecía de Darwin*. Ars Medica. Barcelona.
- PESSOA, F. (1987). *El libro del desasosiego*. Seix-Barral. Barcelona.
- PETRIDES, M. (2005). Lateral prefrontal cortex: architectonic and functional organization. *Phil. Trans. R. Soc. B* 360, 781–795.
- PRIETO, J. M. (2007). Psicología de la meditación, la psique de vuelta a casa. *InfocopOnline – Revista de Psicología*, nº 33.
- PORGES, S. W. (2003a). Social Engagement and Attachment. A Phylogenetic Perspective. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1008: 31-47 (2003).
- PORGES, S. W. (2003b). The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79: 503-513.
- REYNOLDS, J. M. (2005). *The Oral Tradition from Zhang-Zhung*. Vajra Publications. Thamel, Katmandú.
- RAMACHANDRAN, V. S. (2000). Mirror neurons and imitation learning as the driving force behind "the great leap forward" in human evolution. *Edge* 69. <http://www.edge.org/>
- RAZ, A., & BUHLE, J. (2006). Typologies of attentional networks. *Nature Neuroscience*, 7: 367-379.
- RIZZOLATI, G. (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol*, 210 (5-6): 419-21.
- RIZZOLATTI, G., & CRAIGHERO, L. (2004). The mirror-neuron system. *A. R. of Neuroscience*, 27: 169-192.
- RIZZOLATTI, G., FADIGA, L., GALLESE, V., & FOGASSI, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3 (2): 131-141.
- SALZBERG, S. (1995). *Lovingkindness: The Revolutionary Art of Happiness*. Shambhala Publications. Boston.
- SCHOENBAUM, G., & STELOW, B. (2001). Integrating orbitofrontal cortex into prefrontal theory: common processing themes across species and subdivisions. *Learning and Memory*, 8(3): 134-147.
- SCHORE, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Lawrence Earlbaum, Hillsdale.
- SEGOVIA, S. (2004). Meditación y psicoterapia. En: *Crecimiento Personal: Aportaciones de Oriente y Occidente*. Ed. Mónica Rodríguez-Zafra. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, J. M. G., & TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- SIEGEL, D. J. (1999). *The Developing Mind*. The Guilford Press. New York. London.
- SIEGEL, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1–2): 67–94.
- SIEGEL, D. J. (2007). *The Mindful Brain*. Norton & Company. New York. London.
- SIMÓN, V. (2002). La depresión como oportunidad. En: *Depresión. Estado Actual*. Ed.: Federico Pallardó. Fundación Valenciana de Estudios Avanzados. Valencia.
- STUSS, D. T., & BENSON, D. F. (1986). *The frontal lobes*. Raven Press. New York.
- SUTTON, S. K., & DAVIDSON, R. J. (1999). Prefrontal Brain Asymmetry: A Biological Substrate of the Behavioral Approach and Inhibition Systems. *Psychological Science*, 8 (3): 204-210.
- SUZUKI, S. (2000). *Zen Mind, Beginner's Mind*. Weatherhill. New York. Thich Nhat Hanh (2000). *El corazón de las enseñanzas de Buda*. Oniro. Barcelona.
- TOMARKEN, A. J., DAVIDSON, R. J., & HENRIQUES, J. B. (1990). Resting frontal brain asymmetry predicts affective responses to films. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 791-801.
- TOMARKEN, A. J., DAVIDSON, R. J., WHEELER, R. E., & DOSS, R. C. (1992). Individual differences in anterior brain asymmetry and fundamental dimensions of emotion. *J. of Pers. and Social Psych.*, 62: 676-687.
- URRY, H. L., NITSCHKE, J. B., DOLSKI, I., JACKSON, D. C., DALTON, K. M., MUELLER, C. J., ROSENKRANZ, M. A., RYFF, C. D., SINGER, B. H., & DAVIDSON, R. J. (2004). Making a Life Worth Living. Neural Correlates of Well-Being. *Psychological Science*, 15 (6): 367-372.
- URRY, H. L., VAN REEKUM, C. M., JOHNSTONE, T., KALIN, N. H., THUROW, M. E., SCHAEFER, H. S., JACKSON, C. A., FRYE, C. J., GREISCHAR, L. L., & ALEXANDER, A. L. (2006). Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex Are Inversely Coupled during Regulation of Negative Affect and Predict the Diurnal Pattern of Cortisol Secretion among Older Adults. *The J. of Neuroscience*, 26 (16): 4415-4425.
- VALLEJO, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2): 92-99.
- WHEELER, M. A., STUSS, D. T., & TULVING, E. (1997). Toward a Theory of Episodic Memory: The Frontal Lobes and Autoeitic Consciousness. *Psychological Bulletin*, 121: 331-354.

LA ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) COMO INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA ALIVIAR EL SUFRIMIENTO Y MEJORAR LA CONVIVENCIA

María Teresa Miró
Universidad de La Laguna
mtmiro@ull.es

Entonces, cuando las ocupaciones nos muestran su esencial vacuidad y los placeres su dispersión, descubrimos el tiempo.

María Zambrano (1987)

Mindfulness refers to a state of mind in which awareness (the observing I) is receptive to the present moment and it is open to the ongoing flux of events. Mindfulness is a psychological skill that requires practice, like learning to play piano. Historically, it has been cultivated in the contemplative traditions and, today it has emerged as a clinical intervention in psychotherapy and health psychology. How to work with mindfulness from different psychotherapeutic models as well as ideas about its operating mechanisms are reviewed. Likewise, it is stated that mindfulness is congruent with the new historical time in which we live now: the continuous present.

Key words: *mindfulness, clinical intervention, meditation, attunement.*

INTRODUCCIÓN

La atención plena o “*mindfulness*” es la traducción al castellano o al inglés de la palabra “*Sati*” en pali, la lengua, hoy extinguida, en la que están recogidos los textos budistas. Esta palabra designa una actividad, pero no es fácil describir esta actividad, porque la palabra “*sati*” no tiene un equivalente exacto en inglés, ni en castellano. Además, la actividad que designa es una actividad no-conceptual y no-lingüística que es más fácil experimentar que describir con palabras. No es lo mismo

lo que sabemos, que lo que podemos decir sobre lo que sabemos, siguiendo la distinción entre conocimiento por familiaridad versus conocimiento por descripción (Polanyi, 1958). Todos estamos familiarizados con *mindfulness*, porque hace referencia a estar en contacto con la realidad del momento presente y a tener conciencia de lo que se está haciendo; así, todas las personas practican *mindfulness* o atención plena, en mayor o menor grado, pero esto no quiere decir que sepan lo que están haciendo de un modo explícito.

La atención plena tiene que ver con la calidad de la conciencia con la que vivimos nuestras vidas. Podemos vivir con “piloto automático” o podemos vivir con atención plena. La diferencia está en la forma en la que estamos presentes en nuestra experiencia. En el primer caso, estamos nada más que de cuerpo presente mientras la mente está quién sabe dónde. En el segundo caso, en cambio, estamos presentes en nuestra experiencia con todos nuestros sentidos. Estar presente, en castellano, tiene la doble acepción de estar en el momento presente, pero también de estar con presencia. Ambas cosas tienen que ver con la atención plena. Así mismo, la atención plena también se refiere a lo que Damasio (1999) ha llamado “*la sensación de ser en el conocer*”, que se produce en el nivel de la conciencia central o nuclear.

Durante las últimas décadas, la atención plena (*mindfulness*) ha sido introducida en numerosos programas de mejora de la salud y también en tratamientos psicológicos para hacer frente a diversos trastornos mentales (ansiedad, depresión, estrés, etc.). En este trabajo, me propongo exponer la atención plena (*mindfulness*) como una intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia, sin olvidar el contexto budista en el que emerge. Así expondré la forma en la que se trabaja desde esta noción en los modelos terapéuticos que utilizan *mindfulness* como elemento clave. Las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la atención plena o *mindfulness* más extendidas, que han sido descritas en forma de manual y que cuentan con apoyo empírico son las siguientes: La reducción de estrés basada en la atención plena (Kabat-Zinn, 1982, 1990), la terapia cognitiva basada en la atención plena (Segal, Williams y Teasdale, 2002), la terapia conductual dialéctica (Linehan, 1993a y 1993b) y la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). No obstante, la orientación hacia el presente también ha sido utilizada en el contexto de las terapias humanistas, incluyendo la terapia *gestalt* (Perls, 1969). Además, es objeto de interés y debate entre los psicoanalistas actuales (Safran, 2003; Stern, 2004). Por tanto, no es correcto pensar que la atención plena en psicoterapia tiene que ver nada más con los primeros cuatro enfoques mencionados. Pero antes de seguir me gustaría dejar claro cuál es mi mensaje residual. Desde el punto de vista de la retórica, un mensaje residual es lo que el/la lector/a recordará después de que olvide mis palabras y olvide incluso que leyó este artículo.

La esencia de mi mensaje es que la atención plena (*mindfulness*) representa la situación de observación mínima y necesaria para la auto-observación terapéutica; es decir, para desarrollar el “yo observador” y facilitar el conocimiento de uno/a

mismo/a a través de la comprensión de la propia experiencia.

Si esta tesis es correcta, nos encontramos no sólo ante una nueva generación de terapias, según la expresión tan común en la actualidad, sino a las puertas de un nuevo marco para la integración de las psicoterapias. No en el sentido usual de buscar un modelo integrador, sino en el sentido de comprender los ejes claves de toda psicoterapia eficaz. Pero antes de entrar en detalle en la exposición de la atención plena, quiero detenerme en tres aspectos que me parecen centrales para entender los obstáculos con los que tropieza la comprensión de la atención plena.

OBSTÁCULOS PARA LA COMPREENSIÓN DE LA ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS)

Desde mi punto de vista, los obstáculos principales para entender la atención plena son: la aceleración de la historia, la persistencia del dualismo y la identificación con el ego.

La aceleración de la historia

El historiador Koselleck (2003), entre otros, ha puesto de manifiesto que, a lo largo de la modernidad, debido a la secularización y a que el hombre moderno ha vivido pensando en el futuro y obsesionado por el progreso, se ha producido un proceso de aceleración de la historia. Veamos.

Al desenganchar la razón de la vida, el marco racionalista permitió al hombre moderno vivir más en el futuro que en el presente. Como dijo Ortega y Gasset, durante la modernidad, la conciencia se hizo “*futuriza*”. El futuro es el lugar en el que la vida se vive anticipadamente. Estamos en el futuro con la imaginación y el pensamiento, y el pensamiento cosifica la realidad y la convierte en objetos disponibles para la manipulación. En lugar de vivir en la sorpresa del vivir, los acontecimientos se pre-viven, se anticipan en la imaginación y, de este modo, vivir se convierte en intentar hacer que la vida se asemeje a lo imaginado. Además, esta forma de funcionar estuvo promovida por la fe en el progreso ilimitado, que facilitaba la vivencia de que hay algo, “otro” tiempo u “otro” espacio, distinto del actual que conquistar. De este modo, la conciencia se desengancha todavía más de la vida. Entonces, cuando la conciencia se desliga de lo que acontece en el presente, el pensamiento y la imaginación pueden correr muy rápido, porque viajan por autopistas virtuales (ver Simón, 2003). Como consecuencia, hemos asistido a un proceso de aceleración de la historia, que las nuevas tecnologías de la comunicación han exacerbado todavía más.

Este proceso de aceleración consiste en la experiencia de una constante anticipación del futuro, que se convierte en pasado muy rápido. Se produce, así, la experiencia de estar en una permanente ruptura entre la experiencia pasada y las expectativas de futuro. Esto produce una sensación de estar perdido. Como decía Ortega y Gasset “*lo que nos pasa es que no sabemos lo que nos pasa*”. En otras

palabras, la realidad se experimenta como una continua discrepancia entre lo pensado y lo vivido, que dispara todavía más el juicio y el pensamiento.

M. Yourcenar, en su novela histórica *Opus Nigrum*, cuenta como al final de la Edad Media, unos obreros organizaron una huelga porque los nuevos telares les obligaban a mover las manos y las piernas al mismo tiempo y sentían que el cuerpo humano no estaba hecho para eso. Si se compara esta situación con nuestro momento actual, se ve que la densidad del tiempo ha cambiado. La densidad hace referencia a la cantidad de información o de cosas que caben por unidad de tiempo. Cuanto mayor es la densidad del tiempo, más se expande la conciencia.

La expansión de la conciencia, que se ha producido con la aceleración de la historia, tiene, en su corazón mismo, un cambio en el sentido del tiempo. Digámoslo de modo resumido, el tiempo en el que vive la conciencia ya no es el futuro, como durante la modernidad, sino que es el presente. Se trata de un cambio del tiempo histórico. Este cambio está fomentado también por el declive de la creencia en el progreso ilimitado, debido a la amenaza de una catástrofe nuclear (o ecológica) irreversible. La historia ha perdido su *telos*, es decir, su sentido de un fin. El único fin ahora es seguir siendo. Ha emergido el presente continuo. En este marco, el presente emerge como una experiencia única, como el único tiempo en el que estamos vivos y nos convertimos en nosotros mismos/as.

Husserl, el fundador de la fenomenología, se dio cuenta de que si Descartes hubiera llegado, de verdad, hasta la realidad radical última de la conciencia no hubiera encontrado el pensamiento; sino que hubiera encontrado el tiempo que lo envuelve. La conciencia temporal constituye el sustrato último de la conciencia. En otras palabras, todos los procesos mentales descansan sobre la conciencia temporal, como islas que se levantan sobre el océano del tiempo.

La cuestión relevante que la anterior metáfora pone de manifiesto es que la conciencia en sí misma no contiene el tiempo. El tiempo es el océano que envuelve a la conciencia. La forma en la que la conciencia trabaja es lanzando las cosas al pasado. Tan pronto como se forma una imagen clara, la conciencia la convierte en objeto, la cosifica, queda fijada y pertenece al pasado. Por eso, el presente es un espacio muy estrecho que tan pronto como se clarifica, se ha ido. Husserl mostró que el ámbito mental está constituido por la intencionalidad. En el núcleo del trabajo de la conciencia, hay un proceso por el cual, al centrar la atención, la conciencia forma una intención a través de la cual se constituyen el pasado, el presente y el futuro (Varela, 1999). Este es el punto que necesitamos entender mejor si hemos de apreciar el presente no sólo como el único tiempo en el que vivimos, sino que además sentimos y sabemos que lo hacemos. Aquí reside el potencial de *mindfulness* o atención plena.

Cuando empezamos a hacernos conscientes de una imagen mental (ya provenga de un objeto externo o de la fantasía), antes de que podemos identificarla y decir “ah, esto es x”, existe un instante brevísimo en el que vemos la imagen tal y como

es, en el presente. Este instante es *mindfulness*, la atención plena. Con el entrenamiento adecuado en meditación, se puede aprender a prolongar este instante, y beneficiarse de la riquísima información que contiene. Pero, en el proceso habitual de percepción este instante pasa desapercibido, porque estamos acostumbrados a funcionar desde dentro del dualismo.

El obstáculo del dualismo

El dualismo es la posición epistemológica que toma la separación entre el observador y lo observado como punto de partida, para explicar el conocimiento. Esta posición filosófica está tan profundamente arraigada en el pensamiento occidental que resulta difícil cuestionarla. Nos parece completamente natural ver que la realidad está ahí fuera, constituida ya como objetos, y que nosotros estamos aquí, en el otro lado, constituidos ya como sujetos. No nos damos cuenta de que: 1) detrás de esta forma de ver hay más de veinte siglos de historia del pensamiento occidental, 2) la realidad aparece primero, antes que nada, de forma ambigua, y 3) construir significado es esencialmente “desambiguar” la realidad (Weimer, 1977).

Desde dentro de la posición dualista no es posible entender el funcionamiento del sistema nervioso, como Maturana y Varela (1994) pusieron de manifiesto al introducir la noción de “autopoesis” y como muestra la neurociencia actual. Tampoco se puede entender lo que *mindfulness* o atención plena es.

La cuestión clave es que en el primer instante de la experiencia, en el nivel de la experiencia inmediata o experiencia directa, no hay separación entre el observador y lo observado. Como Maturana ha explicado tantas veces, en el primer nivel de la experiencia no es posible distinguir entre percepción e ilusión; establecemos esta distinción después cuando comparamos una primera percepción con una segunda y nos damos cuenta de que la primera fue un error. Pero en el primer instante de la observación, no hay separación entre observador y observado. Esta separación ocurre después. Veamos este punto con mayor detalle por medio de un ejemplo.

Imaginemos que le invito a probar una fruta exótica de Brasil que usted nunca ha probado antes. Imaginemos también que usted acepta la invitación. Observa la fruta, coge un trozo, se lo pone en la boca y empieza a saborearlo. Mientras usted está haciendo esto, está teniendo una experiencia directa de la fruta y de usted como una unidad. Al experimentar la fruta, usted es la fruta, por decirlo así. Todo esto sucede sin palabras; tal vez, algún gesto, pero sin palabras. A continuación, le pregunto qué le ha parecido la fruta. En ese momento, usted tiene que recurrir a su memoria y a sus conceptos para poner la experiencia en palabras y puede decir, por ejemplo, “ah esta cosa me recuerda al maracuyá, o es parecido al plátano, está amargo o es dulce, etc.”. En el momento en que intenta poner la experiencia de la fruta en palabras, usted deja de ser uno/a con la fruta y pasa a otro plano. Pasa al plano conceptual, en el que la fruta emerge como un objeto y usted como un sujeto. En este plano, utiliza palabras para describir su experiencia de la fruta, pero las

palabras no son su experiencia. Las palabras traducen el mundo de la experiencia a una versión codificada que ya no es la experiencia. Cuando traducimos las experiencias en palabras, y pasamos al plano conceptual, distinguimos entre la fruta que es comida (objeto) y usted que es quien se la come (sujeto). Pero, en el plano de la experiencia, al saborear la fruta, usted es uno/a con la fruta. No hay separación. No hay evaluación, ni distinción. No hay observador, ni observado. Hay la sensación de la fruta; una sensación inmediata, directa, pura. Cuando sentimos algo, como una sensación inmediata, directa y pura, estamos con atención plena o “*mindfulness*”. Atender a este nivel de las sensaciones con atención plena nos conduce al corazón de la realidad que somos (Hanh, 1974).

Damasio (1999) ha ilustrado este mismo aspecto del funcionamiento de la experiencia inmediata, de la conciencia central, por medio de un poema de T.S. Eliot: *O la casacada, o música tan adentro escuchada/ que no se escucha nada aunque tú eres la música/ mientras dura la música*. En otras palabras, cuando se escucha la música con atención plena, la experiencia no es una experiencia dual de un sujeto escuchando un objeto, sino que es una experiencia inmediata de unidad o de integración con la música. Esta experiencia es no-conceptual y no-dual. También es, en gran medida, inefable y sólo puede ser transmitida por medio de metáforas, teniendo en cuenta que el lenguaje en sí ya es una metáfora.

La principal consecuencia de funcionar dentro del dualismo y de no ser conscientes de que la distinción entre observador y observado es posterior a la experiencia inmediata, es que se produce una escisión interna que nos lleva a sentirnos separados de todo lo que nos rodea. La realidad se convierte en aquello que nos obstaculiza y el sentido de ser uno/a mismo/a emerge al sentirnos en lucha con los obstáculos, anhelando siempre aquello que emerge como “lo otro”. Esta situación produce una sensación de malestar existencial, de distancia o de carencia permanente. A su vez, este malestar existencial produce dos tipos de movimientos emocionales; por un lado, produce atracción o apego cuando lo “otro” se percibe como fuente de bienestar capaz de paliar la sensación de carencia; y por otro lado, produce rechazo cuando “lo otro” es considerado fuente de sufrimiento y malestar. Por eso, esta dinámica, propia del dualismo, nos impide ver las cosas tal y como son en nuestra experiencia, porque la visión está impregnada de atracción o rechazo.

La identificación con el *ego*

Al hablar de *ego*, no me estoy refiriendo al concepto psicoanalítico del *ego* y tampoco me estoy refiriendo al yo observador, porque como veremos para acceder a la posición del yo observador es necesario cultivar una disciplina de auto-observación. Me estoy refiriendo a la imagen que tenemos de nosotros mismos, almacenada en la memoria y construida principalmente a partir de cómo nos hemos sentido vistos y tratados por los demás, especialmente por los otros significativos. Esta forma de hacer referencia al *ego* es similar a la utilizada por Simón (2001) y

resulta cercana a lo que Damasio (1999) llama memoria autobiográfica.

La memoria autobiográfica tiene zonas conscientes, a las que tenemos acceso por medio del lenguaje, pero tiene también zonas no-articuladas en palabras. La no-articulación lingüística de estas otras zonas de la memoria que permanecen en la sombra, puede ser debida a varias cosas: a) que pertenecen a aspectos somáticos, sensoriales y de saber hacer (saber cómo, conocimiento por familiaridad) que se adquieren antes de que emerja la capacidad de articular las experiencias en palabras, b) que sencillamente no se les ha prestado atención porque no son problemáticas y c) que no se les presta atención y se evitan, precisamente porque son problemáticas, es decir, activan emociones desagradables. Por esta razón, el modelo mental que construimos sobre nosotros mismos no debe ser entendido como un reflejo fiel de los hechos.

Cuando articulamos en palabras nuestra experiencia, producimos una historia en la que somos el personaje que aparece en esa historia, como Ricoeur (1991) ha puesto de manifiesto al hablar de una identidad narrativa. En otras palabras, la identidad del personaje se construye conjuntamente con la trama. Hasta aquí ningún problema, porque la narración es un instrumento clave para ordenar la experiencia y los acontecimientos de nuestra vida; además como Ricoeur (1991) ha puesto de manifiesto, al hablar de los límites de la identidad narrativa, el relato que producimos acerca de nosotros mismos es siempre incompleto y admite varias versiones. El problema aparece cuando la conciencia se identifica con el personaje que uno/a se narra a si mismo/a (u a otros); en este caso, se produce una situación en la que las emociones se ponen al servicio del personaje con el que nos hemos identificado, el *ego*.

Cuando se produce la identificación con un personaje uno pasa a depender de su ensueño de sí; más que de lo que vive, que requiere estar en contacto con el presente, pasa a depender de lo que sueña, que depende de lo que aparece en la autopista virtual de su imaginación. Así, el que se cree ser alguien, en este sentido, entra en un extraño juego de espejos entre si mismo/a y su personaje. Cuando se identifica con su personaje, uno/a mismo/a necesita convencerse de que es quien cree ser, y para eso necesita la colaboración de los demás, que se convierten en su público. La realidad se transforma en momentos en los que poner a prueba el personaje, el *ego* y resultan especialmente valiosas aquellas situación en las que los demás le devuelven la imagen de sí que constituye su ensueño. Cuando la conciencia se identifica con el personaje, toda la realidad se trasforma al ser tocada por la novelería del personaje (Zambrano, 1986).

Cuando la conciencia se encuentra sometida a las exigencias del *ego*, la percepción de una imagen (o contenido) mental genera una reacción emocional (más o menos automática) que es positiva o negativa en función de si confirma o cuestiona el sentido establecido del *ego*. Como explica Simón (2001), para la conciencia, esta situación es similar a la de la persona que recibe un regalo (un contenido mental) envuelto en un papel perfumado (la reacción emocional).

Cuando la persona abre el paquete, el perfume ya ha impresionado su sentido del olfato. El vínculo de la conciencia con los contenidos del *ego* es lo que llamamos “identificación” y la fuerza de ese vínculo la suministran las emociones.

Así, la identificación con el *ego* crea un marco de referencia dentro del cual somos como una mosca atrapada en una botella de cristal, que intenta salir porque lo ve todo claro, pero tropieza una y otra vez con el cristal. Para romper o liberarse de ese vínculo emocional, para “desidentificarse” de él, es necesario crear una situación de observación en la que la conciencia pueda percibir la imagen (o contenido) mental como algo distinto de la reacción emocional que suscita. Esta situación de observación es “*la única maniobra que libera a la conciencia de la servidumbre de la emoción*” (Simón, 2001, pág. 210).

De este modo, cuando la conciencia descubre el cuello de la botella de cristal y comienza a liberarse de la tiranía del ensueño de su personaje (del *ego*), la energía de las emociones queda libre y disponible para ser utilizada al servicio de la lucidez de la conciencia. Esta situación de observación que acabo de llamar “el cuello de la botella de cristal”, en la tradición budista, es la meditación vipassana, “*insight meditation*” o meditación en la atención plena o *mindfulness*.

Así pues, para cultivar la conciencia plena, el primer aspecto importante es no confundir el yo observador con el *ego*. En este texto, el yo observador hace referencia a la conciencia como capacidad de observar la realidad en el momento presente y que, con el adecuado cultivo de una disciplina de auto-observación, permite el acceso a la espaciosidad y lucidez de la conciencia, que es el invariante de la cognición. El yo observador es como el cielo despejado de nubes, utilizando una metáfora tomada prestada del pensamiento budista. En cambio, el *ego* hace referencia a la conciencia identificada con los contenidos emocionales propios de la imagen de sí. No es un cielo despejado, sino cubierto por la nube del personaje que creemos ser y que navega por las autopistas virtuales de la imaginación. La historia de la psicoterapia muestra que llegar a establecer esta distinción no ha sido fácil, porque tradicionalmente se utiliza el término “auto-conciencia” y este término no discrimina entre “el yo observador” y el *ego*.

DEFINIENDO LA ATENCIÓN PLENA (*MINDFULNESS*)

Históricamente, el yo observador y la atención plena han sido cultivados dentro de las tradiciones contemplativas, tanto de oriente como de occidente. En ambas tradiciones, se han creado situaciones de auto-observación que permiten entrar en contacto con el yo observador (Deikman, 1982).

En occidente, dentro de la tradición judeo-cristiana que gira en torno a la creencia en la existencia de un Dios creador, se cultiva una actitud en la cual el creyente no puede dirigirse a Dios de cualquier manera: el creyente sólo puede dirigirse a Dios con la verdad, porque ésta es la única actitud compatible con la creencia en la existencia de un Dios creador, que todo lo ve y que es amor. Así, al

dirigirse a Dios con la actitud correcta, el creyente recibe, a su vez, la luz amorosa de Dios, y esto hace que pueda clarificar su experiencia y entrar en un estado de atención plena. En esencia, esta es la situación de observación utilizada, durante siglos y también ahora, dentro del marco judeo-cristiano para ordenar la experiencia y cultivar estados de atención plena.

En las tradiciones orientales, la situación es ligeramente distinta, porque estas tradiciones no giran en torno a la noción de un Dios creador, sino que parten de la interconexión de todo lo creado y el creyente se siente parte de un todo infinitamente más amplio. Por esta razón, se han desarrollado procedimientos para cultivar la atención plena que no hacen referencia a Dios, sino a la propia mente, especialmente en el budismo. La palabra “budismo” proviene del verbo sánscrito “*budh*”, que en las escrituras védicas significa “saber” y también “despertar”. El que sabe, el que ha despertado es llamado Buda. Así el budismo, además de una religión, es una teoría del conocimiento.

En el marco budista, la meditación en la atención plena (*vipassana*, en sánscrito) se entiende como una práctica disponible a cualquier persona que sirve para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia, por medio del dominio de los estados aflictivos (ansiedad, depresión, desánimo, ira, etc.) y del desarrollo de cualidades positivas, tales como la atención y el darse cuenta, la sabiduría, la compasión y la ecuanimidad. No es sorprendente, por tanto, que el budismo se haya convertido en una riquísima fuente de inspiración para los psicoterapeutas actuales. Sin embargo, los clínicos que han introducido la práctica de la atención plena (*mindfulness*) en el campo de la salud, se han dado cuenta de que numerosas personas que podrían beneficiarse de esta práctica, podrían no estar dispuestas a adoptar el vocabulario ni la perspectiva budista (Kabat-Zinn, 1990). Por esta razón, en los contextos clínicos, las prácticas budistas de meditación en la conciencia plena (*vipassana*) han sido conceptualizadas como habilidades psicológicas, que pueden ser entrenadas de modo independiente de cualquier contexto religioso.

La definición de *mindfulness* o atención plena más utilizada en el campo de los tratamientos psicológicos es la de Kabat Zinn (1990, 2003) que la define como la conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella. Además, la práctica de la atención plena supone, asimismo, dirigir la atención al momento presente que estamos viviendo, con una actitud de compasión, interés, apertura y amabilidad, independientemente de si la experiencia resulta agradable o desagradable (Kabat-Zinn, 2003, 2005). Veamos estos aspectos en mayor detalle con la ayuda del pensamiento budista.

Características de la atención plena o *mindfulness*

Aunque, como acabamos de decir, la atención plena está presente en otras tradiciones contemplativas, la noción de *mindfulness* tal y como está siendo

manejada en la actualidad, en el campo de los tratamientos psicológicos, surge de la meditación vipassana y tiene un significado muy específico.

La primera característica de la atención plena reside en la capacidad de la mente de observar sin juzgar, sin criticar y sin reaccionar a la experiencia tal y como es en el momento presente. Esta capacidad, igual que la capacidad de decir la verdad, existe en todas las personas. Pero no existe en todas las personas de la misma manera. Debido a los condicionamientos culturales, y a los automatismos defensivos producto de la identificación con el *ego*, observar sin juzgar es muy difícil. No se trata de pretender que podamos tener acceso a una perspectiva completamente externa a nosotros mismos, como la de un extra-terrestre o como la del propio ojo de Dios, porque la observación siempre es desde dentro de nosotros mismos/as. Sin embargo, aunque uno/a esté dentro de su experiencia, puede situarse ante ella de distintas maneras. Situarse ante la propia experiencia con una actitud de observar sin juzgar, permite acceder a un plano de la realidad distinto del habitual que, con la práctica, permite observar la experiencia en su desnudez. Así, los instantes de atención plena en los que vemos las cosas tal y como son en nuestra experiencia, son instantes en los que la conciencia se comporta como un espejo, utilizando una metáfora clásica. El espejo refleja la imagen que se le presenta y nada más. No añade nada de su parte. No tiene sesgos.

En la práctica, el desarrollo de la capacidad de observar sin juzgar, ni criticar requiere, el desarrollo de una actitud de compasión, amabilidad y cariño hacia la propia experiencia, como si fuéramos nuestro mejor amigo/a. En la tradición budista, antes de iniciar la práctica de la meditación, se cultiva esta actitud de compasión hacia uno/a mismo/a y hacia los demás.

Para observar la experiencia tal y como es, es necesario antes que nada aceptar la experiencia. Esto es especialmente necesario en los estados emocionales negativos. No es posible observar la propia ansiedad, por ejemplo, si uno/a no acepta que está ansioso/a. Tampoco se puede observar la ira, la tristeza, etc. si se intentan evitar a toda costa. Los estados negativos no-deseados se pueden evitar de muchas maneras. Se pueden negar, inhibir, desplazar, transformar, anestesiarse, etc. Pero de todos los mecanismos disponibles para modular los estados negativos, el más potente y cultivado por el *ego* es la imaginación. La imaginación es un potentísimo mecanismo de regulación emocional que se desarrolla desde la infancia. Por medio de esta capacidad de la mente de “crear” otros mundos, el *ego* crea un tiempo virtual en el que aparece una situación diferente en la que el personaje que uno/a se siente ser proyecta sus anhelos. Las fantasías que provienen del *ego* suelen ser muy rígidas y tener una gran carga afectiva, precisamente porque provienen de la identificación de la conciencia con las emociones, y esta identificación se magnifica por medio de la memoria autobiográfica y la imaginación (Simón, 2001). Pero este viajar por las autopistas virtuales de la imaginación, no tiene que ver con la atención plena. En realidad, la atención plena es lo contrario, es atención al presente. Además, la

atención plena es ecuánime, es decir, no toma partido por unas experiencias u otras. No se aferra a lo que observa como agradable, ni intenta evitar lo desagradable. Atiende a todas las experiencias por igual. En la práctica de la atención plena, se acepta la experiencia tal y como es, ya sea ésta agradable o desagradable, como un suceso que ocurre. Y todos los sucesos son transitorios y no-permanentes.

La atención plena, como ya hemos señalado, es una conciencia no-conceptual, pre-verbal. No se trata de pensar, porque el pensamiento tiene que ver con los conceptos y las palabras. Por eso, tampoco se trata de comparar unas experiencias con otras. Se trata simplemente de observar la experiencia con la mente de un principiante, como si ocurriera por primera vez. Se trata, en definitiva, de sentir de un modo directo e inmediato lo que está sucediendo sin la mediación del pensamiento.

Estas actitudes que venimos mencionando de mente de principiante que observa sin juzgar y que acepta lo que observa resultan difíciles de practicar, porque chocan con nuestras actitudes habituales. Pero no hay que perder de vista que se trata de las condiciones necesarias para hacer el giro que permite la auto-observación terapéutica. Esta nueva actitud queda bellamente ilustrada en el siguiente poema de la tradición sufi, titulado “La casa de huéspedes” y que reproducimos a continuación:

La casa de huéspedes

*El ser humano es una casa de huéspedes.
Cada mañana un nuevo recién llegado.
Una alegría, una tristeza, una maldad
Cierta conciencia momentánea llega
Como un visitante inesperado.
¡Dales la bienvenida y recíbelos a todos!
Incluso si fueran una muchedumbre de lamentos,
Que vacían tu casa con violencia
Aún así, trata a cada huésped con honor
Puede estar creándote el espacio
Para un nuevo deleite
Al pensamiento oscuro, a la vergüenza, a la malicia,
Recíbelos en la puerta riendo
E invítalos a entrar
Sé agradecido con quien quiera que venga
Porque cada uno ha sido enviado
Como un guía del más allá*

La atención plena se mantiene en contacto con lo que ocurre en el presente. Ocurre en el aquí y ahora. Pero, como ya indicamos antes, la habilidad de estar en el presente requiere una actitud receptiva. Hacer un hueco entre el pasado y el futuro. Quedarse libre de preocupaciones y de anticipaciones. Requiere atención a lo que nos pasa y está pasando, para mirar y formular la intención de ver. Por ejemplo, si tengo una imagen mental de mi primer novio en mi mente, estoy recordando y, en

cierto modo, estoy en aquella época y mi mente puede ir saltando de una imagen a otra e ir navegando sin rumbo sobre los recuerdos de la relación. Pero en el instante en que me doy cuenta de que estoy recordando a mi primer novio, estoy con atención plena, porque estoy atendiendo a lo que estoy haciendo ahora. Al atender a la experiencia en el ahora, nos damos la oportunidad de ir entrando en instantes breves en los que nos damos cuenta de lo que pasa y está pasando. Es como emerger en la cresta de la ola del océano del tiempo.

La atención plena no se centra en el *ego*, es decir, tiene lugar sin referencia a conceptos como “yo” o “mío”. Por ejemplo, imaginemos que en este momento yo siento un picor en el brazo derecho. En el modo de conciencia habitual, diríamos “yo siento un picor en el brazo derecho”, pero cuando practicamos la atención plena, y atendemos a las sensaciones tal y como son, notamos la sensación como una sensación que sucede y simplemente notamos “picor”, sin poner un “yo”. Lo que hay es la sensación de picor y nada más. En este caso, hacer referencia al “yo” es añadir un extra a la experiencia desnuda y enfatizar algo obvio. Hacer esto significa distorsionar la situación de observación que la atención plena es, porque introducir el yo supone instalarse en el dualismo, en el que el picor es lo “otro” y el yo es el *ego* que lucha contra el picor; este sentido de lucha o de esfuerzo está unido a las demandas emocionales del *ego*. La atención plena se detiene y se distorsiona en el momento en que añadimos cosas a la experiencia. Se trata de observar exactamente lo que hay, sin distorsión.

La atención plena es un estado de conciencia que carece de metas u objetivos, es decir, no se trata de conseguir nada, ni de llegar a ningún estado particular, como por ejemplo, relajarnos. Cuando queremos llegar a otro estado, creamos una situación en la que no aceptamos el estado en el que estamos (el estado A, por ejemplo, ansiedad) y queremos llegar a otro estado distinto (el estado B, por ejemplo, bienestar); entonces, el problema es cómo ir de A a B. Para ello, se pueden emplear miles de trucos que van desde los saludables, por ejemplo, correr tres kilómetros, hasta los no-saludables, ingerir drogas, etc. Pero el punto importante es que al desear estar en B, no se está aceptando que se está en A. Y esta no aceptación de A forma parte constitutiva del estado A. Por eso, en el contexto de la atención plena se dice que la mejor manera de ir de A a B, es permaneciendo en A. Porque, solamente la permanencia en el estado en que se está con atención plena, permite observar el estado y disolver las reacciones automáticas.

Tich Nath Hanh (1976), un célebre monje budista, en un bello y breve libro, cita el siguiente ejemplo: si cuando uno/a está lavando los platos, está pensando en la taza de té que se tomará al acabar, está cultivando un modo de conciencia en el cual cuando esté tomando el té, estará pensando en el paseo que va a dar después y de este modo, uno/a nunca está en lo que está. Lavar los platos con atención plena significa lavar los platos por el placer de lavar los platos. Kabat-Zinn (1990) utiliza la contraposición entre estar en el “modo de hacer”, con metas y objetivos, y estar

en el “modo de ser”, simplemente siendo. Este último modo implica permitir que la mente se sitúe en un estado receptivo a lo que la experiencia está siendo en este instante, sin introducir un sentido de lucha o esfuerzo. Este es el modo de la atención plena.

La atención plena es conciencia del cambio. Es la observación del fluir de la experiencia. Ver los fenómenos en su devenir, en su movimiento, en su proceso. Por eso no puede ser conceptual, porque el concepto es precisamente el medio por el cual fijamos las cosas, las separamos de su entorno y las convertimos en objetos fijos. Observar el devenir, el proceso, significa ver los fenómenos en su nacimiento, su desarrollo y su decaimiento. Por medio de la atención plena, contemplamos el mundo que se despliega en nuestro interior como procesos que emergen, se despliegan y desaparecen.

La atención plena es una observación participante, porque a la vez que uno/a contempla las propias sensaciones, emociones o pensamientos, los está sintiendo. En síntesis, la atención plena es la participación y la presencia en el proceso de vivir.

Las funciones de la atención plena

El maestro budista Nyanaponika (1975) ha destacado las siguientes funciones de la atención plena: 1) la función de ordenar y denominar los contenidos mentales, 2) la función de utilizar procedimientos no-coactivos y no-violentos, 3) la función de retener y ralentizar los contenidos mentales y, por último, 4) la recta visión.

La primera hace referencia a la función de identificar, ordenar y denominar los contenidos mentales tal como emergen en la conciencia y en el momento en que emergen. La segunda función tiene que ver con la aplicación de procedimientos no-coactivos para vencer los obstáculos que aparecen durante la meditación, tales como el sopor, la somnolencia, las distracciones debidas a estímulos externos o a estímulos internos como sentimientos perturbadores, etc. La tercera función hace referencia a la capacidad para parar y ralentizar la atención, lo cual permite, entre otras cosas, un mejor control de los impulsos así como menor superficialidad en la experiencia. Por último, el cultivo de la atención plena implica también ecuanimidad, en el sentido de dar la bienvenida por igual a los todos los contenidos mentales, independientemente de si son agradables o desagradables.

Otra forma de resumir las funciones de la atención plena consiste en destacar que *sati*, *mindfulness* lleva a cabo, al menos, las siguientes tareas clave: a) recordarnos lo que tenemos que estar haciendo, b) ver las cosas tal y como son y c) ver la naturaleza última de todos los fenómenos. A continuación, exploramos estos aspectos con mayor detalle:

En primer lugar, *sati* se refiere tanto al proceso de la atención plena sin distorsiones, como al proceso de recordarnos devolver la atención al soporte si lo hemos perdido. Para entender este significado, hay que partir del laboratorio de observación que es la meditación *vipassana*. En la meditación en la atención plena, se lleva la atención a un soporte. Aunque el soporte puede ser un objeto visual, un

sonido, una sensación, etc., el soporte más utilizado, cuando se empieza a practicar, es la propia respiración. No es casual que esto sea así, al menos por las siguientes razones: 1) la respiración está asociada a la actividad mental y esto se sabe desde la antigüedad; por ejemplo, los griegos clásicos identificaron la respiración con la *psique*, 2) la respiración acompaña todas las actividades que realizamos y, en función de la acción y del estado mental, respiramos de un modo más rápido y superficial o más lento y profundo, 3) sólo respiramos en el presente, por tanto, facilita el estar centrado/a en el momento presente, 4) la respiración es enormemente sensible a los cambios en el estado mental, por tanto, es una valiosísima fuente de información sobre como nos estamos sintiendo, y 5) entrar en contacto con la propia respiración proporciona una sensación de intimidad con uno/a misma y, por tanto, puede ser utilizada como un anclaje para volver la atención al interior y conectar con uno/a mismo/a en el momento presente.

Cuando se lleva la atención a un soporte y se entrena la atención para que permanezca centrada en el soporte, antes o después, sucede que la atención no se quiere quedar en el soporte y se va a otro lado. Es la atención plena (*mindfulness*) la que nos recuerda que la atención ya no está en el soporte y es la atención plena (*mindfulness*) la que devuelve la atención al soporte. Este instante en el que nos damos cuenta de que la atención ya no está en el soporte, en el contexto de la terapia cognitiva, se denomina *insight* metacognitivo que es una forma de hacer referencia a lo que en castellano llamamos “darse cuenta”. Esta denominación enfatiza el carácter repentino y no intencional del darse cuenta.

El darse cuenta es espontáneo y no se puede forzar, simplemente sucede. La atención, en cambio, es intencional y puede ser dirigida. Tanto la atención como el darse cuenta son aspectos de la atención plena o *sati* y, entre ellos hay una estrecha relación, porque es el hecho de que la atención se encuentra centrada en una sola cosa, lo que permite, por contraste, que suceda el darse cuenta de que ya no lo está. La situación aquí es parecida a aquel chiste en el que se pregunta: “¿Qué es peor que encontrarse un gusano en una manzana?” y la respuesta es: “encontrarse medio”. En efecto, encontrarse medio gusano significa que el otro medio ya nos lo hemos comido. Igual sucede en la meditación, cuando nos damos cuenta de que la atención se ha desviado del soporte, el pensamiento que nos distrajo ya lleva un tiempo fluyendo oculto, de modo inconsciente. Cuando el pensamiento fluye oculto, es fácil entrar en estados de ofuscación mental; por eso, es importante darse cuenta de los pensamientos a medida que emergen. Pero esto solo se consigue con la práctica.

Cuando la atención plena está presente, es posible darse cuenta de que nos hemos dejado atrapar por el “piloto automático” de los viejos hábitos o por los pensamientos compulsivos. Esto es así, porque la atención plena es atención al momento presente y este estado es opuesto al estado de ofuscación. La atención plena nos permite darnos cuenta y salir del circuito automático y devolver la atención a su foco apropiado. Si la caída en el automatismo ocurre cuando estamos

meditando formalmente, en el momento en que nos damos cuenta de que hemos perdido el soporte, volvemos a él. Pero si ocurre en la vida cotidiana, aplicamos también atención plena sin dejarnos envolver por el automatismo, simplemente observando sin juzgar y con amabilidad, como si dijéramos “ah, esto sucede ahora y ahora esto...” y así sucesivamente. Observando, notando o sintiendo como las experiencias surgen, se desarrollan y desaparecen.

Así pues, para resumir, el término *sati*, *mindfulness* o atención plena hace referencia tanto a la atención pura, en el sentido de sentir, de notar algo, como a la función de recordarnos que hemos dejado de notarlo. Por tanto, hace referencia tanto a la atención como al darse cuenta y es debido a que incluye estos dos aspectos, por lo que resulta difícil encontrar una palabra equivalente en castellano o en inglés.

En segundo lugar, como ya hemos mencionado antes, la atención plena ve las cosas como son, en el sentido de que ni añade, ni quita nada. La atención plena va creando una sensación única en la conciencia: la sensación de que hay un testigo que ve lo que realmente está pasando en el teatro de la mente momento a momento. Es una sensación energética de lucidez que resulta distinta del pensamiento consciente. El pensamiento consciente recurre a los conceptos y las palabras e inicia procesos de comparación y calibrado. La atención plena, en cambio, sólo nota lo que hay en la mente en este momento. Es simple, pero estas cualidades solo pueden ser discernidas por medio de la práctica.

En tercer lugar, la atención plena da acceso a lo que el pensamiento budista considera las tres características últimas de todos los fenómenos. Estas características son establecidas como verdades universales, es decir, como evidencias disponibles a todo aquel que quiera examinarlas en detalle. Dicho con otras palabras, se sostiene que cualquier persona que estudiara en profundidad la evidencia relativa a la realidad última de los fenómenos, llegaría a las mismas conclusiones, por eso se las llama verdades; esta visión es coherente, pero llegar a integrarla en la propia experiencia requiere mucha práctica. La primera de las verdades últimas hace referencia a que todos los fenómenos condicionados (es decir, aquellos sujetos a causas y condiciones para su existencia) son transitorios o no-permanentes; en *pali* la palabra utilizada para designar esta condición es *anica*. La segunda es que todas las cosas son, al final, insatisfactorias (en *pali*, *duka*). Por último, que no existe ninguna entidad llamada *ego* dotada de una esencia permanente, sino que sólo somos en proceso (en *pali*, *anata*). Cuando está plenamente desarrollada, la atención plena ve estos aspectos de un modo directo, sin la intervención del pensamiento consciente.

La atención plena es un proceso, que ocurre en el tiempo, en un instante. Es un proceso global u holista que ocurre como una unidad. Igual que el mar y las olas también forman una unidad, aunque cada ola sea individual. Uno/a se da cuenta de su propia falta de atención y ese darse cuenta es resultado de la atención plena (*mindfulness*) y *mindfulness* es la atención que nota o siente las cosas como son, sin

distorsión. Y las cosas son transitorias, insatisfactorias y no pertenecientes a un *ego*.

Como se puede apreciar, se trata de una visión coherente y unitaria. La atención plena es un proceso global por medio del cual se llega a profundizar en el hecho de que no existimos como entidades separadas e independientes. Sentirnos separados de todo cuanto nos rodea es fruto del dualismo que confunde la conciencia con el pensamiento.

Atención plena y meditación *vipassana*

La atención plena es el corazón de la práctica budista conocida como *vipassana*, *insight meditation*, *mindfulness meditation* o meditación en la atención plena. La atención plena o *mindfulness* es tanto el medio como el fin de la práctica, es decir, se alcanza la atención plena cultivando la atención plena. Es una cuestión de práctica. En este apartado daremos una visión panorámica de la práctica de la atención plena en el contexto budista. Sin embargo, conviene enfatizar que los expertos recomiendan que no se practique sin la ayuda de un/a guía adecuadamente formado/a.

Resulta común encontrar la distinción entre meditación en la concentración y meditación en la visión o *mindfulness*, como si fueran dos formas de meditación distintas y esto no es del todo correcto, porque en la práctica de *mindfulness* se utiliza también la concentración. *Mindfulness* es una atención profunda y requiere de la concentración. En realidad, *mindfulness* es un acto de equilibrio entre concentración y visión. La concentración es como una lente, que hay que pulir y limpiar para facilitar la visión. Conviene, no obstante, distinguir claramente la meditación *vipassana* de otras formas de meditación, como por ejemplo, la meditación trascendental, en la que la atención se centra en un solo estímulo como repetir un sonido o *mantra*. Aunque la concentración sobre un estímulo puede servir para relajar la mente, por sí misma no conduce a una nueva visión.

Como Lutz, Dunne y Davidson (2007) han puesto de manifiesto, el entrenamiento en las técnicas de meditación, en la tradición budista, sigue una secuencia específica que va del énfasis en el objeto, al énfasis sobre el sujeto hasta alcanzar un nivel de reflexividad en el que se realiza plenamente el aspecto invariante de la conciencia, el yo observador.

Cuando se empieza a practicar meditación *vipassana*, se toma en cuenta la situación común de que la mente no-disciplinada se encuentra dispersa, saltando de un lado a otro. Por esta razón, se comienza con la práctica de atender plenamente a un objeto o un soporte, para desarrollar la estabilidad de la atención. Esta forma de meditación en sánscrito se denomina *samatha* que se suele traducir como serenidad o tranquilidad. En tibetano se denomina *shine*. Esta palabra, es un compuesto de “shi” que significa paz, serenidad o calma y “ne” que designa un lugar y hace referencia a la estabilidad mental o lo que es igual, al asentamiento de la atención. Así podría traducirse como “morar en calma” (Tashi, 2006). Se trata de

estabilizar la mente sobre un soporte con una actitud de ausencia de lucha. El objetivo es que la mente vaya siendo cada vez más capaz de reposar en un estado de calma, serenidad y lucidez. En otras palabras, en la práctica de *shiné* o *samatha*, el objetivo es mejorar la calidad de la atención, facilitando el paso de una forma de conciencia fragmentada, conceptual y compulsiva a una forma de conciencia de mayor simplicidad, como un simple testigo, una forma de atención desnuda sin comentarios mentales y sin análisis conceptual. Se trata de una utilización de la conciencia distinta a la habitual y mejora con la práctica. Por tanto, el entrenamiento en *samatha*, resulta similar al calibrado de un telescopio para observar las estrellas; en el caso de la mente, dado que la conciencia es el único instrumento del que disponemos para observar la mente, es importante trabajar la estabilidad de la atención para poder hacer observaciones fiables.

Como ya hemos indicado, la respiración suele ser el soporte más común para entrenar la atención plena en los estadios iniciales. Así, la práctica consiste en centrar la atención de modo continuo en la sensación del roce del aire a medida que entra y sale de la nariz, dejando que la mente repose sin esfuerzo en el intervalo entre la inspiración y la expiración (Wallace, 2005). Alternativamente, algunos maestros recomiendan centrarse en las sensaciones del abdomen al hincharse y deshincharse con el entrar y salir del aire.

En el contexto de aprender a estabilizar la atención, los pensamientos son una distracción. Debido a la fuerza del hábito, lo esperable es que los pensamientos se entrometan. Cuando aparecen, hay que dejarlos pasar a medida que se exhala, sin identificarse con ellos, y sin responder emocionalmente. Se trata de observarlos a medida que emergen, pasan por delante y se desvanecen. Entonces, se vuelve a descansar la atención en la sensación de reposo. En ocasiones, para hacer referencia a esta capacidad de no aferrarse, ni identificarse con los pensamientos se ha utilizado la analogía que equipara la mente con una sartén de teflón, en la que nada se pega (Linehan, 1993b).

Meditar significa estar centrado en el presente. Pero, como ya hemos dicho, entrar en el presente no es fácil, porque hay que abrir un hueco entre el pasado y el futuro y hay que quedarse como vacío/a para poder experimentar de forma directa cualquier cosa que surja en la experiencia. Por tanto, cuando se medita hay que evitar tanto los recuerdos del pasado como los planes para el futuro y permanecer en el presente, de forma tan simple y clara como sea posible. Si la atención se desvía y se va a otras cosas, se vuelve a llevar con amabilidad al soporte, a fin de que la mente se vaya acostumbrando a estar en el soporte de un modo suave, sin tensión y sin lucha. De este modo, se cultiva la atención continua al soporte, pero a la vez, se cultiva también el darse cuenta de que la atención ya no está en el soporte y el volver al mismo.

Conviene introducir aquí una nota acerca de la relación entre relajación y meditación, porque en psicología resulta común la idea de que la meditación es una

técnica de relajación y esta visión refleja una confusión importante. Para meditar es importante estar relajado, pero la relajación no es el fin que persigue la meditación. La meditación es mucho más. La relajación implica un proceso de distensión muscular y una desconexión progresiva de la claridad mental, de forma que cuando uno/a se siente muy relajado/a, es normal dormirse. En la meditación, en cambio, se cultiva la distensión muscular, pero en ningún momento se busca desconectar de la claridad de la mente. Al contrario, con la práctica de la meditación se aprende a soltar la tensión y distenderse, a la vez, que se abre a la experiencia de la espaciosidad y lucidez de la mente (Tashi, 2006).

Al principio, cuando se empieza a meditar se tiene la sensación de que hay muchos pensamientos. En esta fase, se dice que la calma es como una cascada, porque se cae en la cuenta de que hay tantos pensamientos como agua hay en una cascada. Cuando se experimenta la presencia de tantos pensamientos, mientras lo que se quiere es llevar la atención al soporte y que permanezca en él, es fácil desanimarse y pensar que se está haciendo mal. Pero, en realidad, no se trata de que se piense más que antes. Lo que ocurre es que antes había innumerables pensamientos fluyendo por la mente, sin tener conciencia de ellos y sin poder reconocerlos. Al empezar a practicar y aplicar la atención plena, se empieza a reconocer los pensamientos como tales. Resulta interesante ver cómo se enfrenta a esta fase el meditador/a, porque si se trata de conseguir un estado de calma en el que la atención esté descansando en el soporte, y los pensamientos continuamente lo impiden, es probable que se produzca un estado de irritación y de frustración. Entonces, hay que reconocer la irritación y en lugar de identificarse con ella, hay que aprovechar el hecho de que uno/a se da cuenta de que se siente irritado, para aceptarlo y transformarlo en curiosidad y darle la bienvenida, distendiéndose y abriéndose en la espaciosidad y lucidez de la conciencia para volver al soporte con ánimo renovado (Tashi, 2006).

Si se atraviesa la fase de cascada, con paciencia, y se sigue practicando, se produce un cambio que consiste en que los pensamientos disminuyen su velocidad de forma gradual. Cuando los pensamientos disminuyen, se alcanza otra etapa en el desarrollo de la calma mental, en la que ésta es como un río que fluye lentamente. Los pensamientos siguen haciendo aparición, pero su velocidad ha disminuido y no significan necesariamente una distracción. Si se sigue practicando, la velocidad de los pensamientos se reduce hasta que la mente se vuelve como un mar en calma.

Cuando el/la meditador/a ha aprendido a conseguir cierta serenidad, se sigue con la meditación *vipassana* en la que se emplean técnicas que enfatizan la subjetividad y la sensibilidad, como centrarse en las sensaciones corporales, y se le quita énfasis al objeto o soporte de la atención. En el contexto de *vipassana*, los pensamientos no se consideran una distracción a evitar, sino un aspecto más de la naturaleza de la mente. El maestro Thrangu (2001) explica el paso que entraña la meditación *vipassana*, del siguiente modo:

“Aunque a menudo sentimos que necesitamos deshacernos de los pensamientos, como si los pensamientos fuesen ladrones o nuestros enemigos, los pensamientos no son el problema. Cuando estamos meditando y nace un pensamiento, si miramos su naturaleza, vemos que se trata de la naturaleza de nuestra mente. Y si no nace un pensamiento, y miramos directamente la naturaleza de nuestra mente, vemos esa misma naturaleza. Así que el nacimiento o el no nacimiento del pensamiento no supone un problema en la práctica de la meditación vipassana”. Esta es la diferencia entre shamatha y vipassana. En vipassana está presente la “prajna” o la inteligencia, que es el reconocimiento en la experiencia directa de esta naturaleza de la mente. Este reconocimiento es en sí mismo vipassana. Por lo tanto, la meditación sobre la ausencia de ego que enseñó el Buda conduce a esto” (pág. 16).

El término “inteligencia” aquí no está utilizado en el sentido habitual en psicología, sino que tiene que ver con el reconocimiento en la experiencia directa de la naturaleza lucida de la conciencia. Hace referencia a la viveza de la atención, a la sensibilidad. Este es el giro esencial que permite establecer la plataforma para la auto-observación. Es el fundamento de la meditación vipassana o *insighth meditation*: la posibilidad de aprender a contemplar el suceder (y el sucederse) en la lucidez del fluir de la conciencia. Es ser en proceso.

Como indican Lutz, Dunne y Davidson (2007), la estabilidad y la viveza de la atención (*samatha* y *vipassana*) pueden ser comprendidas como dos aspectos de un mismo estado meditativo. El primer aspecto hace referencia a la estabilidad del estado meditativo, mientras que el segundo aspecto hace referencia a la intensidad subjetiva o claridad y viveza del estado. En las meditaciones que implican un objeto, la estabilidad se refiere al grado en que el meditador puede mantener el foco en el objeto sin interrupción. La claridad, en cambio, se refiere a la viveza con la que se percibe el objeto. Con la práctica, se consigue equilibrar la estabilidad y la claridad. Pero, al principio, en los meditadores principiantes se suele producir una tensión entre estas dos cualidades, de forma que cuanto mayor es la estabilidad, menor es la intensidad y viceversa. Siguiendo a Lutz, Dunne y Davidson (2007), esta tensión está en el origen de los dos obstáculos principales en los que se pueden subsumir todos los obstáculos que emergen al meditar y que tienen que ser superados a partir de la experiencia, a saber, el letargo, sopor o aburrimiento y la tensión, agitación o dispersión. Si la estabilidad es alta, pero la viveza es baja, es muy probable que aparezca un estado de letargo o sopor, es decir, un estado de aturdimiento con la mente turbia o falta de claridad y lucidez. Con frecuencia, el letargo o el aburrimiento producen somnolencia y resulta fácil dormirse. Pero si uno/a se duerme, no medita. Por tanto, se trata de un estado a evitar. En otras ocasiones, el letargo o el aburrimiento se traduce en un estado de baja energía que genera incomodidad y puede ser la puerta de entrada de la distracción o de la evasión. Cuando se distrae,

la mente se va a otro lado, se va con el pensamiento. Cuando se evade, en cambio, se entra en un estado en el que no se sabe bien dónde se está, un estado de ausencia autocomplaciente. Con la práctica, el meditador/a aprende a detectar las señales de que está entrando en el estado de letargo y puede utilizar los antídotos adecuados para ese estado.

En el polo opuesto, el meditador/a puede distraerse debido a la tensión o la agitación. La situación aquí consiste en que la intensidad de la percepción es muy alta, pero la estabilidad es baja; de este modo, resulta fácil perder de vista el objeto y saltar de un pensamiento a otro. Pero, si uno/a se distrae, tampoco medita. Por tanto, hay que evitar esta situación. Con frecuencia, la tensión está asociada a una actitud de aferramiento a algo, tal vez al propio soporte de la atención o un pensamiento o a la misma calma incipiente, entonces hay que darse cuenta y dejar de agarrar lo que se está agarrando y soltarlo, distenderse y abrirse en la espaciosidad de la conciencia lúcida. En otras palabras, dejar ir o soltar significa desprenderse de la fijación en los contenidos mentales como si fueran objetos que uno poseyera por medio de la identificación.

Cuando emerge un pensamiento, hay que reconocerlo y sencillamente se trata de no seguirlo. No seguir los pensamientos significa que no hay que intentar detenerlos, ni desembarazarse de ellos. Si los pensamientos no se siguen, ni se alimentan, se disuelven. Entonces, se puede volver a un estado de calma y descansar en la experiencia directa del momento presente. Con la práctica, al no seguir los pensamientos, éstos disminuyen y se comienza a experimentar la claridad cognitiva subyacente a la conciencia sin pensamientos (Thrangou, 2001). En el contexto budista, este tipo de conciencia se denomina conciencia base o fundamental, y se la llama así porque está considerada como el fundamento de las conciencias sensoriales y de la conciencia mental. Sería el invariante de la cognición, el yo observador plenamente desarrollado, como el cielo despejado libre de nubes, que es descrito como claridad cognitiva incesante. Este nivel, que sólo alcanzan los meditadores muy avanzados después de muchas horas de práctica, es un nivel denominado de “presencia abierta”, en el que la estabilidad consiste en la habilidad para seguir experimentando fenómenos sin objetivarlos e idealmente sin tener un sentido de subjetividad correctiva o agentiva (Lutz, Dunne y Davidson, 2007).

UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PLENA EN PSICOTERAPIA

Si entendemos la práctica de la atención plena como la práctica de dirigir la atención a una sola cosa, a saber, el momento presente que se está viviendo y si entendemos que el presente es el tiempo histórico emergente, resulta fácil entender la idea de que la atención plena es la puerta de entrada a un nuevo marco para la integración de las psicoterapias.

Además, la atención plena se puede entrenar en grupos y esto hace que pueda ser extendida rápidamente y hace también que la relación coste/beneficio de estas

intervenciones sea muy eficiente. En la actualidad, las intervenciones basadas en la atención plena se aplican a una población amplísima que abarca tanto problemas de salud o trastornos mentales como búsqueda del bienestar. Existen numerosos métodos para entrenar la atención plena, tanto formales como informales. Los métodos formales consisten en sesiones de meditación durante las cuales los participantes entrenan la atención en formas específicas, mientras que los métodos informales consisten en llevar la conciencia plena a actividades cotidianas, tales como caminar, comer, conducir, vestirse, etc. En este apartado, revisaremos la utilización de la atención plena en el contexto de las terapias psicológicas, sin perder de vista los aspectos prácticos.

El movimiento terapéutico actual que surge de la influencia de los planteamientos budistas en psicoterapia tiene dos figuras de referencia pioneras, a saber, J. Kabat-Zinn y M. Linehan. El primero introdujo la atención plena en el contexto hospitalario, para el tratamiento del dolor crónico así como otras condiciones psicosomáticas relacionadas con el estrés, tomando la meditación *vipassana* como punto de partida. Este enfoque, además, ha sido la principal fuente de inspiración de la terapia cognitiva basada en la atención plena. Por su parte, M. Linehan ha sido pionera en la aplicación de técnicas de atención plena para tratar el trastorno límite de personalidad y otras condiciones graves. En este contexto, ha enfatizado la relación dialéctica entre aceptación y cambio, es decir, sin aceptación, no puede haber cambio. Este planteamiento, a su vez, ha influido en el desarrollo de la llamada “terapia de aceptación y compromiso”, por medio de la cual la atención plena ha entrado en la terapia de conducta. Estos enfoques que acabamos de mencionar cuentan con procedimientos “manualizados” y con evidencia empírica. No obstante, conviene no pasar por alto que la orientación hacia la experiencia tal y como ocurre en el aquí y ahora ha sido la seña distintiva de las terapias humanistas. Además, un psicoanalista de tanto prestigio e influencia como D. Stern sostiene ahora, desde dentro del psicoanálisis, que no vale la pena analizar nada que no sea lo que entra en la conciencia en el presente. Por tanto, resulta evidente que la atención plena ha llegado a los principales modelos de intervención psicoterapéutica.

La reducción del estrés por medio de la atención plena

Resulta fascinante ver cómo el programa para la reducción de estrés basado en la atención plena de Kabat-Zinn (1982,1990), que empezó con una pretensión bastante humilde como reducir el dolor y el estrés asociado a las enfermedades crónicas hace más de treinta años, se ha convertido en un movimiento que se ha extendido por los centros hospitalarios de EE.UU. y de de otros muchos lugares. También ha sido aplicado a otras situaciones como mejorar la relación de pareja (Carson et al. 2004) o en pacientes con cáncer (Carlson et al., 2003). Para una revisión de la evidencia empírica y de las aplicaciones de este programa, el lector interesado puede consultar el trabajo de Pérez y Botella (2007) en este monográfico.

Este programa está basado en la tradición budista de la meditación *vipassana*, de la que toma la mayoría de sus prácticas.

Probablemente, una de las claves del éxito de este programa reside en que puede ser aplicado de forma masiva. En el centro para la reducción de estrés del Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Massachusset, donde se originó el programa, admiten hasta 30 pacientes por grupo, sin hacer distinciones respecto a cuál sea el tipo de dolencia que padecen. Se entiende que sea cual sea la condición del paciente, su experiencia consiste en un flujo continuamente cambiante de estados internos, igual que la experiencia de cualquier ser humano, y el desarrollo de la atención plena sirve para observar momento a momento tales estados. Si el paciente es capaz de desarrollar su habilidad de atención plena, podrá distinguir en su experiencia el flujo cambiante de sensaciones de aquello que está superpuesto sobre la experiencia, a saber, sus comentarios mentales más o menos automáticos. En otras palabras, a través del programa, los pacientes aprenden a distinguir lo que son sensaciones primarias de lo que son reacciones secundarias, superpuestas sobre las primeras. Veamos este punto revisando la diferencia entre sufrimiento y dolor.

Imaginemos que me desplazo distraída (sin atención plena) por la habitación y me golpeo el pie con la pata de la mesa y siento un dolor intenso y a continuación, de manera automática, me surge un comentario mental del estilo de “¡qué idiota!, mira que golpearte con la pata de la mesa”. En esta situación hay dos cosas: por un lado, hay el dolor físico que es simple, es una sensación: el dolor duele, y como toda sensación es transitoria. Pero, por otro lado, hay también un comentario mental que hace que, además de dolorida, me sienta idiota. Mientras el dolor no lo puedo evitar, porque si me golpee el pie con la pata de la mesa, es natural que me duela. El sufrimiento añadido al verme como una idiota, es completamente evitable e inútil y surge de mi identificación con el dolor. Si lo analizamos, vemos que este comentario mental es como una abreviación de un comentario más amplio que tiene su origen en una actitud de juicio y de no-aceptación de la experiencia tal y como es y que proviene del *ego*. En realidad, es como la conclusión final del siguiente razonamiento a posteriori: “Una personas como yo, no debería golpearse en la pata de la mesa, pero me he golpeado, porque (o por tanto) soy idiota”.

El programa De Kabat-Zinn (1990) comienza con una sesión de orientación en la que se explican los fundamentos del programa así como los métodos que se van a utilizar. Se insiste en que la atención plena es una habilidad, igual que aprender a tocar el piano, y para desarrollarla hay que practicar en casa durante 6 días a la semana, además de asistir a una sesión grupal semanal durante 8 semanas. Las tareas para practicar en casa consisten en meditaciones formales guiadas por medio de un CD, registros de las experiencias durante la meditación y ejercicios de yoga, así mismo también se dan instrucciones para extender la atención plena del laboratorio de la meditación formal a la vida cotidiana. Durante las sesiones grupales, que

tienen una duración de dos horas y media a tres, se practica meditación en la atención plena en distintas posiciones, tumbados, caminando y sentados, así mismo se debate sobre las experiencias de los participantes. También se hacen lecturas de poemas durante las sesiones. Así mismo, el programa incluye información didáctica sobre el estrés o sobre cualquier otra condición a la que se haya adaptado. A continuación, describo con mayor detalle las prácticas que se llevan a cabo en este programa, siguiendo de cerca la revisión de Baer y Krietemeyer (2006) así como mi propia experiencia en la aplicación de las mismas.

- *El ejercicio de la uva pasa.*

Este ejercicio se lleva a cabo durante la primera sesión y es la primera actividad de meditación en la atención plena o *mindfulness*. Ofrece una oportunidad de hacer con conciencia plena algo que normalmente se hace con el “piloto automático” como comerse una pasa. El ejercicio consiste en lo siguiente: Se reparte unas pasas entre los participantes de manera que cada uno coja una pasa. A continuación, se les pide que la observen como si nunca hubieran visto una pasa antes. Lentamente, se va guiando a los participantes para que observen todos los aspectos de la pasa con todos los sentidos; primero que la miren y observen cuidadosamente su apariencia, su textura y su color; se explora también su olor así como la forma en la que se siente entre los dedos, su tacto, e incluso su sonido (si lo tiene o ausencia del mismo). Por último, se les pide que se pongan la pasa en la boca y que lentamente sientan los movimientos de la boca y de la lengua y observen también los movimientos del cuerpo a medida que hacen esto. A continuación se les pide que la mastiquen con lentitud mientras van apreciando el sabor y la textura así como los movimientos de la boca al masticar y de la garganta al tragar. Así mismo se instruye a los participantes para observar sin juzgar los pensamientos perturbadores y volver a centrar la atención en el ejercicio. Por ejemplo, si mientras está observando la pasa, al participante le viene la idea de que “hacer esto es una tontería” o piensa en una cita que tiene después de la sesión o en una situación conflictiva que sé que tuvo ayer o cualquier otra cosa, lo que tiene que hacer es observar sin juzgar el pensamiento que le distrajo y volver a concentrarse en la pasa.

La mayoría de los participantes, después de dedicar entre 10 y 15 minutos a comer una pasa con atención plena, se dan cuenta de que no es lo mismo comerse una pasa con atención plena que hacerlo con el “piloto automático”. Esto sirve para ver, desde dentro de uno/a mismo/a, que el nivel de atención que ponemos en lo que hacemos, cambia cualitativamente la experiencia. Al acabar la sesión, se les pide a los participantes que hagan una comida al día con atención plena.

- *Contemplación de las sensaciones corporales o “Body Scan”*

En este ejercicio, los participantes están tumbados sobre su espalda, descansando en una alfombra o una colchoneta, o están cómodamente recostados sobre un

sillón. El ejercicio consiste en ir explorando, con curiosidad y con sensibilidad, pero sin querer modificar nada, las diferentes partes del cuerpo. Se comienza por los dedos del pie y, lentamente, se va recorriendo el cuerpo. A diferencia de los ejercicios de relajación, aquí los participantes no tienen que contraer y soltar sus músculos. Sólo tienen que observar. Para ello tienen que hacer dos cosas: centrar la atención sobre una parte del cuerpo y sentir como es la sensación que hay en ese momento presente en esa parte del cuerpo. Si no hay ninguna sensación particular, se toma nota de la ausencia de sensación y se sigue avanzando a la siguiente zona del cuerpo que se está explorando. Se insiste en que no se trata de cambiar las sensaciones, sino únicamente de observarlas. Si en una parte concreta del cuerpo se siente dolor, tensión, picor o cualquier otra sensación, se instruye al participante a que la observe cuidadosamente tomando nota de cómo es la sensación. Se insiste también en que no se trata de llegar a ningún estado particular como la relajación. Por tanto, no hay que evaluar la experiencia para ver si se ha hecho bien o mal. Se trata únicamente de practicar la atención plena. En este caso, practicar *mindfulness* consiste en practicar las siguientes habilidades: a) dirigir la atención hacia una zona del cuerpo con curiosidad y con una actitud mental receptiva, b) notar las sensaciones sin reaccionar a ellas de forma crítica, independientemente de que éstas sean agradables o desagradables y c) notar cuando la atención se ha desviado y retornar con amabilidad y suavidad al momento presente.

Cuando se termina el ejercicio, se abre un espacio para la discusión de las experiencias. Este espacio es muy interesante, porque ofrece la oportunidad de trabajar, desde la experiencia, los obstáculos que se presentan durante el ejercicio; por ejemplo, las distracciones, las sensaciones de dolor o de picor, las ganas de llegar a un estado distinto, el letargo y adormecimiento, etc. Todas las experiencias que se presentan son comentadas como oportunidades para ejercitar la observación sin juicio, la aceptación de la experiencia tal y como es y la reorientación hacia el presente cuando la atención se desvía. Este ejercicio de contemplación de las sensaciones se practica durante las sesiones 1, 2 y 8 del programa, y se recomienda su práctica en casa por medio de una grabación en audio durante las sesiones 1 a la 4.

- *Meditación sentado/a*

Para trabajar la meditación sentados, es importante prestar atención tanto a la actitud corporal como a la actitud mental. La actitud corporal incluye considerar siete aspectos relevantes: 1) sentarse, preferentemente en un cojín adecuado con las piernas cruzadas o en un taburete; también se puede utilizar una silla que permita mantener la espalda erguida; en cualquier caso, el soporte sobre el que uno/a se sienta, debe facilitar la estabilidad, 2) las manos deben colocarse a la par, a la misma altura descansando en los muslos detrás de las rodillas o colocando la mano izquierda con la palma hacia arriba descansando en el regazo, y la mano derecha con la palma hacia arriba sobre la izquierda, uniendo ambos pulgares, 3) hay que

mantener la espina dorsal tan recta como sea posible; se entiende que al mantener la espalda derecha, se mantienen desbloqueadas las vías por las que fluye la energía corporal y si la energía fluye con normalidad, se facilita que la mente se relaje de forma natural y entre en un estado de calma; 4) los hombros no deben hundirse hacia el pecho, sino que es mejor que empujen hacia atrás un poco; 5) no debe sobresalir la barbilla hacia fuera, sino que conviene inclinarla ligeramente hacia dentro; también hay maestros que recomiendan esbozar una ligera sonrisa a la vez que se mantiene el rostro relajado; 6) se recomienda que la lengua toque el paladar para impedir la excesiva producción de saliva; 7) los ojos pueden estar cerrados o ligeramente abiertos dejando reposar la mirada aproximadamente entre uno y dos metros de distancia.

Así en la meditación sentado/a, la actitud corporal es de estabilidad, quietud y alerta. Kabat-Zinn utiliza la metáfora clásica que equipara al meditador/a sentado/a con una montaña que se alza majestuosa sobre sí misma y que se mantiene imperturbable a través de las diferentes condiciones atmosféricas (ya haga frío, nieve o haga calor). De igual modo, se alienta al participante a permanecer estable y en quietud y vigilancia en medio de las cambiantes circunstancias internas y externas.

Desde el punto de vista del cultivo de la atención plena, en la meditación sentado/a, se comienza dirigiendo la atención de los participantes a conectar con las sensaciones de la respiración y cuando la mente se distrae, con amabilidad y suavidad, se nota la naturaleza de la distracción y se vuelve a la respiración. Después de algunos minutos, resulta natural que la atención se desvíe hacia las sensaciones corporales y que emerjan sensaciones desagradables y con ellas las ganas de moverse. Sin embargo, se instruye a los practicantes a observar el malestar con aceptación y con una actitud de curiosidad y si finalmente deciden moverse que lo hagan con atención plena, observando la intención de moverse, el acto de moverse y el cambio en las sensaciones como resultado de haberse movido. Además, de observar la respiración y las sensaciones corporales, la meditación sentado/a también se utiliza para observar los sonidos con atención plena, sin juzgarlos y sin analizarlos. Aquí se dan instrucciones para facilitar la observación del tono, calidad, y volumen del sonido y también hay que observar los silencios entre los sonidos. Esta postura de meditación, también se utiliza para observar el movimiento de los pensamientos, es decir, como emergen y desaparecen del campo de la atención, como si fueran nubes que pasan por el cielo. Se dan instrucciones para observar los pensamientos y notar su contenido brevemente sin dejarse atrapar por ellos. Las instrucciones son bastante similares si emergen emociones. Se toma nota del tipo de emoción y se observa sin dejarse atrapar por ella, en la medida de lo posible. La meditación sentado/a se practica de la sesión 2 a la 7 durante períodos que van de los 10 a los 45 minutos y también forma parte del trabajo para casa después de la segunda sesión.

- *Hatha Yoga*

Se trata de unos sencillos ejercicios de yoga que pueden ser practicados por la mayoría de las personas. Para Kabat-Zinn, el yoga es meditación en la atención plena, porque la forma en que lo practica es llevando la atención plena a las sensaciones corporales a medida que el cuerpo se mueve, se estira o se mantiene en una posición. Se instruye a los participantes a realizar los ejercicios de yoga muy lentamente, siendo conscientes de la respiración y notando los límites del cuerpo sin traspasarlos. Cuando se tensa el cuerpo en una postura, es natural retener la respiración. Entonces, se instruye a los participantes a observar estos cambios y a notar la respiración mientras llevan a cabo los ejercicios. De este modo, se cultiva una actitud de atención plena hacia el cuerpo y las posturas corporales, momento a momento, siguiendo los mismos principios de observar sin juzgar, aceptación, curiosidad, etc. que ya se han comentado. Las posturas se llevan a cabo muy lentamente. Si se practica en casa, sucede que los límites del cuerpo se van expandiendo y esto para muchos participantes resulta una experiencia muy grata y preferible a la meditación sentado/a. Los ejercicios de yoga se llevan a cabo entre las sesiones 3 y 6 y también van acompañados de un CD de audio para practicar en casa.

- *Meditación caminando*

Se trata de ser conscientes del caminar a medida que se camina. En la meditación formal, por lo general, se practica con lentitud llevando la atención a las sensaciones corporales, la sensación del pie al posarse sobre el suelo, al doblar la rodilla, al mantener el equilibrio, etc. De nuevo, si durante la práctica, la atención se distrae, se vuelve a llevar a la práctica. Con el tiempo, se desarrolla la conciencia plena de las sensaciones en todo el cuerpo al caminar. Los participantes que suelen sentirse constreñidos en la situación de meditar sentado/a o tumbado/a, suelen sentirse más cómodos al hacer la meditación caminando. Como resulta evidente, la meditación caminando se puede extender fácilmente a la vida diaria. Se introduce en varios puntos de las sesiones intermedias.

- *Un día de meditación*

Una vez que se ha pasado el ecuador del programa, en la sesión 6, se introduce un retiro de meditación en silencio durante un día completo. En él, se llevan a cabo los distintos tipos de meditación aprendidos con la ayuda de un guía. No es habitual estar entre personas sin hablar y esto hace que sea una experiencia única para practicar las habilidades de atención plena que se están aprendiendo. De igual modo, al prolongar la duración de las sesiones y estar a la vez en el contexto de un grupo, se crea un contexto único para ver los propios automatismos, los obstáculos a la hora de observar sin juzgar o de aceptar la experiencia tal y como es, etc. Para algunos participantes la experiencia resulta desagradable, para otros agradable, pero sea cual sea la naturaleza de su experiencia es un contexto óptimo para

practicar. Al final del día, se levanta el noble silencio y se crea un espacio en el grupo para compartir las experiencias.

- *La atención plena en la vida cotidiana*

Llevar la atención plena a la vida cotidiana y, de este modo, incrementar su calidad de vida, es el fin último que persigue el entrenamiento. Para ello, a lo largo del mismo, se va instruyendo a los participantes a que realicen con atención plena las actividades de la vida diaria como conducir, lavarse los dientes, comer, limpiar la casa, abrir la puerta de la oficina, etc. y también se les dan pistas de cómo pueden utilizar anclajes para hacer esto, tales como un sonido, una sensación, etc. La idea es extender las habilidades de atención plena adquiridas a las diferentes facetas de la vida, comenzando por la atención a la respiración en la vida cotidiana.

- *La formación del instructor en mindfulness*

Para formarse como instructor de *mindfulness*, en el modelo de Kabat-Zinn hay que ser practicante de las habilidades que se pretende enseñar, porque se entiende que los problemas creados por la falta de aceptación de la experiencia, las actitudes críticas de juicio, las emociones negativas, etc. son comunes a todas las personas y no específicas de aquellos que buscan ayuda. Por tanto, para enseñar *mindfulness*, es necesario que la persona se encuentre comprometida con una práctica que no puede ser entendida como un conjunto de técnicas (que se dominan con mayor o menor grado de pericia), sino que constituye un estilo de vida. Así pues, el aspirante a instructor debe cultivar en su vida las habilidades de observar sin juzgar, mente de principiante, compasión, aceptación de la experiencia tal y como es, ecuanimidad, etc. Formalmente, para obtener un diploma que le acredite como instructor en este modelo, además de poseer una titulación de master en alguna de las disciplinas de ayuda, el/la aspirante debe de practicar diariamente la meditación, haber asistido, al menos, a dos retiros de meditación en silencio durante 10 días, tener unos 3 años de experiencia con la práctica del yoga u otras disciplinas de trabajo corporal y completar un curso de formación de formadores de una semana.

La atención plena en la terapia cognitiva

Aunque las revisiones recientes sobre los tratamientos basados en la atención plena, como la de Baer y Krietemeyer (2006), tienen en cuenta únicamente la terapia cognitiva para la depresión basada en la atención plena (Segal Williams y Teasdale, 2002), el uso de la atención plena en la terapia cognitiva es mucho mayor en la actualidad. Si se observan los contenidos de las intervenciones en los últimos congresos internacionales de terapia cognitiva, se ve que un número importante de las presentaciones tienen que ver con "*mindfulness*". Como prueba del interés que la atención plena y los planteamientos budistas despierta en los psicoterapeutas cognitivos, mencionaré que el congreso internacional de psicoterapias cognitivas,

celebrado en Göteborg (Suecia) en junio de 2005, tuvo como acto inaugural una conversación entre el Dalai Lama y A. Beck.

Por otro lado, la indicación de observar las emociones perturbadoras sin intentar cambiarlas, sino simplemente observarlas y tomar nota, es el aspecto central del método de auto-observación terapéutica desarrollado por Guidano (1987), en su enfoque de la terapia cognitiva procesal sistémica. En su libro, *The self in process*, Guidano (1991) hizo explícito su método terapéutico, que combina principios de la terapia cognitiva con principios de la terapia sistémica. En este enfoque, primero, se construía la relación terapéutica como un dispositivo para que el paciente pudiera observar y reconstruir su experiencia problemática a cámara lenta, con la ayuda del terapeuta; se utilizaba la analogía de la “moviola” para construir esta situación. Igual que se puede poner en la “moviola” una escena de un partido de fútbol para ver si el árbitro se equivocó al juzgar la jugada, se puede poner en la “moviola” de la situación terapéutica las escenas problemáticas de la vida y revisirlas a cámara lenta para ver cómo suceden y entender de “qué” están hechas. A partir de esta analogía, Guidano instruía a sus pacientes para que llevaran a cabo un registro de las situaciones problemáticas y les enseñaba a diferenciar entre el nivel de la experiencia inmediata y el nivel de la reconstrucción narrativa. Les enseñaba también a cambiar de perspectivas, entre la perspectiva interna (primera persona) y la perspectiva externa (tercera persona) (ver Miró, 2005). Este método terapéutico resulta muy útil y, en esencia, se aproxima a los principios de auto-observación que hemos venido comentando. Desde mi punto de vista, el problema en este enfoque no reside en el método terapéutico, sino en el modelo teórico que lo sustenta. Aquí, como en tantas otras construcciones teóricas en la historia de la psicoterapia, la conciencia se confunde con la auto-conciencia; de hecho, Guidano pensaba que no podía existir auto-conciencia sin autoengaño. Dicho con otras palabras, pensaba que no era posible crear una situación en la que las emociones pudieran desligarse del *ego*. Pero cuando la conciencia se auto-engaña y es esclava de las emociones, incrementar la lucidez resulta peligroso. Se corre el riesgo de convertir la convivencia en un laberinto de espejos, en el cual no se puede estar, pero tampoco se puede salir (Miró, 2000). Guidano murió sin saber cuán cerca había estado de reproducir con su método terapéutico los principios para el cultivo de la atención plena del pensamiento budista (Satipatanna Sutta), conocidos desde hace más de 2500 años.

Por otro lado, la terapia cognitiva para la depresión basada en la atención plena ha sido desarrollada por un grupo de investigadores agrupados en torno a la obra de J. Teasdale. Durante décadas, este autor ha estado trabajando en el desarrollo de un modelo cognitivo para prevenir las recaídas en la depresión. Los datos de la investigación ponen de manifiesto que la depresión es un trastorno que tiene un alto riesgo de recurrencia. La farmacoterapia y la psicoterapia son efectivas en el 60-80 % de los casos cuando se trata de un primer episodio de depresión mayor. Pero los

pacientes que mejoran tienen, no obstante, una probabilidad de un 50% de tener una segunda recaída. Y si se tienen dos o más episodios, la probabilidad de volver a recaer aumenta a un 70-80% (Elkin et al., 1989). Para explicar la mayor vulnerabilidad de los pacientes a medida que sufren recaídas, Teasdale (1988) formuló la hipótesis de la activación diferencial. Según esta hipótesis, la asociación entre el estado de ánimo bajo y los patrones de pensamiento negativos repetida durante los episodios de depresión, conduce a una mayor probabilidad de reactivación de los patrones de pensamiento disfuncionales en los momentos de estado de ánimo bajo. De este modo, una vez establecido el circuito automático que conecta el estado de ánimo bajo con los patrones disfuncionales, con menos estrés ambiental ante ligeras variaciones del estado de ánimo, se podrían reactivar los patrones de pensamiento negativo. Esta hipótesis concuerda con los datos que muestran que el estilo de respuesta “rumiativa” puede perpetuar la depresión (Nolen-Hoeksema, 1991). Así, de la hipótesis de la activación diferencial, se desprende la idea de que para prevenir las recaídas en la depresión, es necesario dotar a las personas de medios útiles para detener los circuitos automáticos de pensamiento rumiador. Con este objetivo, Segal, Williams y Teasdale (2002) han sistematizado un tratamiento para la prevención de recaídas en depresión, en el que combinan el programa de Kabat-Zinn (1990) con principios de la terapia cognitiva clásica. La idea es utilizar los períodos de remisión para trabajar en la “desautomatización” de la mente, de forma que cuando vengan los malos tiempos del ánimo bajo, uno/a sea capaz de reconocer el estado, observarlo, y dejarlo pasar. Para una exposición más detallada del modelo de Teasdale y sus colaboradores, se puede consultar el trabajo de Cebolla y Miró (2007) en este monográfico. A continuación, describimos este programa.

Al igual que el programa anterior para la reducción del estrés, este programa tiene una duración de 8 semanas y la estructura es similar al anterior: una reunión semanal de unas dos horas de duración y trabajo en casa; aquí, en cambio, no se lleva a cabo la jornada de un día de meditación. Se admiten hasta 12 pacientes por grupo. De igual modo, se incorporan aquí las meditaciones formales descritas, (el ejercicio de la uva pasa, la contemplación de las sensaciones, la meditación sentado/a, la meditación caminando y los ejercicios de yoga) y se entregan grabaciones en audio para facilitar el trabajo para casa. También se incorporan los ejercicios para extender la práctica a la vida cotidiana. Para facilitar esta extensión y permitir la “desautomatización” del piloto automático, se incorporan también registros de actividades. Durante las primeras sesiones, se les pide a los participantes que lleven a cabo un registro de momentos agradables. En este registro tienen que anotar un suceso agradable cada día y describir no sólo en que consistió el suceso, sino también como fueron las sensaciones, pensamientos y emociones asociadas. Después, la misma estructura de los registros se utiliza con sucesos desagradables. Las novedades que este programa introduce respecto a lo ya expuesto en el programa anterior se resumen a continuación:

- Mini-meditación de tres minutos en la respiración

Este ejercicio consiste en abrir un hueco de tres minutos para establecer contacto con uno/a mismo/a y darse la oportunidad de salir del “piloto automático”, por medio de una mini-meditación en la respiración. Se puede hacer en cualquier momento de la vida cotidiana. Al principio, se instruye a los pacientes a que lo introduzcan de manera formal en momentos específicos del día y después de manera informal cuando lo necesiten. Se trata de un ejercicio muy útil. El ejercicio consiste en seguir los tres pasos siguientes, dedicando a cada uno de ellos aproximadamente un minuto. El primer paso consiste en centrar la atención en las experiencias internas que están teniendo lugar en este momento. Se instruye a los pacientes a que sea lo que sea lo que estén haciendo, se paren y se pregunten: “¿qué me está pasando ahora?” y, a continuación, noten las sensaciones, emociones y pensamientos que están presentes en este momento en su experiencia con una actitud de observar sin juzgar. Se trata simplemente de reconocer la experiencia, ya sea ésta agradable o desagradable, con una actitud de apertura sin crítica y con aceptación. El segundo paso consiste en llevar la atención plena a la respiración y concentrarse en las sensaciones al inspirar y al espirar. El tercer paso consiste en expandir la atención plena por todo el cuerpo, tomando conciencia de la postura corporal y la expresión facial, notando las sensaciones que están presentes, observándolas sin juzgar. Este ejercicio se introduce en la tercera sesión y se mantiene en todas las siguientes.

Aunque este ejercicio pueda parecer a simple vista un ejercicio de relajación, no está planteado de ese modo. Se plantea como una oportunidad para reconocer la diferencia entre actuar con “piloto automático” versus actuar con atención plena. La metáfora que se utiliza en este modelo para hacer referencia a este ejercicio es la siguiente. Llevar a cabo la mini-meditación de los tres minutos en la respiración es como abrir la puerta de un vestíbulo en el que, a su vez, hay varias puertas. Uno/a se sitúa en esa entrada y se da la opción de ver por qué puerta quiere seguir.

-Traer las dificultades a la mente de manera deliberada durante la meditación sentado/a

Hacia la mitad del programa, cuando los participantes ya tienen experiencia con la meditación en sus distintas posturas, se plantea el ejercicio de traer de forma intencional una situación problemática a la mente durante la meditación sentado/a. Se instruye a los participantes para que, una vez que están meditando y están “anclados” en la postura corporal y en la respiración, piensen en una situación problemática de manera deliberada y noten las sensaciones que se producen en el cuerpo al hacerlo. De nuevo, no se trata de cambiar la experiencia, sino de observar las sensaciones que se producen con una actitud de observar sin juzgar, apertura, amabilidad y cariño. Se instruye a los pacientes para que respiren con la dificultad, como si estuvieran navegando con ella. El objetivo es crear una situación en la que los participantes puedan hacerse conscientes de cómo se enfrentan a las dificultades

y de que no es necesario evitarlas, sino que se pueden reconocer y trabajar con ellas. Este ejercicio ayuda a los pacientes a notar sus tendencias hostiles hacia las dificultades y su falta de atención plena y compasión hacia si mismos/as.

- Ejercicios de terapia cognitiva clásica

Los ejercicios de terapia cognitiva que se incluyen en el programa no están encaminados a cambiar pensamientos distorsionados, sino que están encaminados a facilitar la comprensión del paciente acerca del papel de los pensamientos en los cambios de estado de ánimo y en el mantenimiento del “piloto automático”.

Para ilustrar la influencia de los pensamientos sobre el estado de ánimo, se utiliza el modelo A-B-C. Se plantea un escenario común con el que casi todas las personas pueden relacionarse (A), como por ejemplo, “imagínese que va por la calle y al otro lado ve a una persona conocida, usted sonrío y saluda, pero la otra persona pasa de largo sin hacerle caso”. A continuación, se invita a los participantes a decir cómo se sentirían en esta situación y se comentan las respuestas de los participantes. El punto que se ilustra a partir de este ejemplo es que en función de las interpretaciones que se den del comportamiento de la persona (B), emerge una emoción u otra (C). Al plantear este ejercicio, lo normal es que surjan distintas interpretaciones y éstas se utilizan para mostrar que diferentes pensamientos (B) conducen a diferentes consecuencias (C). El mismo argumento se repite en una sesión posterior con la diferencia que, en este caso, se establecen dos escenarios alternativos que son idénticos, con la única diferencia de que en un caso la persona está de buen humor, porque le han dado una buena noticia y en el segundo, está de mal humor, porque ha tenido un disgusto. Se comparan las respuestas a una u otra situación. El objetivo de estos ejercicios es que los pacientes comiencen a practicar una actitud de distancia o “descentramiento” respecto a su experiencia interna y vean que los pensamientos sólo son pensamientos y no la realidad. Los pensamientos son como nubes que pasan por la mente, igual que las nubes pasan por el cielo.

En la sesión 4 se introduce el Cuestionario sobre Pensamientos Automáticos de Hollon y Kendal (1980), en el que se reproducen pensamientos automáticos típicos de la depresión, como por ejemplo “no sirvo para nada”, “mi vida es un desastre”, etc. El propósito aquí es que los pacientes se familiaricen de un modo explícito con el tipo de pensamientos que forman parte de los síntomas de la depresión y que aprendan a verlos como tales, en lugar de identificarse con ellos. Se insiste también en que la fuerza con la que uno/a se identifica con este tipo de pensamientos está relacionada con el estado de ánimo, de manera que cuando nos sentimos con un estado de ánimo bajo tendemos a identificarnos con ellos y, por tanto creemos que esos pensamientos son la realidad que somos, en lugar de simplemente pensamientos.

Actividades agradables y de destreza

Cuando el estado de ánimo es bajo, es común no sentir ganas de hacer nada y, de este modo, se agrava la depresión. Por eso, hacia el final del programa se instruye a los participantes a que confeccionen una lista de cosas que les gusta hacer así como de cosas que saben hacer con destreza. Se trata de tener preparadas tareas que se puedan hacer cuando uno/a se percibe con el estado de ánimo bajo y que sirvan para mantenerse activo/a y mejorar el estado de ánimo.

- Planes de acción para la prevención de recaídas

Antes de finalizar el programa, se les pide a los participantes que confeccionen una lista con las señales que les avisan de que están en riesgo de volver a recaer en depresión. Por ejemplo, no tener ganas de ver a nadie, sentirse irritable, pérdida de motivación, etc. Cada participante debe de haber identificado sus propias señales. Se les pide también que confeccionen planes explícitos de qué hacer cuando notan que estas señales están presentes.

Atención plena y terapia comportamental dialéctica

La terapia comportamental dialéctica ha sido creada para tratar los trastornos límite de personalidad y recientemente se ha adaptado también a otras poblaciones. Como es sabido, el trastorno límite de personalidad es un trastorno mental grave que resulta especialmente difícil de tratar no sólo por el dramatismo de las crisis de desequilibrio emocional, que con frecuencia acaban en intentos de suicidio, sino también porque los/as pacientes cuestionan y “enloquecen” al terapeuta o abandonan la terapia. Por esta razón, Linehan (1993 a y b) ha desarrollado un “paquete” de tratamiento que incluye los siguientes aspectos: a) terapia individual, b) entrenamiento de habilidades en grupo, c) consultas telefónicas y d) consulta de casos en el equipo terapéutico. Además, ha concebido el trastorno límite como un trastorno que se caracteriza por la inestabilidad y la desregulación emocional, producidas por la combinación de la vulnerabilidad biológica y la invalidación ambiental, en la historia del desarrollo de la persona.

Además, estas formas de tratamiento se encuentran integradas en un enfoque altamente estructurado que ofrece un mapa muy completo, de forma que en cada momento el terapeuta sabe dónde se encuentra. Los ejes que configuran dicho mapa terapéutico son los siguientes: 1) mejorar las capacidades conductuales de los pacientes, 2) aumentar su motivación para el cambio, 3) ayudarles a generalizar las nuevas conductas a todos los aspectos relevantes de sus vidas, 4) apoyar a los terapeutas, y 5) estructurar el ambiente para promover el éxito tanto de los pacientes como de los terapeutas.

Aunque Linehan ha desarrollado su enfoque a partir de su propia práctica con la meditación Zen, éste se encuadra en la tradición de la terapia cognitivo-conductual. Así por ejemplo, se utiliza una jerarquía específica de conductas

problema que son los objetivos del tratamiento individual. Para identificar estas conductas, se utiliza un sistema de registro en el cual el paciente rellena diariamente una ficha en la que anota la frecuencia, intensidad y situaciones en las que las conductas problema ocurren.

Cuando ocurre alguna conducta objetivo de tratamiento, como por ejemplo una conducta auto-lesiva, se lleva a cabo un *análisis de la cadena* de eventos que han conducido a tal situación, siguiendo el esquema tradicional del análisis funcional en el que se analizan los antecedentes, la conducta y las consecuencias. Dentro de los antecedentes, se analizan con todo detalle los sentimientos, emociones, pensamientos, sensaciones y conductas del paciente antes de la conducta-problema, para llegar a establecer los eslabones en la cadena. Después, se considera la función de la conducta al considerar minuciosamente las consecuencias de la misma, estableciendo también aquí los eslabones de la cadena. Durante el *análisis de la cadena*, que se lleva a cabo de forma exhaustiva y de forma obligada ante las conductas auto-lesivas, paciente y terapeuta se sitúan en una estrategia de solución de problemas, dentro de la cual se utilizan también el manejo de contingencias, la reestructuración cognitiva y/o la exposición.

En la práctica, estas herramientas permiten un abordaje muy claro y estructurado de unas dinámicas personales caracterizadas por su carácter caótico. Con este tipo de seguimiento en la terapia individual, más el aprendizaje de habilidades en grupo, el paciente límite tiene la oportunidad de mejorar su condición, con trabajo intenso, en el plazo de un año, más o menos.

En el trabajo en grupo, Linehan se centra en enseñar habilidades de toma de conciencia, tolerancia al estrés, la ambigüedad, el malestar y la incertidumbre. El primer grupo de habilidades, la toma de conciencia, es el fundamento de las demás habilidades. Linehan (1993b) diferencia entre habilidades “que” y habilidades “cómo”. En las primeras agrupa las habilidades de observar, describir y participar y en las segundas las habilidades de no-juzgar, centrarse sobre una sola cosa en cada momento y actuar con eficacia. La práctica de estas habilidades en la vida cotidiana conduce a vivir desde la conciencia, con atención plena. (Los lectores interesados en conocer con más detalle cómo se trabaja con la atención plena desde la terapia comportamental dialéctica, pueden consultar el trabajo de Garcia-Palacios (2007) en este mismo monográfico).

La atención plena en la terapia de aceptación y compromiso

La terapia de aceptación y compromiso es el vehículo por medio del cual la atención plena ha entrado en la terapia de conducta. Esta terapia se sitúa en una posición de continuidad respecto al conductismo radical de tipo skinneriano; el énfasis recae en las relaciones funcionales para controlar el comportamiento. Aunque no se utiliza la palabra “dialéctica”, como hace Linehan, parte de la misma idea de que sin aceptación no puede haber cambio. No se trata, sin embargo, de un

tratamiento psicológico generado para tratar algún trastorno específico (como fue la terapia cognitiva para hacer frente a la depresión o la terapia comportamental dialéctica para hacer frente a los trastornos de personalidad), sino que es un enfoque general orientado hacia la aceptación y el cambio conducta. Así, tomando como punto de partida la filosofía del pragmatismo americano, combina la tecnología para el cambio de la terapia de conducta, con algunas ideas surgidas del movimiento de “*mindfulness*”. Esta forma de terapia, que se presenta a sí misma como la tercera generación de las terapias “científicas”, paradójicamente hace amplio uso de técnicas y estrategias tomadas de las terapias “no-científicas”, especialmente las terapias existenciales y humanistas (Hayes, 2004). Se trata de un enfoque de terapia individual, en el que las estrategias de cambio se diseñan en función de las necesidades del cliente, y pueden incluir: estrategias de psico-educación, solución de problemas, exposición, extinción, cambios en contingencias de refuerzos, etc. Para enseñar habilidades de atención plena, se suelen practicar breves ejercicios durante las sesiones. Pero no se recomienda la práctica de la meditación, ni en los pacientes, ni en los terapeutas. En inglés el nombre de esta terapia es “*Acceptance and Commitment Therapy*”, cuyas letras capitales forman el acrónimo ACT, que, a su vez, significa “Actúa”, que sirve de consigna para resumir esta orientación, que también queda bien recogida en el siguiente título de uno de los libros de S. Hayes, el principal proponente de este enfoque, “*Sal de tu mente y entra en tu vida*”. El objetivo de la terapia es entrenar al paciente en la flexibilidad psicológica. Ésta se entiende como la voluntad de experimentar el momento presente tal y como es, teniendo en cuenta los propios valores.

El constructo central sobre el que gira la ACT es el constructo de evitación “experiencial”, que consta de dos componentes: por un lado, consiste en la no aceptación de las experiencias negativas privadas (tales como sensaciones, emociones, pensamientos, impulsos, etc.), y por otro lado, consiste en evitar activamente tales experiencias, aunque esta evitación se haga por medios perjudiciales. Se sostiene que numerosos cuadros clínicos patológicos tienen que ver con la evitación de las experiencias privadas que no se aceptan, y se evitan por medio del abuso de sustancias, la disociación, el abuso de la comida, la evitación de los lugares públicos, etc. De hecho, cuando hicieron explícito el constructo de evitación experiencial en una escala para medirlo, se vio que correlacionaba con cuadros psicopatológicos (Hayes, et al., 1996). Además, estudios de laboratorio sobre la supresión del pensamiento han mostrado que cuanto más se intenta suprimir un pensamiento o un sentimiento, más aumenta la probabilidad de experimentarlo (Gross, 2002). Luciano y Valdivia, (2006) han explicado el mecanismo de evitación experiencial del siguiente modo:

“si la tristeza se sitúa en un marco de oposición con la vida... y ocurre que en ciertas circunstancias, se deriva malestar y pensamientos negativos; entonces, la tristeza y el malestar de sus pensamientos se intensificarán y

podrán cumplir funciones discriminativas de evitación. Tal intensificación vendría dada al situar el malestar/pensamientos negativos en contraposición temporal a las acciones valiosas, ya que la transformación de funciones a través del marco de la oposición convierte lo positivo en negativo y—como un efecto sumador—incrementa el valor negativo que ya pudiera tener la tristeza. Consecuentemente, la ausencia de un nuevo marco que contextualizase todos esos elementos, la persona emprenderá acciones para evitar/escapar de tal estado de ánimo. Esta es la regulación que define el patrón de evitación experiencial cuya persistencia puede llegar a ser destructiva si produce una limitación de la vida personal, pudiendo llegar a la evitación total: el suicidio”. (Luciano y Valdivia, 2006, pág. 83).

En otras palabras, cuando no se acepta la tristeza como un aspecto más de la vida, el hecho mismo de querer evitarla, contribuye a aumentarla. En lugar de un marco de no-aceptación, se trata de ayudar al paciente a crear un marco de aceptación de la experiencia tal y como es, de forma que, a través de la aceptación, puedan emerger nuevos contextos para que se puedan establecer nuevas relaciones funcionales. Los nuevos marcos de referencia se establecen en función de los valores del cliente. De este modo, lo que en las terapias cognitivas es visto como problemas de significado, en este caso es visto como cuestiones de clarificación de valores. En esta terapia, se intenta que el paciente preste atención a lo que considera los valores más profundos y fundamentales de su vida. Explícitamente se habla acerca de qué es lo que le gustaría conseguir en sus relaciones íntimas, en su trabajo, en su desarrollo personal, etc. Para activar esta clarificación de los valores últimos, se le pide al paciente, por ejemplo, que piense en qué es lo que le gustaría que apareciera escrito en su epitafio, igual que hacían los terapeutas existencialistas. A partir de aquí, se les pide a los pacientes que se comprometan en realizar las acciones relevantes para ser coherentes con los valores establecidos y se analizan los obstáculos que lo impiden. Para ayudar a los pacientes a superar estos obstáculos, se utilizan una gran variedad de técnicas, pero las más comunes hacen referencia a la aceptación, al estar presente, a lo que llaman de-fusión y también a la idea de que el si mismo es un contexto. A continuación, exponemos brevemente estos aspectos. (El lector interesado en revisar la evidencia empírica así como las aplicaciones clínicas del ACT puede consultar el trabajo de Pérez y Botella (2007), en este monográfico y también el trabajo de Luciano y Valdivia (2006), así como la reciente recopilación de Baer (2006)).

- Aceptación y de-fusión

En su significado mínimo, aceptación significa no-rechazo, no evitación experiencial. De modo, que se instruye al paciente para que se exponga a los eventos privados desagradables que ha estado evitando, a medida que ocurren con una

actitud de apertura a la experiencia y ausencia de crítica. Así, los pacientes tienen que exponerse a la ansiedad, la tristeza, la ira o cualquier otra emoción desagradable, observando cuidadosamente cada uno de sus elementos, es decir, las sensaciones que ocurren y dónde en el cuerpo ocurren. Se obtiene la experiencia, de este modo, de que las sensaciones desagradables se pueden experimentar sin que ocurran las consecuencias temidas. La misma estrategia se sigue con los pensamientos. En este caso, en lugar del término “desidentificación” que hemos venido utilizando, se utiliza el término de “de-fusión cognitiva” que hace referencia a que no hay que tomar el contenido de un pensamiento en el sentido literal de las palabras y que no hay que confundir los pensamientos con la realidad. En congruencia con la actual psicología del marco (ver Lakoff, 2007), se establece que las palabras crean marcos de referencia de los cuales resulta difícil salir. Por ejemplo, imaginemos que en estos momentos le pido que, por favor, no piense en un elefante de color lila. Y a continuación, le pregunto en qué está pensando. La posibilidad de que conteste que está pensando en un elefante lila es enorme, porque la palabra “elefante” crea un marco en el que uno/a se imagina un animal grande, de larga trompa y gruesas patas, del cual resulta difícil salir.

Las estrategias que se utilizan en ACT para ayudar al paciente a llevar a cabo la de-fusión resultan congruentes con las estrategias utilizadas en terapia cognitiva para supervisar los pensamientos y también con las estrategias utilizadas en el movimiento *mindfulness*, en general. Por ejemplo, en esta terapia se utiliza el *ejercicio de las hojas en el río*, que consiste en lo siguiente: Se le pide al paciente que cierre los ojos y se imagine que se encuentra a la orilla de un río y que hay hojas de árboles que pasan por el río y a medida que surge un pensamiento, lo coloca sobre una hoja y ve como pasa corriente abajo. En este contexto, el propósito de la de-fusión es ayudar al paciente a actuar de otro modo aunque esté teniendo pensamientos no deseados. Por ejemplo, si un paciente está implicado en una conducta congruente con su sistema de valores y mientras lo hace le viene el pensamiento de, pongamos por caso, “esto va a ser un desastre”, se le instruye para que siga actuando en la dirección del valor asumido, sin dejarse “fusionar” con el pensamiento. Como resulta obvio, esta estrategia permite a los pacientes reconocer los pensamientos como pensamientos.

- *El si mismo/a como un contexto*

Como acabamos de ver, en ACT se entrena a los pacientes en estrategias de *mindfulness* para reconocer lo que está presente en la experiencia en cada momento, ya provenga del exterior o del interior. Se recomienda observar la experiencia y utilizar etiquetas descriptivas para describirla brevemente con una actitud de no-juicio. Si se presenta la tendencia a evitar la acción, se observa entonces esta tendencia. Así, se anima a los pacientes a no fusionarse con sus pensamientos a verlos como objetos que pasan. Ante la aparición de un pensamiento del estilo de

“no sirvo para esto”, por ejemplo, se recomienda que el paciente utilice la siguiente frase: “estoy teniendo el pensamiento de que no sirvo para esto”. Al hacerlo así, emerge un sentido de sí mismo como diferente de lo observado y los pacientes pueden reconocer que la sensación que tienen de inutilidad es producto de que se han fusionado con ese pensamiento. Se entiende que uno/a mismo/a no es de ninguna manera determinada, sino que uno/a mismo/a es el lugar, el contexto, en el que ocurren los eventos privados.

La atención plena en las terapias humanistas

Las terapias humanistas, que partieron de la fenomenología y del existencialismo, tenían como seña distintiva la orientación hacia la experiencia tal y como es en el presente. Sin embargo, este movimiento queda fuera del movimiento actual de *mindfulness*. Probablemente, es debido a que, desde el punto de vista de los terapeutas humanistas, *mindfulness* es algo ya sabido y ya practicado por ellos. Sin embargo, coincido con la opinión de Deikman (1982) que sostiene que aunque la orientación al presente está claramente establecida en las terapias humanistas, el yo observador está confundido con otras nociones.

Por ejemplo, el énfasis de Rogers (1957) sobre el valor terapéutico del reflejo empático obligaba al terapeuta a estar centrado en la experiencia emocional del paciente tal como estaba ocurriendo en la sesión. En términos más actuales, el terapeuta se sintonizaba o armonizaba con el paciente. Al devolverle al paciente su experiencia por medio del reflejo empático, el terapeuta facilitaba el que éste pudiera ver su experiencia emocional tal y como era y, de este modo, se esperaba que el paciente la aceptara y entrara en contacto con sus deseos más auténticos. De este modo, el paciente podía reducir la distancia entre su sí mismo/a ideal y su sí mismo/a real. Esta formulación de la relación terapéutica ha resultado muy útil. Sin embargo, aunque el sí mismo real en Rogers hace referencia a la conciencia que experimenta, no es exactamente lo mismo que lo que hemos llamado “yo observador” y está entremezclado con otras nociones de la estructura de la personalidad. Lo mismo sucede en el modelo de Perls.

La terapia *Gestalt* establecida por Perls (1969) introdujo dos fórmulas importantes para llevar la atención al presente que han resultado extraordinariamente útiles en psicoterapia. La primera consistió en ayudar al paciente a preguntarse por el cómo de la experiencia en lugar de por el porqué de la misma. Centrarse en el cómo de la experiencia permite ver y entender como funciona la experiencia problemática y permite también ganar perspectiva. De igual modo, Perls sostenía que el presente es lo único que existe, porque el pasado ya no es y el futuro todavía no es. En cambio, al centrarnos en el ahora, nos centramos en nuestra presencia aquí y en lo que estamos experimentando. Estas estrategias se encuentran muy extendidas en la práctica de la psicoterapia. Pero ambas están al servicio de incrementar la conciencia de los contenidos de la experiencia, y ésta está fundida con la noción de

autoconciencia. El modelo de auto-conciencia de Perls es dualista y la noción de yo observador no está claramente formulada.

Atención plena y psicoanálisis

La relación entre el psicoanálisis y la meditación tiene una breve, pero intensa historia (ver Bogart, 1991 para una buena revisión). Además, en la actualidad, explorar las relaciones entre meditación y psicoanálisis es un tema que suscita mucho interés y debate (Lagan, 2006; Safran, 2003). Sin embargo, no voy a entrar en este tema, para poder ir a los aspectos que me parecen más relevantes.

La técnica del análisis que Freud estableció requería que el paciente se situara en una posición cómoda y relajada. A partir de aquí, se le instruía para que se colocara en una actitud no reflexiva y no crítica, de apertura a la experiencia; después, se le pedía que verbalizara las percepciones internas (sentimientos, pensamientos, recuerdos,...) que iba teniendo en el orden en el que le venían a la mente. Para facilitar la tarea, Freud utilizaba la metáfora de ir en un tren. Le decía al paciente que se imaginara que iba sentado en el vagón de un tren, mirando por la ventana y que describía los paisajes cambiantes que iba viendo a un compañero de viaje que estaba situado en el interior del vagón (Deikman, 1982).

Resulta evidente que esta situación es un dispositivo de auto-observación para ver los procesos mentales y su práctica, al igual que la práctica de la meditación *vipassana*, permite fortalecer el yo observador. Pero en el psicoanálisis clásico esta situación de observación está distorsionada por el contexto autoritario que rige en la relación terapéutica, es decir, el paciente observa y ve, pero el que interpreta es el psicoanalista. Y el psicoanalista interpreta siguiendo su teoría. Desde el punto de vista teórico del psicoanálisis, el dispositivo de auto-observación no es más que una herramienta técnica que le permite al psicoanalista “ver” los invisibles elementos psíquicos del inconsciente que actúan fundiéndose o condensándose entre sí, cambiando de figura o sublimándose. En resumen, en el psicoanálisis, el yo observador está confundido con los otros elementos de la estructura psíquica propuesta por la teoría de Freud.

Esta situación, en la que el yo observador está entremezclado con otras estructuras psíquicas, se mantiene a lo largo de la historia del psicoanálisis, con alguna que otra excepción. Por esta razón, me parece que el paso que ha dado Stern (2004), en su obra “*The present moment in psychotherapy and everyday life*”, es un paso importante.

Desde dentro de la tradición psicoanalítica, Stern (2004) sostiene que el objeto del análisis sólo debe ser lo que entra en la conciencia en el presente. Este autor no utiliza el término de atención plena o *mindfulness* y tampoco bebe en las fuentes del budismo y la meditación *vipassana*; sin embargo, en la práctica, su posición resulta muy similar a las teorías que hemos venido comentando. Para articular su posición, Stern toma como fuente la tradición fenomenológica. Partiendo de Husserl, este

autor propone comprender el momento presente como el instante en el que algo entra en la conciencia y se despliega la experiencia. Lo llama también un momento de *Kairos*, en el que algo sucede. Además, Stern propone que lo que entra en la conciencia, el momento presente, tiene una duración aproximada en torno a los 10", porque este es el tiempo requerido para formular una intención comunicativa o decir una frase. Dado que somos seres inter-subjetivos, resulta natural que la intención comunicativa sea la unidad de tiempo básica en la que existimos en el fluir de la conciencia.

Para investigar la naturaleza de los momentos presentes, Stern ha desarrollado un instrumento que llama "La entrevista del desayuno" con el que ilustra muy bien su posición. Esta entrevista es un instrumento de investigación y se utiliza con sujetos normales. Resulta como un microscopio a través del cual ver "*el mundo en un grano de arena*". El sujeto es entrevistado a media mañana acerca de su experiencia durante el desayuno de esa misma mañana. Durante cerca de hora y media, Stern ayuda al sujeto a reconstruir sus "momentos de conciencia" durante el desayuno. Como vimos antes, estos momentos tienen una duración variable en torno a los 10", de modo que durante la hora y media de entrevista, puede que se haya revisado nada más que lo ocurrido en tres minutos de tiempo real. Pero resulta fascinante ver la información acerca de los movimientos de la conciencia que se puede extraer cuando se observan con tanta minuciosidad.

A partir de estos estudios, el mensaje que Stern lanza a los psicoanalistas es muy claro: En lugar de analizar el pasado, los psicoanalistas deben ayudar a sus pacientes a analizar los "momentos presentes". Pero estar en el presente no es fácil, porque requiere estar en el terreno mismo en el que las imágenes conscientes se están formando, y, por tanto requiere tolerancia a la ambigüedad inherente a tal proceso. En la propuesta de Stern (2004), se entiende que la terapia funciona por medio de un proceso inter-subjetivo de co-creación de la experiencia; de este modo, el terapeuta debe centrarse exclusivamente sobre lo que está ocurriendo en la sesión momento a momento. Si se hace esto, se está fortaleciendo el yo observador del paciente y se alcanzan "momentos presentes compartidos" entre el terapeuta y el paciente. A la vez, los psicoanalistas se dan la oportunidad de no perder el tren del siglo XXI.

NOTAS SOBRE LOS MECANISMOS DE ACTUACIÓN DE LA ATENCIÓN PLENA

El yo observador requiere ser cultivado, porque en la experiencia común se encuentra fusionado con el *ego*, entendido como la imagen que tenemos de nosotros/as mismos/as, proveniente de los procesos de arriba-abajo de la memoria autobiográfica. Esta confusión está presente, de diferentes formas, en la historia de la psicoterapia (Deikman, 1982). Al cultivar la atención plena (*mindfulness*) se crea una situación de auto-observación terapéutica que permite desarrollar el yo obser-

vador. Al actuar con atención plena, observando sin juzgar, con apertura, curiosidad y aceptación de la experiencia tal y como es en el momento presente, el paciente puede acceder a otro plano de la conciencia en el que puede identificar los contenidos de su experiencia (patrones emocionales, pensamientos, fantasías, etc.) como algo distinto de la conciencia que observa; en el modelo cognitivo este proceso se denomina desarrollo de la conciencia metacognitiva.

La atención plena (*mindfulness*) permite, por tanto, orientarse en el momento abriendo un espacio para mirar y formar la intención de ver lo que hay presente y vivo en la experiencia del momento. El cultivo de esta actitud permite la des-identificación de las secuencias automáticas (el “piloto automático”). Se accede, así, a verlas a medida que ocurren. Cuando las secuencias automáticas se observan con atención, curiosidad, aceptación, apertura y sin juzgar, disminuyen su impacto y su intensidad; es posible, entonces, elegir una respuesta apropiada a la situación. Aunque la ansiedad, la depresión, la ira, etc. no desaparezcan por completo al principio, al comenzar a observarlas con atención plena, se van haciendo menos globales y se van restringiendo. Se incrementa, así, la autonomía en las situaciones que antes suscitaban angustia e impotencia. No es sorprendente, por tanto, que entre los beneficios de la práctica de la atención plena para la salud, destaquen los siguientes: 1) facilidad para regular las propias emociones, 2) mayor flexibilidad cognitiva y 3) mayor facilidad para cultivar estados y rasgos positivos (Baer, 2003).

Para ayudar a los pacientes a desarrollar el yo observador, el/la terapeuta tiene que haber desarrollado primero su propio yo observador y tiene que haber aprendido a distinguirlo de su *ego*. En mi opinión, el fracaso en hacer esto se relaciona tanto con el fracaso terapéutico como con el elevado número de “*burnouts*” con el que cuenta esta profesión. No es posible transmitir al paciente la calma que proviene de la ausencia de miedo, si uno/a no posee esa calma. La atención plena, además, no puede ser aprendida en los libros. Requiere práctica y maestros/as adecuadamente formados/as.

Para explicar cómo funciona la atención plena, se han propuesto varias explicaciones que hacen uso de los mecanismos explicativos habituales hasta ahora en psicoterapia, como la exposición y la desensibilización, el cambio cognitivo o el incremento de la auto-eficacia. Sin embargo, no voy a detenerme en estos mecanismos, cuya exposición puede ser consultada en el trabajo de Pérez y Botella (2007) o en Baer (2003). A continuación, voy a centrarme en hipótesis que provienen de la neurociencia actual. En especial, expondré brevemente la propuesta planteada por Siegel (2007) en su excelente obra, “*The mindful brain*”, que, sin duda, se convertirá en una referencia clave para entender cómo funciona la atención plena “*mindfulness*”. Pero antes de exponer la tesis de Siegel, quisiera detenerme unos momentos en la interesante pregunta de ¿cuánto dura el ahora?, ¿qué es, en realidad, el instante en el que nos hacemos conscientes de algo?

¿Cuánto dura el ahora?

Varela (1999), en un trabajo sobre las posibilidades metodológicas de la investigación sobre la primera persona, se pregunta “*what is the nowness of the now?*”. Es decir, qué sabemos sobre la experiencia del ahora, ¿qué es, en realidad, eso que llamamos ahora, en el que sucede la experiencia?, ¿Cuales son los requisitos para que se cumpla tal experiencia directa de la *ipseidad* (sentido de uno/a mismo/a en el nivel de la conciencia central o nuclear), ese sentido de ser en el conocer que se experimenta como una apertura a la luminosidad de la mente.

Desde el ámbito de la neurobiología, Varela (1999) propuso entender el horizonte temporal de la experiencia humana a partir de tres escalas de duración: La primera escala estaría formada por la distancia requerida entre dos estímulos para ser percibidos como no-simultáneos, un umbral que varía según las modalidades sensoriales (y que puede ser enraizado en los ritmos celulares intrínsecos a las descargas neuronales y las integraciones sinápticas). Estamos hablando de eventos que suceden en el rango de 10 milisegundos. La segunda escala temporal es la que tiene que ver con la integración de esas unidades elementales, por medio de asambleas celulares que ocurren en pocos segundos. Y en tercer lugar, estaría el tiempo de las afirmaciones descriptivas, unidas a las capacidades lingüísticas, y que es el flujo del tiempo en el que transcurre el intercambio de intenciones comunicativas, es decir, donde ocurre la convivencia. Entre estas escalas temporales habría un bucle recursivo para componer una unidad o un sentido de objeto-evento (Varela, 1999). De modo que para percibir un estímulo visual, por ejemplo, sería necesario el trabajo sincronizado de estas tres escalas temporales.

En síntesis, de la exposición de Varela (1999) dos cosas resultan claras: 1) que por debajo de lo que percibimos como el ahora se encuentra el funcionamiento silencioso del cerebro que, en sí mismo, es como una composición musical en la que se sincronizan distintos ritmos para formar una armonía; y 2) que lo que percibimos conscientemente como el instante presente está enraizado en la capacidad mental de formar una intención comunicativa.

La atención plena como armonización

Desde hace tiempo sabemos que la intencionalidad es el ámbito propiamente mental y sabemos también que la intencionalidad es fruto de la convivencia. Pero hasta hace poco, no estaba claro cuáles eran los procesos y mecanismos por los cuales se relacionaban ambas cosas. En la actualidad, el campo emergente de la neurobiología interpersonal, articulado por Siegel (1999, 2007) entre otros, nos permite una comprensión incipiente de las relaciones entre intencionalidad y convivencia. (Las personas interesadas en profundizar en la relación entre *mindfulness* y neurobiología y en la perspectiva de la neurobiología interpersonal, pueden consultar el trabajo de Simón (2007) en este mismo monográfico).

En un trabajo anterior, Siegel (1999) mostró cómo las relaciones de apego

moldean la mente (y las estructuras cerebrales) del niño/a en desarrollo. El aspecto clave para el desarrollo infantil saludable es la armonización o sintonización con una figura de apego sensible a las necesidades emocionales reales del niño/a. Tomando la analogía del apego seguro, Siegel (2007) sostiene que por medio de la atención plena, nos sintonizamos o armonizamos con nosotros mismos.

Cuando el apego es seguro, el adulto sintoniza con el estado emocional y mental del niño/a, es decir, es capaz de leer correctamente no sólo su conducta, sino también su intención y es capaz también de no reaccionar a lo que pasa con el “piloto automático”. En otras palabras, el cuidador adulto, para generar apego seguro, tiene que abrirse a la emoción en la que el niño/a está en ese momento y armonizarse con él – sin fundirse, ni mimetizarse con la experiencia del otro. La sintonización entre el niño/a en desarrollo y la figura de apego sensible establece un circuito de resonancia que le permite al niño/a sentirse seguro y *sentirse sentido*. Esta resonancia emocional entre ambos funciona como un puente entre el adulto y el niño, a través del cual el niño/a aprende: a) a regular la intensidad de sus estados internos, b) a leerlos correctamente y articularlos en palabras tomando prestada la perspectiva de la figura de apego y c) aprende también que puede confiar en los demás para regular su malestar. No es sorprendente, por tanto, que el apego seguro sea la condición asociada con un desarrollo psicológico y físico saludable y equilibrado.

En este proceso de armonización que se produce en el apego seguro, igual que en la empatía auténtica, se pueden distinguir tres componentes: 1) darse cuenta y compartir el afecto del otro, 2) mantener una representación de uno/a mismo separado, sin fundirse con el otro, y 3) mecanismos flexibles de auto-regulación emocional que permitan pasar de forma fluida de la perspectiva de uno/a mismo/a a la del otro. Es importante, sin embargo, no confundir la empatía auténtica con la fórmula racionalista de la empatía como ponerse en el lugar del otro, que conduce directamente a: a) comportamientos invasores, b) centrarse sobre uno/a mismo/a mientras uno/a se confunde con el otro y c) convierte la convivencia en un laberinto de espejos (Palm-Beskow, Beskow y Miró, 2004).

Siegel (2007) ha aplicado este análisis de la empatía auténtica, que permite pasar de una perspectiva a otra sin confundirse con el otro/a, a la atención plena. En este caso, el cambio de perspectivas se produce entre el yo observador/a y el yo que experimenta. Al practicar la atención plena y adoptar una actitud de observar sin juzgar, de apertura, curiosidad y aceptación, se activa un circuito de resonancia con la propia experiencia. En palabras de Siegel (2007): “*Aquí los circuitos sociales del cerebro se centran en la experiencia del “self” como “otro” que puede ser entendido, recibido sin crítica y sintonizado con un sentido de resonancia por el “self” observador*” (pág. 132) Así, este autor está proponiendo entender la atención plena como una forma de sintonización interior que puede fortalecer los circuitos sociales de la empatía y las llamadas neuronas en espejo, para crear un estado de

integración neuronal y auto-regulación flexible. Igual que en el apego seguro, la sensación de seguridad que se establece cuando uno/a se sintoniza con su interior con la actitud correcta, iniciaría la conciencia receptiva en la que la atención ejecutiva está abierta a lo que surja en el campo de la experiencia en el momento. Éste sería el núcleo del estado de conciencia que se activa con la atención plena y que puede ser iniciado intencionalmente (Siegel, 2007).

La hipótesis de la atención plena como armonización, además, tiene en cuenta el paralelismo entre los procesos neurobiológicos que median la relación con los demás y con uno/a mismo/a. En síntesis, se trata de dos caras de la misma moneda. Por tanto, no hay misterio en el hecho de que el cultivo de la atención plena sirva tanto para aliviar el sufrimiento como para mejorar la convivencia.

CONCLUSIÓN

Nos encontramos en el comienzo de una nueva era. Vivimos en un mundo globalmente interconectado. Un mundo nuevo, diferente de cualquier otro que se haya dado en la historia. A la vez que todo cambia vertiginosamente, emerge el presente continuo como un nuevo tiempo histórico. Para adaptarnos a este complejo mundo, necesitamos una nueva forma de experimentar el vivir humano que integre y supere la forma que hemos heredado de las sociedades tribales. Necesitamos una forma de relacionarnos con la realidad que se asiente sobre premisas distintas del dualismo, del afán de conquista y de posesión. Necesitamos una nueva forma de mirar que no haga de las cosas, ni de las personas, simplemente objetos disponibles para la manipulación y el control, sino que permita contemplar y admirar la realidad en su continuo fluir, en su permanente amanecer. En mi opinión, la atención plena o *mindfulness* es esa nueva mirada, cultivada durante siglos en las tradiciones contemplativas, y emergente en la psicoterapia, la psicología de la salud y la ciencia, en general, en la actualidad.

Desde el punto de vista de la historia de la psicoterapia, la emergencia del movimiento *mindfulness* abre la puerta a un nuevo marco integrador y significa una clarificación importante, porque permite comprender la conciencia como el yo observador, que puede ser adecuadamente cultivado para permitir la “des-identificación” de los automatismos adquiridos. Además, el entrenamiento en *mindfulness* puede ser implementado en grupos y esto hace que sea un instrumento eficiente tanto como indicación terapéutica principal como complementaria a otras intervenciones. El entrenamiento adecuado en las técnicas de auto-observación terapéutica, permite a las personas situarse ante las experiencias problemáticas y no-deseadas con una actitud de observar sin juzgar, curiosidad, aceptación y compasión y, con la práctica, permite incrementar la libertad y la autonomía de las personas. El yo observador está anclado en el presente, en el ahora, pero no debe ser confundido con los contenidos (emocionales o cognitivos) presentes en un momento dado. El ahora en el que el yo observador está instalado es un ahora que es siempre, en el sentido

de que el yo que observa y experimenta (awareness) es espacio y lucidez, y no hay que confundir el espacio y la luz de una habitación, por ejemplo, con el mobiliario que hay en ella en un momento dado. Tampoco hay que confundir la forma de una ola con el mar de la que forma parte. Contactar con el yo observador por medio de la práctica de *mindfulness* nos pone en contacto con la realidad que somos siendo.

Este ser siendo al que nos lleva el río del presente es muy diferente de vivir en el futuro (o en el pasado), desde el pensamiento. Cuando vivimos en el futuro (o el pasado), vivimos en el tiempo virtual de la imaginación y vivir se convierte en una continua comparación entre lo imaginado y lo vivido o entre uno/a mismo/a y los miembros del grupo. Cuando se desliga del presente y vive en la imaginación, la conciencia (identificada con el *ego* y las emociones), crea su propia “película” con sus protagonistas y actores secundarios, y se instala en ella. En cambio cuando la atención permanece centrada en el presente, si se practica *mindfulness* de manera adecuada, el convivir con uno/a mismo/a y con los demás, se va transformando. La experiencia del presente se va convirtiendo en un ir armonizándose con uno/a mismo/a y con los demás, distendiéndose más y más en la espaciosidad y lucidez de la conciencia.

La atención plena o “mindfulness” hace referencia al estado mental en el que la conciencia (yo observador) se instala en el momento presente y se abre al fluir de la experiencia en su estado emergente. Es una habilidad psicológica que, al igual que aprender a tocar el piano, requiere práctica. Históricamente, ha sido cultivada en las tradiciones contemplativas y, en la actualidad, ha emergido como una intervención clínica en la psicología de la salud y en psicoterapia. Se revisa la forma en la que se está utilizando la atención plena desde distintos modelos psicoterapéuticos y se exponen algunas hipótesis explicativas sobre sus mecanismos de actuación. Se sostiene también que la atención plena o mindfulness resulta congruente con el nuevo tiempo histórico en el que hemos entrado: el presente continuo.

Palabras clave: *atención plena, intervención clínica, meditación, armonización.*

Nota de la autora

Este trabajo ha sido posible gracias a la financiación de la Fundación Canaria para la Investigación en Salud (FUNCIS) de un proyecto para investigar la eficacia de la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión de larga duración.

Referencias bibliográficas

- BAER, R. (2003). Mindfulness training as a Clinical Intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 2, 125-144.
- BAER, R. (Ed.) (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches*. New York: Academic Press.
- BAER, R. & KRIETMEYER, J. (2006). Overview of Mindfulness and Acceptance-Based Treatment Approaches. En Baer, R. (Ed.) (2006), *Mindfulness-Based Treatment Approaches*. New York: Academic Press. 3-27.
- BOGART, G. (1991). The use of meditation in psychotherapy: A review of the literature. *American Journal of Psychotherapy*, vol. XLV, nº 3, 383-411
- CARLSON, L. et al. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- CARSON, L. et al. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behaviour Therapy*, 35, 471-494.
- CEBOLLA, A. Y MIRÓ, M.T. (2007). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*.
- DAMASIO, A. (1999). *La sensación de lo que ocurre, cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate, 2001.
- DEIKMAN, A.J. (1982). *The observing self, mysticism and psychotherapy*. Boston: Beacon Press.
- ELKIN, I. et al. (1989). NIMH treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.
- GARCIA PALACIOS, A. (2007). *Mindfulness en la terapia comportamental dialéctica*. *Revista de Psicoterapia*.
- GROSS, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V. (1991). *The self in process*. New York: Guilford. (Traducción castellana en Paidós, 1995).
- HANH, T.N. (1974). *Las claves del Zen, guía para la práctica del Zen*. Madrid: Artes Gráficas Cofas.
- HANH, T.N. (1976). *El milagro de mindfulness*. Barcelona: Ed. Oniro, 2007
- HAYES, S. et al. (1996). Emotional avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- HAYES, S. et al. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- HAYES, S. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavioral therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. En S. Hayes, V. Follette & M. Linehan (eds.) *Mindfulness and acceptance, expanding the cognitive behavioural tradition*. New York: Guilford, 1-30.
- HOLLON, S. D. & KENDAL, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-396.
- KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte Press. (traducción castellana en Ed. Kairós, 2005).
- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 144-156.
- KABAT-ZINN, J. (2005) *Coming to our senses, healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- KOSELLECK, R. (2003). *Aceleración, prognosis y secularización*. Valencia: Pre-textos.
- LAGAN, R. (2006). *Minding what matters, psychotherapy and the Buddha within*. Boston: Wisdom Publications
- LAKOFF, G. (2007). *No pienses en un elefante*. Madrid: Complutense.
- LINEHAN, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- LINEHAN, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford (traducción castellana en Ed. Paidós, 2003).
- LUCIANO, C. & VALDIVIA, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT), fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27,2, 79-91.
- LUZT, A., DUNNE, J.D. & DAVIDSON, R. J. (2007). Meditation and the neuroscience of consciousness: An introduction. En P.D. Zelazo, M. Moscovitch & E. Thompson (Eds.) *The Cambridge handbook of consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press, 499-554.

- MATURANA, H. & VARELA, F. (1994). *De máquinas y seres vivos, autopoiesis: la organización de lo vivo* (Segunda Edición). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- MIRÓ, M.T. (2000). El problema del otro en el post-racionalismo. *Revista de Psicoterapia*, 41,115-125.
- MIRÓ, M.T. (2005). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. *Monografías de Psiquiatría*, vol. XVII, n.2, 8-17.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1991). Responses to depresión and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- NYANAPONIKA,T. (1976). *El poder de la atención mental*. Madrid: Ed. Jaguar, 2006.
- PALM-BESKOW, A. BESKOW, J. & MIRÓ, M.T. (2004). *Cognitive Psychotherapy and the development of consciousness*. Göteborg, SE: Intellecta.
- PERLS, F. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette Ca: Real People Press.
- PÉREZ, A. & BOTELLA L. (2007) Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*.
- POLANYI, M. (1958). *Personal Knowledge*. New York: Harper.
- RICOEUR, P. (1991). *El si mismo como otro*, Madrid: s.XXI Ed. 1996.
- ROGERS, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- SAFRAN, J. (Ed.)(2003). *Psychoanalysis and Buddhism, an unfolding dialogue*. Somerville, Ma: Wisdom Publications.
- SEGAL, Z. WILLIAMS, M. & TEASDALE, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford (Traducción castellana en Ed: DDB).
- SIEGEL, D. (1999). *The developing mind*. New York: Guilford.
- SIEGEL, D. (2007). *The mindful Brain*. New York: Norton.
- SIMÓN, V. (2001). El ego, la conciencia y las emociones: un modelo interactivo. *Psicothema*. 13,2, 205-213.
- SIMÓN, V. (2003). La deuda emocional. *Psicothema*. 15,2, 328-334.
- SIMÓN, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*.
- STERN, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- TASHI, L. (2006). Meditación Shiné. Manuscrito no publicado.
- TEASDALE, J. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- THRANGU, R. (2001). *An introduction to Mahamudra Meditation*. Crestone, Co: Namu Buddha Publications.
- VARELA, F. (1999). Present time consciousness. En F.Varela & J. Shear (Ed.) The view from within, first person approaches to the study of consciousness, *Journal of Consciousness Studies*, 6, 2-3, 11-141.
- WALLACE, A. B. (2005). *Genuine Happiness, meditation as the path to fulfilment*. Hoboken, NJ: Wiley
- WEIMER,W.B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: the motor theories of the mind. En R. Shaw & J. Bransford (Eds.) *Perceiving, Acting and Knowing*. Hillsdale: LEA, 267-311.
- ZAMBRANO,M. (1986). *El sueño creador*. Madrid: Turner.
- ZAMBRANO,M. (1987). *El pensamiento vivo de Séneca*. Madrid: Cátedra.

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

M^a Antonia Pérez y Luis Botella

FPCEE Blanquerna

Universidad Ramon Lull

Barcelona

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

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

DEFINICIONES DE CONCIENCIA PLENA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMPONENTES DE LA CONCIENCIA PLENA

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

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

Atención al momento presente

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

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

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

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

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

Apertura a la experiencia

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

Aceptación

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

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

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

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

Dejar pasar

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

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

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

Intención

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

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

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

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CONCIENCIA PLENA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA CONCIENCIA PLENA

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

Exposición

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

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

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

Cambios cognitivos

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

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

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

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

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

haberlo leído para memorizarlo.

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

Autocontrol o auto-regulación

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

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

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

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

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

Aceptación

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

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

Integración de aspectos disociados del *self*

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

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

Clarificación de valores y espiritualidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relajación

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

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

ENFOQUES TERAPÉUTICOS QUE INCORPORAN LA CONCIENCIA PLENA

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

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

Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena (MBSR)

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

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

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

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

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

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

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

y permitirse simplemente “ser”.

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

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

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

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

Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT)

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

Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

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

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

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

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

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

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Terapia Breve Relacional (BRT)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APLICACIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE LA COCIENCIA PLENA: EVIDENCIA EMPÍRICA

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

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

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

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

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

Depresión y ansiedad

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

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

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

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

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

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

Trastornos de personalidad

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

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

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

trastorno límite de personalidad (Turner, 2000).

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

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

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

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

Trastornos alimentarios

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

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

Psicosis

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

Abuso de sustancias

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

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

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

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

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

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

Psicoterapia en general

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

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

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

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

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

Cáncer

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

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

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

Dolor crónico

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

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

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

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

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

Lesiones cerebrales traumáticas

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

Fatiga crónica

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

Otras patologías médicas

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

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

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

Poblaciones no clínicas

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

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

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

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

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

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

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

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

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

121-127.

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

MINDFULNESS EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-COMPORTAMENTAL

Azucena García Palacios

Universitat Jaume I

azucena@psb.uji.es

In the last years, Mindfulness is entering psychotherapy more and more. One of the pioneers treatment program in the incorporation of mindfulness is Dialectical Behavior Therapy (DBT) developed for the treatment of a complex and difficult condition, borderline personality disorder. DBT is a Cognitive Behavioral Therapy approach that incorporates innovative therapeutic elements in order to treat the dysfunctional pattern of behaviour of borderline personality. One of these components is mindfulness. The aim of this work is to describe mindfulness skills in DBT. First we will describe briefly DBT and how mindfulness skills suit in the program. We will describe what mindfulness skills are included in DBT, analyze their therapeutic utility, as well as the differences between DBT mindfulness skills and other mindfulness procedures.

Key Words: Psychotherapy, Cognitive Behavior Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness

Introducción

Una de las definiciones más sencillas de *mindfulness* o atención plena dentro del marco de la psicoterapia es la realizada por Kabat-Zinn (1990) que describe este concepto como “el acto de focalizar la atención de forma intencionada en el momento presente con aceptación”. Las definiciones de *mindfulness* suelen incluir términos como conciencia, atención, intencionalidad y aceptación, entre otros. Germer (2005) resume estas definiciones en tres elementos fundamentales para entender la utilización de *mindfulness* en psicoterapia: 1) conciencia, 2) de la experiencia presente, 3) con aceptación.

La atención plena trata de ser consciente de lo que está pasando en el momento presente sin juzgar o rechazar lo que está ocurriendo, tomar conciencia de nuestras experiencias internas y externas sin rechazar nada, sin aferrarse a nada.

La práctica de *mindfulness* o atención plena a través de la meditación es muy antigua en la tradición oriental, sobre todo en el Budismo. En esta tradición, la

atención plena es un método que ayuda a reducir el sufrimiento y a promover cualidades positivas como la sabiduría, el *insight* o la compasión (Kabat-Zinn, 2003). Como indican Baer y Krietemeyer (2006) profesionales e investigadores en salud mental han puesto su interés en la atención plena como un medio de ayudar a personas aquejadas de distintos problemas mentales. Estos profesionales han conceptualizado la atención plena como una serie de técnicas que pueden ser enseñadas fuera del marco de creencias religiosas. Estas técnicas se han incluido en programas de intervención que tienen como finalidad el tratamiento de diversos problemas psicológicos. Los tratamientos más conocidos son el Programa de Reducción del Estrés basado en técnicas de *Mindfulness* (MBSR, Kabat-Zinn, 1982, 1990), la terapia Dialéctico-Comportamental (DBT, Linehan, 1993a), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), y la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT, Segal, Williams y Teasdale, 2002).

El objetivo de este artículo es describir las técnicas de *mindfulness* que se utilizan en la Terapia Dialéctico-Comportamental (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT). En los siguientes apartados describiremos brevemente la DBT para después adentrarnos en el componente que nos ocupa, las técnicas de *mindfulness* o atención plena

Terapia dialéctico-comportamental

La Dra. Marsha Linehan y su equipo de la Universidad de Washington en Estados Unidos diseñaron y pusieron a prueba la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) con el fin de abordar uno de los trastornos más complejos y difíciles de tratar, el trastorno límite de la personalidad (Trastorno Límite de la Personalidad). En este apartado describiremos brevemente la DBT. Para una mayor profundización se recomienda la lectura de los manuales que describen la terapia (Linehan 1993a, Linehan 1993b). Existen también resúmenes de la misma en castellano que proporcionan una idea general de la DBT (García-Palacios, 2004; García-Palacios, 2006).

El TLP se manifiesta por un patrón de funcionamiento desadaptativo y generalizado caracterizado por una inestabilidad que se manifiesta en la afectividad, el comportamiento, la cognición y las relaciones interpersonales (APA, 2000). Este patrón se traduce en una importante inestabilidad del estado de ánimo, impulsividad extrema, sentimientos crónicos de vacío, comportamientos autolesivos recurrentes o intentos de suicidio, y relaciones interpersonales caóticas e intensas (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004). La prevalencia vital de este trastorno se estima entre un 1 y un 2% en la población general (APA, 2000; Selva, Bellver y Carabal, 2005). La tasa de suicidio es preocupante; se estima que alrededor del 9% de estos pacientes se suicidan (APA, 2000). El TLP presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, principalmente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastornos relacionados con el consumo de sustancias, y trastornos de la conducta alimentaria (Caballo et al., 2004; Girolano y Dotto, 2000).

Linehan (1993a) conceptualiza el TLP desde una perspectiva biosocial como una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante. Según esta perspectiva, el individuo presenta una alta vulnerabilidad emocional determinada por factores biológicos que le lleva a presentar una elevada reactividad del estado de ánimo y dificultades en la regulación de las emociones. El factor psicosocial del modelo de Linehan es el ambiente invalidante, que consiste en un patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales. Se trata de un ambiente que no reconoce, no sabe responder adecuadamente, e incluso castiga la manifestación de los problemas emocionales que presenta el niño. A medida que la personalidad del individuo se va conformando, estos dos factores interactúan para dar lugar a un patrón de inestabilidad emocional, que constituye la esencia de este trastorno. El individuo intenta, de forma desadaptativa regular o controlar su inestabilidad emocional y surgen los problemas en otras áreas: comportamental, cognitiva, interpersonal, e identidad. A partir de este modelo teórico, Linehan diseña la DBT, un programa de tratamiento cognitivo-comportamental cuyo objetivo fundamental es que el paciente aprenda a regular las emociones y, a su vez, reducir las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo. El tratamiento se estructura en torno a cinco áreas problemáticas: disfunción emocional, comportamental, cognitiva, interpersonal y de la identidad.

Uno de los aspectos más innovadores de la DBT dentro del marco de la terapia cognitivo-comportamental (TCC) es la combinación de técnicas de aceptación y técnicas de cambio. La TCC es predominantemente una serie de técnicas destinadas al cambio. Tomemos por ejemplo la terapia cognitiva para la depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Mediante técnicas para cambiar las conductas (programación de actividades) y técnicas para cambiar las cogniciones (reestructuración cognitiva) se llega al cambio de las emociones (tristeza). Linehan considera que utilizar sólo técnicas de cambio con los pacientes que sufren TLP es insuficiente y muy difícil, por lo que incorpora las técnicas de aceptación. El planteamiento de la terapia es la aceptación de la situación clínica y vital del paciente en el momento presente y la necesidad de producir cambios con el fin de que el paciente pueda tener una vida que valga la pena ser vivida. Es ésta la primera dialéctica que se le plantea al terapeuta dialéctico-comportamental y al mismo paciente. Las técnicas básicas se estructuran en estrategias de aceptación (por ejemplo, validación, *mindfulness* y tácticas de tolerancia al malestar) y estrategias de cambio (por ejemplo, eficacia interpersonal y regulación emocional).

La DBT tiene varias fases. La primera de ellas es el pretratamiento. Esta fase es fundamental porque en ella se determinan los límites de la terapia, unos límites que van a guiar y dar estructura al programa psicoterapéutico. Los objetivos de esta fase, teniendo en cuenta la poca conciencia de enfermedad característica de éste y otros trastornos de la personalidad, son la orientación del paciente hacia la terapia,

el establecimiento de la relación terapéutica, y fijar las metas y los compromisos básicos para el buen funcionamiento de la terapia.

La segunda fase es la fase del tratamiento propiamente dicho. El objetivo fundamental es tratar los aspectos fundamentales del TLP: Disminuir las conductas suicidas y parasuicidas, trabajar con las conductas que interfieran en la terapia y tratar las conductas que interfieran en la calidad de vida del paciente. Otro objetivo, una vez que el paciente aprende a regular las emociones es el tratamiento del estrés postraumático. En esta fase se utilizan distintos modos de terapia, individual, grupal y consultas telefónicas. Esta fase tiene una duración de un año y se establece una sesión individual y una sesión de grupo a la semana y las consultas telefónicas se utilizan entre sesiones principalmente para ayudar al paciente a generalizar las habilidades y estrategias aprendidas en consulta a su contexto natural.

El modo de terapia básico de la DBT es la terapia individual. La terapia individual de la DBT no sigue el formato tradicional de la terapia cognitivo-comportamental. No existe un manual de tratamiento estructurado que guíe la terapia. Como señalan Miller y Rathus (2000) la DBT es una intervención basada en principios terapéuticos y no una intervención basada en un manual de tratamiento. Lo que guía la terapia es una jerarquía de metas terapéuticas que se abordan en función de su importancia. La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente: 1. Conductas suicidas y parasuicidas; 2. Conductas que interfieran con la terapia; 3. Conductas que interfieran en la calidad de vida; 4. Aumentar habilidades comportamentales. Los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente se organizan en función de esa jerarquía de prioridades y se van tratando de forma individualizada en las sesiones de terapia individual teniendo como estrategias fundamentales el análisis funcional y la solución de problemas. Para el abordaje de los problemas de los pacientes en distintas áreas, además de la adquisición y práctica de cuatro tipos de habilidades propias de la DBT se utilizan técnicas terapéuticas como el manejo de contingencias, la exposición, o las técnicas cognitivas. El proceso terapéutico también sirve para abordar los problemas del paciente. Se utilizan tácticas de validación, estrategias de comunicación recíproca, el uso de distintos estilos de comunicación, desde un estilo más confortador a un estilo más irreverente, y estrategias dialécticas, planteando los problemas como polos (tesis y antítesis) de un continuo que puede llegar a una integración o solución (síntesis).

El modo de terapia grupal tiene como objetivo entrenar a los pacientes en distintas habilidades. La terapia grupal sigue las pautas de un programa cognitivo-comportamental. Existe un manual de tratamiento estructurado que especifica los aspectos a tratar en cada módulo del entrenamiento en habilidades. Los cuatro tipos de habilidades se presentan en el grupo y se practican en este formato y en la terapia individual. El grupo de terapia se compone de entre seis a ocho pacientes y dos terapeutas, que se reúnen una vez por semana en sesiones de alrededor de dos horas y media. Las habilidades que se adquieren y practican en el grupo son las siguientes (Linehan, 1993b):

Habilidades de atención plena o mindfulness. Describiremos con más detalles estas técnicas en el siguiente apartado. Sí nos gustaría enfatizar que el entrenamiento en estas tácticas es una condición para el entrenamiento en los otros tres tipos de habilidades. Las técnicas de *mindfulness* sirven para potenciar el aprendizaje de las demás habilidades.

Habilidades de tolerancia del malestar. Los individuos con TLP tienden a utilizar estrategias de evitación para aliviar el malestar. Las conductas autolesivas, el consumo de sustancias o las conductas alimentarias desadaptativas son, en muchas ocasiones, estrategias para escapar al dolor emocional. Todas estas conductas producen un alivio rápido, aunque momentáneo al sufrimiento emocional. La contrapartida es que el alivio a corto plazo refuerza la probabilidad de que se repita la conducta problema en el futuro. Uno de los objetivos de la DBT es que los pacientes aprendan a tolerar el malestar en momentos de crisis. Las tácticas de tolerancia al malestar sirven para sobrevivir a las crisis emocionales extremas. Los pacientes aprenden cómo afrontar una situación negativa sin realizar conductas desadaptativas. El programa incluye cuatro tipos de tácticas: Tácticas de distracción, Confortarse a sí mismo, Mejorar el momento y Enumerar los pros y contras.

Habilidades de regulación emocional. Estas habilidades son fundamentales en el tratamiento del TLP ya que intervienen de forma directa en el tratamiento de las emociones, el núcleo fundamental del TLP desde la perspectiva de Linehan. Los pacientes aprenden varias habilidades con el fin de modular sus emociones: Identificar y etiquetar las emociones; identificar obstáculos para el cambio emocional, aprendiendo a realizar análisis funcionales de las contingencias que refuerzan las emociones desadaptativas; reducir la vulnerabilidad emocional, mediante el cambio de hábitos disfuncionales y la puesta en práctica de hábitos saludables en distintos ámbitos como el sueño, la conducta de enfermedad, la alimentación, el ocio, etc.; y, por último, incrementar la ocurrencia de acontecimientos emocionales positivos mediante la programación y realización de actividades placenteras y el establecimiento de metas a corto, medio y largo plazo.

Habilidades de eficacia interpersonal. Los pacientes con TLP presentan problemas importantes en las relaciones con los demás. El problema no suele ser un déficit en habilidades sociales, sino el establecer expectativas muy poco realistas sobre la forma en que los demás y ellos mismos tienen que comportarse en las relaciones interpersonales. La meta principal del entrenamiento en eficacia interpersonal es retar y cambiar las expectativas erróneas que los pacientes tienen sobre el ámbito de las relaciones interpersonales. Los pacientes aprenden a equilibrar los deseos y las obligaciones en el ámbito interpersonal y a construir competencia y dignidad personal. El entrenamiento se realiza fundamentalmente utilizando ensayos de conducta y procedimientos de solución de problemas.

Una vez que el paciente ha adquirido y practica las habilidades anteriores y es capaz de una mejor regulación de los afectos (tras un año de terapia) el programa

se dirige al abordaje del estrés postraumático. Los problemas con la regulación de las emociones hacen que la elaboración de experiencias traumáticas o acontecimientos estresantes sea muy difícil para estos pacientes. Por ello, la DBT dedica una parte de su programa al tratamiento del estrés postraumático utilizando el programa cognitivo-comportamental de Foa y Rothbaum (1998).

La tercera fase del programa, que no tiene una duración determinada, tiene como objetivo potenciar el respeto por uno mismo. Se trabaja fundamentalmente el establecimiento y consecución de metas vitales así como el afianzamiento de los logros conseguidos durante la terapia y prevenir las recaídas. En esta fase se incluye otro modo de terapia, los grupos de autoayuda constituidos por pacientes en fases avanzadas del programa con el objetivo de reducir la probabilidad de crisis emocionales y vitales. Esta breve descripción de la DBT nos da una idea de un programa de tratamiento complejo para el que se requiere un entrenamiento específico de los terapeutas que lo llevan a cabo, así como una supervisión constante del curso de la terapia por un equipo de terapeutas. De hecho, no se concibe la DBT como una terapia que se pueda llevar por parte de un solo terapeuta, sino una terapia que aplica un grupo de terapeutas a un grupo de pacientes.

Antes de acabar este apartado, comentaremos los datos más relevantes con respecto a la eficacia empírica de la DBT. Se han llevado a cabo numerosos estudios controlados que ofrecen resultados de eficacia comparando la DBT con condiciones de tratamientos no estructuradas, es decir, el tratamiento que reciben los pacientes de forma rutinaria (p.ej., Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan et al., 1999; Koerner y Linehan, 2000; Koons et al., 2001; Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001; Linehan et al., 2002; Verheul et al., 2003; van den Bosch, Koerter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Kröger et al. 2006; Linehan et al., 2006). Los resultados indican que se reducen de forma significativa el número de intentos suicidas, el número de comportamientos autolesivos, el número de hospitalizaciones y la utilización de los servicios de urgencia.

Por último, nos gustaría también señalar que la DBT está siendo adaptada para el tratamiento de otros problemas mentales. El objetivo fundamental de las técnicas y la estructura de la DBT es la regulación emocional. Algunos investigadores están estudiando la eficacia de este programa de tratamiento en otros trastornos donde las dificultades en la regulación de las emociones es una característica importante. Algunas de las adaptaciones que se han realizado incluyen el tratamiento de la depresión en población geriátrica (Lynch, 2000), el trastorno por atracción (Telch, Agras y Linehan, 2001), adolescentes con rasgos de personalidad límite y sus familias (Rathus y Miller, 2000), y la reducción de conductas agresivas en el marco de la violencia doméstica (Fruzzetti y Levensky, 2000).

Las técnicas de *mindfulness* en la terapia dialéctico-comportamental

Como hemos visto, las técnicas de *mindfulness* están integradas en la DBT como una de las cuatro habilidades principales del programa de tratamiento. En un principio, Linehan entrenaba a sus pacientes suicidas en meditación formal y prolongada. Sin embargo, la experiencia no tuvo buenos resultados porque a los pacientes les resultaba muy difícil seguir el entrenamiento debido a sus problemas de desregulación emocional y comportamental y porque no entendían las ventajas que podía reportarle un entrenamiento tan largo y costoso (Welch, Rizvi y Dimidjan, 2006). A partir de esas primeras experiencias, Linehan y su equipo ha ido desarrollando y depurando las tácticas de *mindfulness* que pueden ser aprendidas y practicadas de forma eficaz por los pacientes con TLP .

Las habilidades de toma de conciencia en la DBT están basadas en la filosofía oriental Zen y se conceptualizan como experimentar plenamente el momento presente. La meta fundamental es que los pacientes aprendan a tomar control de sus mentes y no que sus mentes les controlen. Se trata de adoptar una actitud de contemplación de las experiencias en el momento presente, de conocer y aceptar las experiencias sin realizar juicios de valor. Los pacientes con TLP están constantemente “escapándose” de sus experiencias, sobre todo de sus experiencias emocionales debido a que han “aprendido” que son muy dolorosas. Tienen la tendencia a no participar de las experiencias presentes. Que el paciente sea capaz de tomar conciencia de sus experiencias es un primer paso para, por una parte, validar lo adaptativo y, por otra, identificar aquellas experiencias problemáticas que tienen consecuencias muy negativas en sus vidas. Tomar conciencia es el primer paso para aceptar la realidad y cambiar aquello que es disfuncional. Sólo desde la aceptación será posible el cambio.

Las técnicas de *mindfulness* se introducen con el concepto de *mente sabia*. Este concepto es la base lógica del entrenamiento. Se plantea un ejercicio a los pacientes en el que se les pide que describan dos conceptos: la *mente emocional* y la *mente racional*. Estos conceptos se presentan como polos opuestos, como tesis y antítesis de un dilema dialéctico. Los pacientes con TLP se suelen identificar con la mente emocional. Es el estado en el que las emociones controlan otras experiencias como los pensamientos o el comportamiento. La mente racional es el estado en el que la lógica, la razón, es la que controla a las emociones y a las conductas. La mente sabia es la integración de ambos conceptos, se trata del conocimiento profundo e intuitivo de algo. Por ejemplo, la mente sabia es esa bombilla que se ilumina con la solución a un problema nada más despertarnos (cuando el día anterior nos pasamos horas pensando y pensando sin encontrar ninguna solución). Es difícil definir la mente sabia, se podría decir que no es un lugar a donde queramos llegar, sino el camino que recorreremos, lo que experimentamos en un momento dado, es decir, la esencia de la atención plena o *mindfulness*.

Una vez introducido el concepto de mente sabia se introducen las técnicas de

mindfulness para ejercitarla, las cuales se dividen en dos tipos de estrategias. Las técnicas *Qué* y las técnicas *Cómo*. La meta de las técnicas *Qué* es desarrollar una actitud de participar con los “ojos totalmente abiertos”, con atención plena. Son tres tácticas: observar, describir y participar de nuestras experiencias.

Observar hace referencia a atender a las experiencias en un momento dado sin dejarse atrapar por los conceptos o categorías. Es una forma de volver la atención a un nivel básico, al nivel de las sensaciones, utilizando todos los sentidos. Algunos ejercicios para practicar esta estrategia son, por ejemplo, observar la respiración u observar una sensación física como un picor en una parte del cuerpo o el sabor de un alimento. Uno de los ejercicios es observar las experiencias que acudan a la mente en el momento presente, cualquier experiencia. Se puede utilizar una imagen como que la mente es una cinta transportadora y las experiencias se colocan en la misma o que la mente es el cielo y las experiencias son las nubes. Las experiencias se observan y se dejan pasar sin hacer nada, sin aferrarse a ninguna de ellas.

Describir trata de poner palabras a lo que *observo*, de ponerle nombre a las experiencias. Por ejemplo, nombrar a la sensación que noto en el estómago como dolor o a la emoción que siento como tristeza o alegría. Se puede utilizar una ampliación del ejercicio de la cinta transportadora o el cielo y las nubes para describir. De la cinta pueden surgir distintos brazos en los que coloco las distintas experiencias tras etiquetarlas: las emociones por un lado, los pensamientos por otro, las sensaciones por otro, etc.

La última de las técnicas *Qué* es *participar*. Es claramente un complemento a las anteriores. Se trata de entrar en las experiencias y vivirlas, no quedarse al margen. Ésta es, a mi modo de ver, una de las características principales del concepto de *mindfulness*. Se trata de tomar conciencia de que yo soy el agente de mis pensamientos, de mis sentimientos, de mis acciones. No soy ajeno a mis experiencias, no me escapo de ellas, sino que participo de las mismas.

El otro grupo de técnicas son las tres técnicas *Cómo* que se llevan a cabo al mismo tiempo que las estrategias *Qué*. Observar, describir y participar, ¿cómo?: *sin juzgar*, experimentando los acontecimientos *de uno en uno*, y con *eficacia*. Aquí se hace mucho hincapié en las diferencias entre lo que es un juicio y lo que es la realidad. Los pacientes con TLP suelen tener una confusión importante entre lo que es un pensamiento y lo que es la realidad. Las técnicas de *mindfulness* ayudan a entender que los pensamientos son experiencias como lo son las sensaciones o las emociones, ni más ni menos. Es decir, que los pensamientos no son siempre hechos o realidades. En definitiva, distinguir un hecho de un juicio. Por ejemplo; “soy malo” vs. “se me ha olvidado felicitar a mi hermano en su cumpleaños”. Otro aspecto a tratar es practicar el atender a las cosas de una en una, participando activamente primero de una y luego de la siguiente, señalando las ventajas de ser más conscientes de nuestras experiencias para poder aceptarlas o cambiarlas. Practicar atender a las experiencias de una en una aumenta el control del foco

atencional y ayuda a interrumpir la tendencia a la rumiación. Por último, la técnica *eficacia* cobra significado con la tarea específica en la que estemos involucrados en el momento presente. Por ejemplo, si estoy en una situación interpersonal en la que estoy realizando una petición ser eficaz es centrarse en realizar la petición, elegir las palabras y hacerlo. No es eficaz recrearse y aferrarme a pensamientos como “no merezco que me ayuden” o en las sensaciones corporales que experimento “palpitaciones y sudor”. Puedo observar esos pensamientos y sensaciones, pero centrarme en la tarea. Estas son las técnicas de atención plena incluidas en la DBT. Su aprendizaje se lleva a cabo en la terapia grupal, siendo las primeras tácticas que se entrenan para después practicarlas a lo largo de toda la terapia, tanto en el formato grupal como en la terapia individual.

Conclusiones

En este trabajo hemos descrito las técnicas de atención plena que se utilizan en el marco de la DBT, un programa que tiene como objetivo fundamental el tratamiento de los graves problemas de regulación emocional de los pacientes con TLP. Como conclusión, describiremos la utilidad de estas técnicas, así como las diferencias con otros programas que incluyen *mindfulness*.

Como ya hemos comentado, las estrategias de *mindfulness* son las primeras que se adquieren y se practican en la DBT. La razón es que se consideran un requisito para entrenar las otras habilidades. La primera de las funciones de las técnicas de *mindfulness* es, pues, sentar las bases de la adquisición de las demás técnicas.

Esto cobra mucho sentido en, por ejemplo, las habilidades de regulación emocional. Para poder modular las emociones primero tengo que identificarlas y conocerlas. Los pacientes con TLP tienden a escaparse y suprimir las experiencias emocionales por lo que suelen tener un desconocimiento importante de lo que realmente están sintiendo. Las técnicas de *mindfulness* sirven para que los pacientes aprendan a observar, describir y participar de sus experiencias emocionales sin juzgarlas ni escaparse de las mismas. Este es el paso previo para poder intervenir en las emociones, para poder regularlas. Otro de los efectos de las técnicas de atención plena en la DBT es incrementar la conciencia de las experiencias vitales. Se trata de un entrenamiento atencional. Y ese aprendizaje favorece una mejor evaluación conductual de los problemas y los mecanismos que los mantienen, base fundamental para una mayor eficacia en la resolución de los mismos.

Uno de los problemas más importantes del TLP es la impulsividad extrema. Las conductas impulsivas tienen como función primaria escapar, suprimir o reducir el malestar emocional. Por ejemplo, las conductas parasuicidas como cortarse sirven al paciente con TLP para aliviar emociones intensas que en ese momento son intolerables. El dolor físico “alivia” el dolor emocional. Las técnicas de *mindfulness* ayudan a reducir las conductas impulsivas ya que sirven para ponerse en contacto con ese malestar emocional sin escapar de él. Tolerar el malestar es un primer paso para

reducirlo; por el contrario, escapar de él es una garantía de que volverá con más fuerza.

Por último, otra de las características del TLP es la invalidación que hacen de sus experiencias. Siguiendo la teoría biosocial que plantea Linehan, estos individuos han crecido en ambientes que han invalidado de forma persistente sus emociones, sus pensamientos y sus conductas. Esta invalidación se convierte en autoinvalidación en el desarrollo del TLP lo que se traduce en juicios negativos constantes de sus experiencias que resultan muy dañinos. Las estrategias de *mindfulness* ayudan al paciente a observar y participar de sus experiencias sin juzgarlas, invirtiendo la tendencia a la invalidación.

En resumen, las técnicas de *mindfulness* juegan un papel fundamental en la DBT. De hecho, son las técnicas de aceptación básicas que sirven para facilitar la aplicación de las técnicas terapéuticas utilizadas en la DBT, así como para fomentar una actitud de aceptación y de “reconciliación” con las propias experiencias.

Welch et al. (2006) señalan las características que diferencian las técnicas de *mindfulness* de la DBT de otras tácticas de atención plena de otros programas terapéuticos. La diferencia fundamental es que se trata de habilidades para las que no es necesaria la práctica de la meditación formal ni para los pacientes ni para los terapeutas. Esto lo diferencia de otros programas como la MBCT (Segal et al., 2002) o la MBSR (Kabat-Zinn, 1990). La razón fundamental es que la meditación prolongada parece estar contraindicada para los pacientes con psicopatología severa (Linehan, 1994). Por ello, las habilidades de *mindfulness* en la DBT enfatizan el entrenamiento mediante ejercicios breves (un par de minutos) muy específicos.

Con respecto a los terapeutas, aunque no es un requisito que practiquen meditación prolongada sí es aconsejable que practiquen habilidades de *mindfulness*. Por ello, las sesiones clínicas que se celebran una vez por semana incluyen la práctica de *mindfulness* liderada cada semana por un miembro del equipo. El contenido de esa práctica es el mismo que se practica con los pacientes.

Por último, la DBT enfatiza que los terapeutas lleven a cabo la terapia con atención plena, participando de las sesiones y con una actitud de aceptación, sin hacer juicios de valor. Esta actitud tiene ventajas como crear un marco de validación y aceptación del paciente que está acostumbrado a ambientes de invalidación, así como estar más atento/a a lo que ocurre en la sesión de terapia, descubriendo información clínica que puede ser muy relevante para la terapia.

En resumen, las técnicas de *mindfulness* en la DBT parecen constituir uno de los elementos fundamentales del éxito de este programa de tratamiento. La DBT es uno de los primeros programas de tratamiento que incorporaron la atención plena como un componente fundamental del programa. La eficacia de este programa para el tratamiento de un trastorno grave, el TLP está muy establecida. Aunque existen algunos datos que apoyan la utilidad específica de las tácticas de *mindfulness* (p.ej. Miller, Wyman y Huppert, 2000), son necesarios estudios empíricos que estudien el papel específico de las mismas dentro de la DBT.

La atención plena o mindfulness está entrando con fuerza en la psicoterapia en los últimos años. Uno de los programas de tratamiento pionero en la incorporación de mindfulness es la terapia dialéctico-comportamental (DBT) diseñada para el tratamiento de un trastorno muy complejo y difícil de abordar, el trastorno límite de la personalidad. Basado en una perspectiva cognitivo-comportamental, este programa incorpora elementos innovadores con el fin de abordar el patrón disfuncional de la personalidad límite. Uno de esos componentes es la atención plena. El objetivo de este trabajo es describir con detalle las habilidades de mindfulness de la DBT. Para ello describiremos brevemente la DBT y cómo se estructuran las habilidades de mindfulness en este programa, su utilidad, qué habilidades se entrenan, y las diferencias con otros procedimientos de atención plena.

Palabras clave: *Psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental, terapia dialéctico-comportamental, atención plena, mindfulness.*

Referencias Bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- BAER, R. A. & KRIETEMEYER, J. (2006). Overview of Mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. En R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* (págs. 3-30). Burlington, MA: Academic Press.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- CABALLO, V., GRACIA, A., LÓPEZ-GOLLONET, C. & BAUTISTA, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (págs. 137-160). Madrid: Síntesis.
- FOA, E. B. & ROTHBAUM, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford.
- FRUZZETTI, A. E. & LEVENSKY, E. R. (2000). Dialectical Behavior therapy for Domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.
- GARCÍA-PALACIOS, A. (2004). El tratamiento del trastorno límite de la personalidad por medio de la terapia dialéctica conductual. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento* (págs. 483-512). Madrid: Síntesis.
- GARCÍA PALACIOS, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *P. Conductual*, 453-466.
- GERMER, C. K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (págs. 3-27) New York: Guilford Press.
- GIROLANO, G. & DOTTO, P. (2000). Epidemiology of personality disorders. En M. Gelder, J. J. López-Ibor & N. Andreasen (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- HAYES, S. C., STROSAHL, K. & WILSON, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. N.Y.: Guilford.
- KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.
- KABAT-ZINN, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- KOERNER, K. & LINEHAN, M. M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 151-167.
- KOONS, C. R., ROBINS, C. J., TWEED, J. L., LYNCH, T. R., GONZALEZ, A. M., MORSE, J. Q., BUTTERFIELD, M. J. & BASTIAN, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- KRÖGER, C., SCHWEIGER, U., SIPOS, V., ARNOLD, R., KAHL, K. G., RUDOLF, S. & REINECKER, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient

- setting. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1211-1217.
- LINEHAN, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- LINEHAN, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- LINEHAN, M.M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. En S. C. Hayes, N. C. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (págs. 72-86). Reno NV: Content Press.
- LINEHAN, M. M., ARMSTRONG, H. E., SUAREZ, A., ALLMON, D. & HEARD, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *A.G.P.*, 48, 1060-1064.
- LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A., BROWN, M. Z., GALLOP, R. J., HEARD, H. L., KORSLUND, K. E., TUTEK, D. A., REYNOLDS, S. K. & LINDENBOIM, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- LINEHAN, M. M., DIMEFF, L. A., REYNOLDS, S. K., COMTOIS, K. A., WELCH, S. S., HEAGERTY, P. & KIVLAHAN, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependency*, 1, 1-14.
- LINEHAN, M. M., HEARD, H. & ARMSTRONG, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- LINEHAN, M. M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L. A., CRAFT, J. C., KANTER, J. & COMTOIS, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- LINEHAN, M. M., TUTEK, D. A., HEARD, H. & ARMSTRONG, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *A.J.P.*, 151, 1771-1776.
- LINEHAN, M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A. M., BROWN, M. Z., GALLOP, R. J., HEARD, H. L., KORSLUND, K. E., TUTEK, D. A., REYNOLDS, S. K. & LINDENBOIM, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- LYNCH, T. R. (2000). Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behaviour therapy. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 468-477.
- MILLER, A. L. & RATHUS, J. H. (200). Dialectical behavior therapy : Adaptations and new applications. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 420-425.
- MILLER, A., WYMAN, S. E. & HUPPERT, J. D. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.
- RATHUS, J. H. & MILLER, A. L. (2000). DBT for adolescents: Dialectical dilemmas and secondary treatment targets. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 425-434.
- SEGAL, Z. V., WILLIAMS, M. G. & TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- SELVA, G., BELLVER, F. & CARABAL, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En G. Cervera, G. Haro & J. Martínez-Raga (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica* (págs. 17-40). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- SWENSON, C. R., SANDERSON, C., DULIT, R. A., LINEHAN, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psych. Q.*, 72, 307-324.
- TELCH, C. F., AGRAS, W. S. & LINEHAN, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- VAN DEN BOSCH, L. M. C., KOETER, M. W. J., STIJNEN, T., VERHEUL, R. & VAN DEN BRINK, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- VERHEUL, R., VAN DEN BOSCH, KOERTER, M.W.J., DE RIDDER, M.A.J., STIJNEN, T. & VAN DEN BRINK, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- WELCH, S. S., RIZVI, S. & DIMIDJIAN, S. (2006). Mindfulness in Dialectical Behavior Therapy (DBT) for borderline personality disorder. En R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* (págs. 117-142). Burlington, MA: Academic Press.

EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN¹

Ausiàs Cebolla

Unidad de Investigación HUNS Candelaria. Servicio Canario de Salud

María Teresa Miró

Universidad de La Laguna

This is an outcome study of an 8 weeks Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program for patients with depressive symptoms in a public mental health setting. 69 subjects participated in the study: 38 of them received MBCT and 31 received treatment as usual in the public mental health units of the island of Tenerife. The MBCT program developed by Segal, Williams and Teasdale (2002) to prevent depression relapse was adapted to treat patients with depressive symptoms but not in an acute phase. Results showed that such an adaptation is viable and offers patients a useful tool to face depression.

Key words: Mindfulness, depression, Mindfulness-based cognitive therapy.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema acuciante en las avanzadas sociedades en las que vivimos. No se trata únicamente de que sea un trastorno frecuente en la población, se trata también de que tiene una recurrencia muy alta. Los estudios sobre el curso del trastorno han puesto de manifiesto que los pacientes que se recuperan de un episodio inicial, tienen un 50% de probabilidades de sufrir un segundo episodio. Y para los que han sufrido dos o más episodios, el riesgo de recaída aumenta al 70-80% (Elkin et al, 1989). Estos datos plantean el interrogante de si la depresión debe ser abordada como un trastorno recurrente o crónico; en otras palabras, si es algo para (casi) toda la vida. Por supuesto, la industria farmacológica no tendría muchos problemas en aceptar una respuesta afirmativa. Pero desde el punto de vista psicológico y psicoterapéutico, este interrogante puede ser sustituido por estos otros: ¿Cuáles son los procesos y mecanismos por los cuales se inicia una

depresión?, y ¿cuáles son los procesos y mecanismos que la mantienen?

En la primera parte de este trabajo se abordan estas cuestiones, al exponer un modelo psicoterapéutico novedoso para abordar la depresión y especialmente sus recaídas, surgido en el marco de la terapia cognitiva de la depresión, a saber, el modelo desarrollado por Teasdale y sus colaboradores: la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP) para la depresión (Teasdale, 1999; Segal, Williams y Teasdale, 2002). En la segunda parte de este trabajo, se expone un estudio empírico en el que se aplica una adaptación de la TCAP en pacientes con sintomatología depresiva. Este estudio forma parte de una investigación más amplia encaminada a establecer estrategias útiles y viables para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en los centros públicos de salud mental (Miró y Cebolla, 2006).

FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN LA ATENCIÓN PLENA PARA LA DEPRESIÓN

Beck (1967; Beck et al. 1979), en el modelo cognitivo sobre la depresión, planteó que la depresión estaba causada por eventos estresantes que activaban esquemas cognitivos depresogénicos subyacentes. Estos esquemas, a su vez, producían sesgos o distorsiones cognitivas específicas, como la sobregeneralización, el filtro mental o la personalización, etc. (ver Feixas y Miró, 1993). En la terapia, con la ayuda del terapeuta, el paciente podía llegar a comprender sus reglas tácitas de funcionamiento y, con esfuerzo y práctica, podía ir combatiendo su “construcción” depresiva de los eventos. Este planteamiento convertía a las actitudes disfuncionales, es decir, a los contenidos cognitivos o el “qué” del pensamiento, en el objetivo central del tratamiento. Por ejemplo, la persona deprimida que se dice a sí misma: “no sirvo para nada”. Esta frase así como los sentimientos de inutilidad que la acompañan, debían ser observados y registrados por el paciente en el momento de su ocurrencia, de forma que después pudiera, en la sesión, analizar la situación en profundidad con el terapeuta y llegar a descubrir, por medio del análisis y la reflexión, sus propias reglas tácitas de funcionamiento.

Este planteamiento fue enormemente útil tanto para la psicoterapia como para la investigación. Desde el punto de vista terapéutico, pronto quedó claro que la terapia cognitiva era tan eficaz como la terapia farmacológica para tratar un episodio de depresión mayor. Además, los datos parecían indicar también que la terapia cognitiva tenía algún efecto preventivo, en el sentido de que los pacientes tratados por este procedimiento recaían menos que los tratados con fármacos. Así, mientras, por un lado, varios estudios ponían de manifiesto que la terapia cognitiva reducía el riesgo de recaídas futuras en comparación con los fármacos, por otro lado, esos mismos estudios venían a cuestionar el papel asignado a las actitudes disfuncionales: en las mediciones post tratamiento no había diferencias en las escalas que medían actitudes disfuncionales entre el grupo de terapia cognitiva y el grupo de farmacoterapia (Barber y DeRubeis, 1989; Blackburn, Euson y Bishop, 1986).

Estos datos sirvieron para abrir el debate en torno a los mecanismos de cambio realmente efectivos en la terapia cognitiva; parecía que los esquemas cognitivos habían perdido la hegemonía explicativa. ¿Cómo explicar que los pacientes mejoraran sin que hubieran cambiado sus actitudes disfuncionales que estaban consideradas como las causantes del trastorno? Varios autores sugirieron que el cambio importante que tiene lugar en la terapia cognitiva no tiene tanto que ver con el “qué” del pensamiento, sino con el “cómo”, es decir, que lo que resulta importante en el cambio no son tanto los contenidos cognitivos en sí, como cómo la persona se relaciona con esos contenidos, sean éstos los que sean. No es lo mismo tener un pensamiento y tomarlo como cierto, que tener un pensamiento y tomarlo como un pensamiento. En un caso y otro la relación que se mantiene con el pensamiento es diferente.

Se trata de una cuestión muy importante, porque si lo que mantiene la depresión son los esquemas cognitivos subyacentes que sostienen las actitudes disfuncionales, entonces es necesario recurrir a una terapia cognitiva individual para dismantlar los contenidos cognitivos disfuncionales. Pero si los mecanismos responsables del mantenimiento de la depresión no residieran a nivel de contenidos, sino de procesos, si lo importante no es el “qué”, sino el “cómo”, la situación es diferente. Porque se puede trabajar con la forma el pensamiento, con el “cómo” independientemente de su contenido y esto haría posible el trabajo en grupo.

En este contexto, Teasdale (1988) ha planteado la hipótesis de la activación diferencial para explicar la recurrencia de la depresión. Según esta hipótesis, la asociación repetida entre el estado de ánimo negativo y los patrones de pensamiento disfuncional que se produce durante la depresión, conduciría a una mayor probabilidad de activación de dichos patrones en estados de ánimo bajo. De este modo, cuanto más se repitiera tal asociación, menos falta harían los estresores ambientales para reinstaurar los patrones disfuncionales. Esta hipótesis se asienta sobre un modelo complejo sobre el procesamiento de la información en las personas deprimidas cuyo objetivo es explicar la auto-perpetuación de los ciclos depresogénicos (Teasdale, Segal y Williams, 1995; Teasdale 1999; Scheer-Dickson, 2004). Éste modelo ha servido de fundamento para la estrategia terapéutica grupal que se ha puesto a prueba en este trabajo.

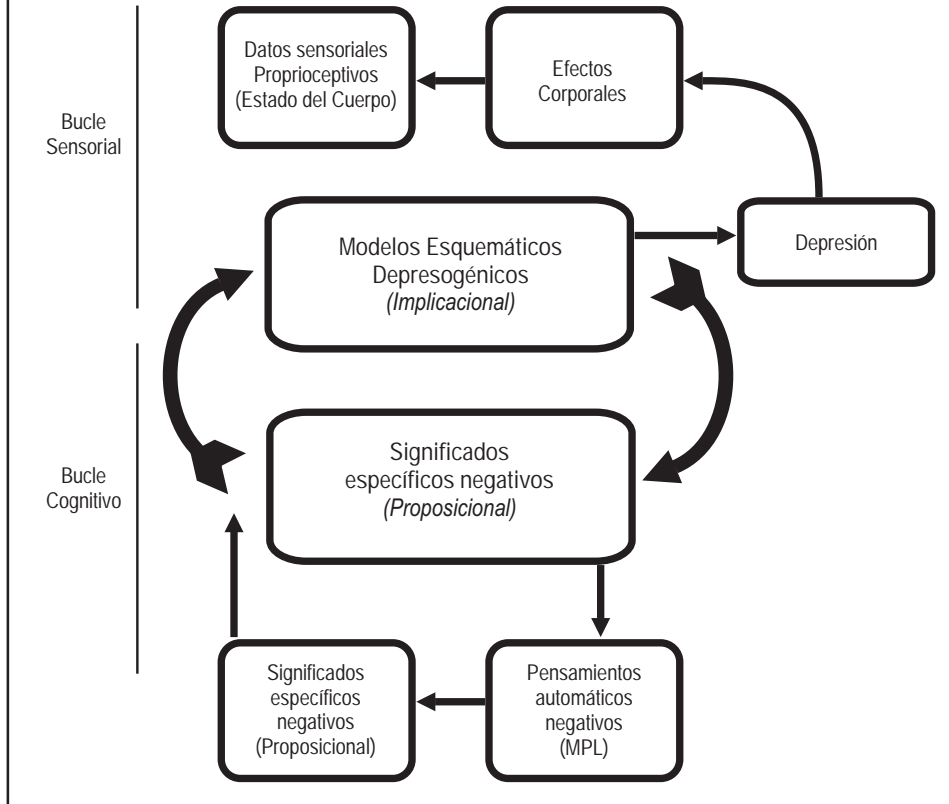
Aunque Teasdale (1999) no cuestiona la utilidad de trabajar con los contenidos cognitivos disfuncionales, especialmente en el tratamiento de procesos agudos y en terapia individual, plantea que el trabajo posterior, en la prevención de recaídas, debe enfocarse hacia la relación que establecen los pacientes con sus sentimientos y pensamientos, y hacia el bloqueo de la rumiación. Esta idea se basa en los datos de la investigación que muestra que los procesos relevantes en los episodios iniciales de la depresión, no son los mismos procesos relevantes en su mantenimiento. Mientras los episodios iniciales están fuertemente correlacionados con estresores ambientales o eventos vitales negativos, los episodios subsiguientes están más

relacionados con el estado de ánimo disfórico y los estilos de pensamiento disfuncional. Nolen- Hoeksema (1991) ha propuesto que el estilo de respuesta rumiador a la propia depresión puede perpetuarla. El estilo de pensamiento rumiador consiste en una respuesta negativa, de no aceptación o de abierto rechazo a la propia situación. Además, uno/a está centrado sobre uno/a mismo/a y su atención se dirige a las discrepancias entre el estado percibido actual de sí mismo/a o del mundo y el estado deseado; con frecuencia, el inicio de la rumiación se relaciona con intentar encontrar la causa de la depresión y también con el dar vueltas sobre aspectos de inadecuación personal (Nolen-Hoeksema, 1991).

Para explicar los mecanismos que generan y mantienen la depresión, Teasdale ha propuesto una teoría basada en la interacción de distintos subsistemas cognitivos (Teasdale y Barnard, 1993). Según esta teoría, en el mantenimiento de la depresión, hay dos engranajes o subsistemas interactuando, el cognitivo y el sensorial. El primero, el cognitivo, es el motor central en la configuración del engranaje depresivo, ya que de él depende la asignación de significado. En la persona deprimida, el procesamiento de información con contenidos depresivos y negativos domina la interacción entre los dos subsistemas. Por un lado, los esquemas cognitivos depresogénicos generan significados negativos específicos, tales como atribuciones de los fracasos a aspectos internos y globales de la persona, inadecuaciones globales del carácter, un futuro desesperanzado, etc. Éstos, a su vez, retroalimentan los esquemas depresogénicos, generando otros muy parecidos, de forma que el ciclo se iría manteniendo, dando lugar a un bucle cognitivo de mantenimiento. Por otro lado, existiría también un bucle sensorial que opera a través del *feedback* sensorial de los efectos de la depresión en el cuerpo. El *feedback* sensorial viene generado por las consecuencias corporales (físicas) del estado de depresión, que se han experimentado en situaciones anteriores, por ejemplo experiencias tempranas de pérdida. De este modo, el *feedback* sensorial, en conjunción con las contribuciones del bucle cognitivo, retroalimenta aún más los esquemas depresogénicos, formando así engranajes depresivos con propiedades auto-perpetuadoras (Teasdale, Segal y Williams, 1995). (Vease Figura 1)

El modelo de Teasdale asume que la vulnerabilidad cognitiva a la depresión persistente y a las recaídas en depresión, está relacionada con la facilidad con la que la configuración del engranaje depresivo puede ser restablecida en momentos de ánimo disfórico. Después de la recuperación de una depresión, es más fácil que estados ligeros de disforia reactiven ciclos depresogénicos. Por esta razón, aumenta la posibilidad de tener una depresión una vez se ha tenido un primer episodio. Desde este modelo, el objetivo no es intervenir sobre el contenido de las cogniciones, ni evitar los estados de tristeza o infelicidad, sino reducir la probabilidad de que los ciclos rumiativos, se establezcan en momentos de incremento de disforia. Desde esta propuesta de explicación de las recaídas en depresión, se extraen las siguientes conclusiones de cara de adaptar un entrenamiento en Terapia Cognitiva (Teasdale,

Figura 1. Representación del engranaje depresivo según el modelo de Teasdale: bucles de mantenimiento del estado depresivo. El motor central de la cognición (Implicacional-Proposicional-Ciclos implicacionales) en las flechas más gruesas.



Segal y Williams, 1995):

- La intervención debe redirigir las fuentes de procesamiento que se necesitan para activar los engranajes depresógenos, hacia fuentes no depresógenas; a través de un entrenamiento de la atención, se puede hacer este cambio;
- Debe generar nuevos esquemas, relacionados con la depresión pero no depresogénicos (darle otro significado a las sensaciones y pensamientos que pueden reactivar el estado depresivo, desvinculándolos de dicho estado), y confeccionar nuevos recuerdos;
- Los modelos esquemáticos depresogénicos deben ser re-entrenados, así se reduce la posibilidad de que aparezca una nueva recaída;

- d) Los tratamientos deben implicar experiencias de “trabajo para casa” donde practicar y entrenar las habilidades de afrontamiento efectivo, o acercamiento a las experiencias depresivas desde otras formas más eficaces.

Como conclusión, desde esta perspectiva no haría falta intervenir sobre los estados de infelicidad o depresión ligera, sino que el objetivo real debería ser prevenir el re-establecimiento de los engranajes depresivos, de tal forma que la tristeza o el ánimo disfórico que puede aparecer en cualquier momento, no vaya a más, y acaben pasando. En este sentido, la corporalidad es muy importante. Dado que el bucle sensorial se retroalimenta por el estado del cuerpo (expresión facial, posición encorvada, etc.) y dado que está conectado al resto del sistema, si la intervención va dirigida a este subsistema todo el engranaje depresivo se verá modificado. Por tanto, la intervención debe ir encaminada también hacia aspectos corporales que hagan que el mantenimiento del episodio depresivo sea difícil.

En realidad, hay gran variedad de estrategias o intervenciones psicológicas posibles que pueden ser usadas para prevenir el establecimiento del engranaje depresivo o interrumpirlo una vez ha sido establecido. Lo que nos dice el sentido común es que tratándose de procesamiento de información, si conseguimos cambiar la información entrante dentro del engranaje depresivo, a través, por ejemplo, de la distracción, con información no relacionada con contenidos depresivos, cortamos la retroalimentación. La distracción es una buena técnica para tratar con la depresión en casos de estados de ánimo depresivo normales, no muy graves (Nolen-Hoeksama, 1991; Teasdale, 1999). No obstante, la investigación ha encontrado que sus efectos duran muy poco tiempo (Fenell, Teasdale, Jones y Damle, 1987), y no parece que sea de gran ayuda para la prevención de recaídas en depresión, ya que no contribuye al aprendizaje de ninguna habilidad. Otra de las intervenciones posibles para bloquear el establecimiento de patrones depresivos, es actuar sobre los propios significados negativos relacionados con uno mismo, que es lo que se hace en la práctica en la Terapia Cognitiva, a través de la intervención sobre los pensamientos automáticos, y las creencias disfuncionales. La estrategia que surge como consecuencia del planteamiento de las recaídas en depresión, desde el modelo de Teasdale y colaboradores, va un poco más allá e implica procesar contenidos similares (pensamientos negativos) pero desde una configuración cognitiva diferente, sin tratar de cambiar los contenidos de los esquemas (el qué del pensamiento), sino la relación que establece la persona con sus propios pensamientos (el cómo del pensamiento). Para hacer esto, proponen un entrenamiento basado en la meditación, en el que se entrena la habilidad de la Atención Plena o *Mindfulness*.

La meditación es una práctica eminentemente cognitiva, cuyo objetivo es el adiestramiento psicológico mediante el cultivo de la atención sobre los propios procesos mentales, sin analizarlos. Durante los últimos 20 años, ha habido un interés creciente en la adaptación de la meditación, sobretudo la meditación basada en la Atención Plena de la tradición budista, al tratamiento de trastornos psicológicos,

que ha confluído en la aparición de un nuevo movimiento dentro de la psicoterapia actual, que se ha llamado las Terapias basadas en la Atención Plena y la Aceptación (Hayes, 2004; Baer, 2006). Una de las terapias más importantes de este movimiento, tanto a nivel de implantación en centros de salud como a nivel de respaldo empírico, es el *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, TCAP).

La TCAP es un programa de entrenamiento en meditación y en terapia cognitiva de 8 semanas de duración, desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2003). La TCAP incorpora el programa para la reducción del estrés *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) desarrollado por Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn 1990), al marco clásico de la terapia cognitiva de la depresión (conocimiento de la existencia de pensamientos disfuncionales en estados de ánimo disfórico, registro de pensamientos automáticos, práctica diaria, etc.). Inicialmente, la TCAP se desarrolló para evitar las recaídas en depresión en pacientes con depresiones recurrentes. Pero en este trabajo, se ha adaptado al tratamiento de pacientes con sintomatología depresiva, aunque no en fase aguda.

La Atención Plena se define como una habilidad que consiste en “centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar” (Jon Kabat-Zinn, 1990). La meditación formal ha sido tradicionalmente, en sus orígenes budistas, la forma utilizada para el entrenamiento de esta habilidad; aunque han aparecido otras terapias que introducen este constructo y lo entrenan a través de ejercicios puntuales o aspectos psicoeducativos, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1999) o la terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993). Cuando es entrenada mediante la meditación, la Atención Plena promueve la observación y aceptación de los pensamientos que emergen mientras la atención se centra plenamente en la respiración, o se atiende a las sensaciones corporales.

La principal razón por la que se explica el efecto que tienen las intervenciones basadas en la Atención Plena es a través de cambios cognitivos relacionados con la capacidad de percibir los pensamientos sólo como pensamientos, no como reflejos de la realidad (Kabat-Zinn 1982, 1990; Linehan, 1993; Teasdale et al, 1995). En otras palabras, por medio de la meditación se produciría un aumento de las habilidades metacognitivas de descentramiento. Para Teasdale (1999), esos cambios cognitivos son el objetivo final del entrenamiento en Atención Plena, y lo que se pretende con el entrenamiento es provocar un *insight metacognitivo*, es decir una comprensión total, no solo intelectual de que los pensamientos no son la realidad, sólo son pensamientos.

Se considera también que el conocimiento y la aceptación que produce el tratamiento basado en el entrenamiento de la Atención Plena, provoca un mejor acceso a modelos esquemáticos alternativos, ya que el ejercicio de observar desde la distancia o descentrarse ayuda a tomar perspectiva, y por tanto entrena la

capacidad de afrontar de forma efectiva los problemas, y el uso de estrategias cognitivas potencialmente más productivas (Wells, 2003). Además, el cambio en las creencias sobre la utilidad de estrategias cognitivas desadaptativas como la rumiación o la preocupación que son utilizadas con el objetivo de auto-organizarse, está asociado con la capacidad de observar los resultados que tienen sobre la solución de problemas, y por tanto estimula el uso de estrategias alternativas más efectivas.

El entrenamiento en Atención Plena puede promover un reconocimiento de las primeras señales de la aparición del problema, de tal forma que si se aplican las habilidades aprendidas (no juzgar la experiencia, ecuanimidad, y aceptación) hay más probabilidades de ser efectivos en la prevención del problema. Para Linehan (1993), la observación sin juicios, más la habilidad de describir la experiencia, permiten repensar las consecuencias de determinados comportamientos, lo que puede llevar a una reducción de la impulsividad y de las conductas no-adaptativas (Baer, 2005).

La Atención Plena, en realidad, supone un tipo de auto-observación que podríamos llamar adaptativa, en contraposición a la auto-observación rumiadora o no-adaptativa. El concepto “auto-observación adaptativa” nace de la necesidad de quitarle el estigma que ha tenido la auto-observación por parte de algunas corrientes de la psicología (Watkins y Teasdale, 2004). Se sabe que las personas diagnosticadas de depresión tienen una probabilidad mayor de estar centradas en sí mismas que las que no están deprimidas (Ingram y Smith, 1984; citado en Segal, Williams y Teasdale, 2002). Teniendo en cuenta estos datos, es comprensible que para muchos psicólogos la idea de entrenar a una persona con depresión en técnicas de auto-observación, en lugar de en técnicas de distracción, haya sido considerada como una aproximación terapéutica inadecuada o no necesaria. Sin embargo, la alternativa que promueven los terapeutas que han entendido que la auto-observación es un ingrediente fundamental en el proceso terapéutico es que la auto-observación es terapéutica cuando tiene las siguientes características:

- a) Se fija en lo que ocurre en el presente.
- b) No compara el estado actual con el ideal.
- c) No juzga lo que observa.
- d) Acepta la no permanencia de la experiencia.

En síntesis, la auto-observación adaptativa o experiencial, está basada en la Atención Plena, y es esencialmente diferente de la auto-observación analítica con un claro componente rumiador (Watkins y Teasdale, 2004). Por tanto, existen buenas razones para utilizar la Atención Plena en el tratamiento psicológico de la depresión.

ESTUDIO EMPÍRICO

En este apartado, se describe el estudio empírico en el que se comprobó la eficacia de la TCAP en una muestra de pacientes con sintomatología depresiva, usuarios de una unidad de salud mental de la isla de Tenerife.

Objetivos e Hipótesis del estudio.

La TCAP ha sido validada en la reducción de recaídas en depresión (Teasdale et al. 2000, Ma et al, 2004), mostrándose efectiva en la reducción de recaídas en sujetos con más de tres recaídas. Hasta ahora, que los autores sepan, tan sólo ha habido un estudio en la que se haya aplicado al tratamiento de personas con sintomatología depresiva (Finucane y Mercer, 2006). La TCAP es un tratamiento grupal y muestra una excelente relación coste-beneficio, uno de los objetivos generales de este estudio era comprobar la eficacia de la TCAP en la reducción de sintomatología depresiva no aguda, en un contexto ambulatorio y público de salud mental.

En estudios anteriores en los que se ha aplicado el programa MBSR (Reducción del Estrés por medio de la Atención Plena), se ha observado una reducción del estilo cognitivo rumiador (Romel, Goldin, Carmona y Mcquaid, 2004) tras la intervención. En estudios correlacionales han aparecido relaciones negativas entre escalas de Atención Plena y el factor rumiación (Bishop et al, 2006; Baer et al, 2004), así que creemos que la intervención en TCAP generará una reducción de las puntuaciones en rumiación, medida a través del RSQ (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993), y que esta reducción se mantendrá a los tres meses de terminado el tratamiento. Según la Teoría del Estilo de Respuesta (Nolen-Koeksema, 1983), el afrontamiento efectivo y la rumiación son estrategias opuestas. También desde el modelo de interacción de subsistemas cognitivos de Teasdale y Barnard (1993), se puede predecir que el tratamiento en Atención Plena aumentará las habilidades de afrontamiento efectivo como consecuencia del aumento de la capacidad de auto-observación adaptativa y del aumento también de la función metacognitiva de descentramiento. Por tanto, esperamos que haya un aumento significativo de la respuesta de afrontamiento efectivo medido con el instrumento RSQ, y que este aumento se mantenga a los tres meses. Además, teniendo en cuenta que el tratamiento en TCAP, está basado en el aprendizaje y la práctica de la habilidad de la Atención Plena, se entiende que al finalizar el tratamiento habrá un aumento significativo de las puntuaciones en los instrumentos que miden esta habilidad, mientras que en el grupo de control no se detectarán diferencias.

Diseño

Se trata de un estudio cuasi-experimental de dos grupos independientes (tratamiento y control) con tres medidas repetidas (pre, post y tres meses). Es cuasi-experimental porque la intervención se ha aplicado en una situación natural, y no

se pudo llevar a cabo la asignación al azar. El grupo de tratamiento recibió un programa de ocho semanas de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena, llevado a cabo por los autores. Por otro lado, el grupo control recibió el tratamiento usual, que incluía tratamiento farmacológico, apoyo psicológico inespecífico y relajación, y fue llevado a cabo por el personal sanitario (psicólogos clínicos o psiquiatras) de los Centro de Salud Mental del Servicio Canario de Salud.

La implementación del tratamiento se llevó a cabo por medio de dos terapeutas: un terapeuta del equipo de investigación, que dirigía las sesiones grupales y un co-terapeuta del centro en el que se llevaba a cabo el tratamiento, que ayudaba en tareas de manejo del grupo, por ejemplo, repartir los resúmenes de la sesión o controlar la lista de asistencia y, de este modo, aprendía también el tratamiento. Por otro lado, como ya hemos indicado, el tratamiento en el grupo control fue implementado por profesionales de cada Centro de Salud Mental.

Para las medidas tomadas se utilizaron principalmente escalas autoaplicadas, en tres tiempos de medida, al principio del tratamiento (pre), a los dos meses (post) y a los tres meses (seguimiento). La toma de medida pre se realizó en grupo en la sesión introductoria, la toma de medida post en una sesión posterior, una vez finalizado el tratamiento, y para la de los tres meses, se concertó una sesión de seguimiento en la que se convocó por teléfono a todos los asistentes. En el caso que no pudieran acudir se quedaba con ellos personalmente, o se enviaban los cuestionarios por correo.

Participantes

El entrenamiento se aplicó tanto a población con ansiedad como con depresión, pero en este estudio tan solo se presentan los resultados de la eficacia sobre la población con sintomatología depresiva. Los sujetos que han entrado en el tratamiento son 69, de los cuales 38 recibieron un tratamiento basado en la Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena y el resto (o grupo de control) recibió el tratamiento usual en las Unidades de Salud Mental canarios. En ambos grupos se consumen psicofármacos.

Dado el contexto asistencial en el que se llevó a cabo la investigación, fue imposible asignar al azar a los sujetos al grupo de tratamiento *versus* el grupo control, porque los sujetos fueron reclutados por medio de los profesionales sanitarios de las unidades de salud mental. El criterio que tenían que seguir para llevar a cabo la selección fue que se tratara de pacientes con ansiedad y depresión. Se excluyeron los trastornos de personalidad, las esquizofrenias y los trastornos alimentarios graves.

Dentro del grupo de control hay dos grupos diferentes, por una parte los que reciben una intervención en relajación y por otra los que no la reciben, ambos reciben apoyo psicológico. Estos dos grupos son equivalentes en las puntuaciones pre y en las puntuaciones post, es decir que no hay ninguna eficacia diferencial entre

recibir un tratamiento en relajación o no.

Procedimiento

El tratamiento se implementó en cuatro grupos, de dos meses de duración cada uno, durante un período de ocho meses. Los grupos se hicieron en las unidades mencionadas, en salas preparadas para clases de preparación al parto, con colchonetes en el suelo para los que quisieran practicar tumbados y con cojines y sillas para los que prefirieran estar sentados. De material, se les dio un CD con meditaciones guiadas, hojas de auto-registros con tareas para casa, y resúmenes de las sesiones. Las tareas para casa se les entregaron a los participantes todas juntas el primer día, y cada semana éstos las entregaban contestadas. Las tareas para casa incluyen una parte de auto-registro de pensamientos, y una parte de auto-registro de práctica. Tenían que contestarlas seis días por semana.

Los resúmenes de las sesiones estaban basados en el manual *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (Segal, Williams y Teasdale, 2002), con pequeñas adaptaciones. En estos resúmenes, se incluye el tema tratado en la sesión, una explicación detallada de cada uno de los ejercicios que se practican en las sesiones, y una guía de las tareas para casa semanales.

La actitud del terapeuta es importantísima en este tratamiento, porque el terapeuta tiene que ejemplificar, en la práctica, la habilidad que pretende enseñar, a saber, la Atención Plena. Por tanto, en todo momento, el terapeuta debe estar abierto a la experiencia tanto conceptual como no-conceptual, manteniendo una actitud no-crítica, libre de prejuicios; también debe estar orientado hacia el presente y debe dirigir la atención de los participantes en el grupo hacia la apertura a la experiencia, para que puedan apreciar y familiarizarse con los efectos de la meditación. A la vez, no debe fomentar las narrativas de historias personales. De hecho, el terapeuta debe ser asimismo un practicante de la meditación para poder entrenar a otro de modo eficaz. Éste es un aspecto clave sobre el que Kabat-Zinn (1990) ha insistido mucho; de igual modo, Segal, Williams y Teasdale (2002) insisten también sobre este punto.

Conviene reiterar que en este tratamiento no se trabajan narrativas personales, ni contenidos cognitivos específicos. Recordemos que lo que se considera problemático no son los contenidos cognitivos *per se*, sino la forma de relacionarse con ellos. De hecho, al ser un tratamiento limitado en el tiempo, y al estar las sesiones muy estructuradas, hay muy poco tiempo para las historias personales. Al principio del tratamiento, el terapeuta comunica que no se trata de una terapia de grupo y que las intervenciones de los participantes deben estar dirigidas a las dificultades que experimentan a la hora de practicar formalmente la meditación o a los aspectos cotidianos relacionados con la Atención Plena. El objetivo de las sesiones es que todos los conceptos se experimenten y se llevan a la práctica de la meditación, las sesiones son eminentemente experienciales.

Cada sesión tenía una duración de dos horas y media, que se distribuían de forma que hubieran espacios bien delimitados para a) practicar distintas técnicas de meditación o yoga, b) comentar las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo la práctica o las tareas para casa, c) explorar y comentar aspectos específicos de la Atención Plena, d) explorar y comentar aspectos específicos de los mecanismos psicológicos que conducen al sufrimiento como los automatismos, la rumiación, la preocupación o los juicios negativos, e) comentar el trabajo para casa.

En las primeras dos sesiones del tratamiento se introducen los conceptos básicos que se van a trabajar a lo largo de las ocho semanas, como el de Atención Plena, o su opuesto “piloto automático”, este último concepto se refiere a las formas de funcionar automatizadas con las que nos manejamos con la cotidianidad, por ejemplo cuando cogemos el coche y no nos damos cuenta de cómo hemos llegado a un sitio, el estado de “piloto automático” es el opuesto al de alerta consciente, que es el que se obtiene al practicar la atención plena. En el caso de la sintomatología depresiva, el piloto automático puede llevar a que surjan determinados pensamientos automáticos en momentos de estrés que pueden llevar a un estado de ánimo depresivo. La atención plena sirve para darse cuenta de estas formas automáticas de funcionar y cambiarlas. Durante las siguientes sesiones se enseñan las diferentes técnicas que componen este tratamiento, y se insiste en trabajar las dificultades que aparecen en la realización de las tareas para casa. Conforme va avanzando el tratamiento se va contextualizando y generalizando el papel de la meditación en la vida cotidiana, de tal forma que los sujetos que participan van teniendo cada vez más claro el objetivo del tratamiento y la importancia de la práctica para el asentamiento de los cambios.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck Depression Inventory*; Beck, Ward y Mendelson, 1961; Adaptado por Sanz y Vázquez, 1998). La depresión junto con el estrés han sido las variables más estudiadas o más utilizadas como variable dependiente en la investigación en meditación en la Atención Plena (Kabat-Zinn, 1982, 1993; Teasdale et al., 2000; Segal et al., 2002). El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward y Mendelson, 1961) es el instrumento de auto-informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Sanz y Vázquez 1998). Consta de una escala de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión. Muestra una buena fiabilidad y consistencia interna, con un alfa de Cronbach 0.76 – 0.95. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa, y las respuestas posibles van de 0 (ausencia de síntoma) a 3 (máximo nivel de síntoma). Tiene una mayoría de ítems centrados

en los componentes cognitivos de la depresión, aunque también en los componentes somático/vegetativos.

- *Cuestionario del estilo de respuesta (Response Style Questionnaire; RSQ, Nolen-Hoeksema, 1991)*. Instrumento desarrollado por Susan Nolen-Hoeksema, está fundamentado en la teoría de los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1987). El instrumento RSQ pretende medir el tipo de respuestas a los estados de ánimo bajos. El instrumento RSQ (Nolen-Hoeksema, 1991) que se utiliza en este estudio está basado en una modificación realizada posteriormente al cuestionario original (Knowles, Tai, Christensen y Bentall, 1991), y mide tres tipos de estilos de respuesta, el rumiador, el de conductas peligrosas y el de afrontamiento efectivo. La escala de comportamientos peligrosos no se ha excluido de la investigación porque no resultaba aplicable en el contexto de esta investigación. Se mide en una escala Likert del 1 (nunca) al 5 (casi siempre), donde se pregunta por la frecuencia de determinadas conductas de respuesta frente a una pregunta común: “¿Qué es lo que haces cuando te sientes triste, desanimado/a o bajo/a de ánimo...?”

- *Inventario de Habilidades de Atención Plena de Kentucky. (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; KIMS, Baer, Allen y Smith, 2004)*. Esta escala surge dentro del marco de la Terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993). Para medir la habilidad de la Atención Plena, parte de la conceptualización de Atención Plena que se hace en esta terapia dirigida al tratamiento de los trastornos límite de personalidad. En este enfoque, se entiende que la Atención Plena está formada por cuatro factores o habilidades que son las siguientes: a) Observar: Esta habilidad consiste en atender a los hechos, ya se trate de hechos internos como emociones o de hechos externos como respuestas conductuales; b) Describir: Aquí se mide la capacidad de describir hechos o respuestas personales con palabras; c) Actuar dándose cuenta: Mide la capacidad de centrar y sostener la atención en la actividad que se está llevando a cabo; d) Aceptar (o permitir) sin juzgar. Este factor mide la habilidad de adoptar un enfoque no evaluador sobre la experiencia.

Resultados

El número total de personas que han participado en estudio es de 69, de los cuales 38 participaron en el grupo de tratamiento y 31 en el grupo control. El grupo de tratamiento está formado por las personas que acudieron a 4 sesiones o más el programa de TCAP en dos unidades de salud mental, y el grupo de control incluye usuarios de las Unidades de Salud mental de que han recibido el tratamiento usual en esas mismas unidades, como ya se ha dicho. Tanto en el grupo de tratamiento como en el control hay una clara mayoría de participantes mujeres. Esta desproporción se debe a la mayor demanda de servicios por parte de las mujeres. Uno de los datos más llamativos es el alto nivel de sujetos en situación de baja laboral.

Tabla 1. Descripción demográfica de la muestra.

	Total		Tratamiento		Control	
	n = 69	%	n = 38	%	n = 31	%
Edad media (Dt)	41,8 (8,2)		43,3 (6,82)		40 (9,57)	
Nivel educativo						
C. escolaridad						
Primaria	13	18,8	6	15,8	7	22,5
Secundaria	27	39,1	14	36,8	13	41,9
T. Universitaria	15	21,7	7	18,4	8	25,8
T. Universitaria	14	20,2	11	28,9	3	9,6
Sexo						
Hombre	11	15,9	3	7,9	8	25,8
Mujer	58	84,1	35	92,1	23	74,1
Estado civil						
Soltero	15	21,7	6	15,8	9	29
Casado	42	60,9	24	63,2	18	58
Divorciado/a	12	17,4	8	21,1	4	12,9
Situación laboral						
Contratado/a	18	26	11	28,9	9	29
Parada/o	8	11,5	5	13,2	3	9,6
Sus labores	7	10,1	4	10,5	3	9,6
Baja Laboral	36	52,1	18	47,4	18	58

El 81% de los sujetos que han participado en el programa de TCAP consume psicofármacos, de los que un 13% consume antidepresivos, un 21% ansiolíticos, y el 47,4% consume ambos. Mientras, en el grupo de control el 90% consume psicofármacos, un 13% consume antidepresivos, un 16,1% ansiolíticos y un 48,4% ambos tipos de fármacos.

Los niveles de práctica se miden a través de registros de los días que han practicado en casa los ejercicios de meditación. Teniendo en cuenta que las tareas son meditar seis días a la semana, el número total de días que hay que practicar la meditación en casa es de 48 (6 días a la semana x 8 semanas). La media de días practicados es de 28, y se pueden encontrar desde sujetos que casi nunca practican (9 veces) a otros que practican casi todos los días (46 veces).

El tratamiento tiene un número de sesiones total de 8, más una sesión previa y otra posterior al tratamiento para medir. Se han excluido de la investigación a las personas que han acudido a menos de 4 sesiones. La media de asistencia es de 6,29 veces con un máximo de ocho sesiones y un mínimo de cuatro. La mayoría de las personas que participan en la investigación acuden a siete sesiones (31%), 10 sujetos acuden a seis sesiones (22,2%), y tan solo 5 acuden a 4 sesiones (11,1%).

En un primer momento, los sujetos que han participado en el estudio vienen diagnosticados por los profesionales de los centros de salud, pero estos diagnósticos no aportan mucha información a la hora de interpretar los datos, así que se utilizó

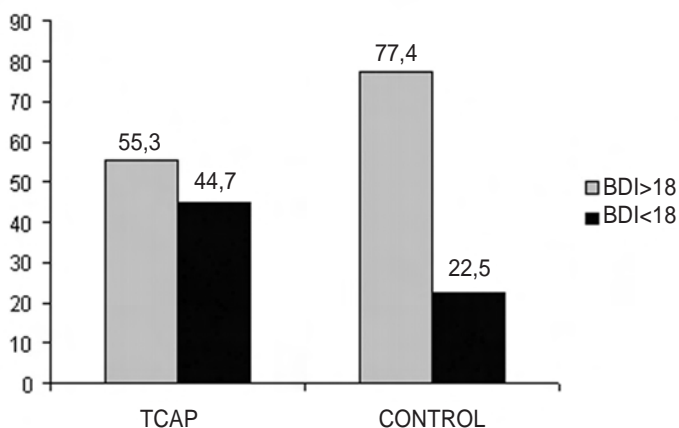
el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para el análisis de la muestra con síntomas depresivos. La muestra se divide utilizando el punto de corte BDI=18 para distinguir la presencia de sintomatología depresiva. Este punto de corte ha sido utilizado tradicionalmente como línea divisoria o como el punto más sensible para diferenciar entre poblaciones (Sanz, 1998) con depresión.

El grupo de sujetos que recibe la TCAP el 55,3% no reduce su puntuación por debajo de 18 tras terminar la intervención, mientras que el 44,7% si que la reduce por debajo de este punto de corte. En el grupo de control, 31 sujetos puntúan más de 18 en el BDI, de estos el 77,4% se mantiene por encima de 18 en el tiempo de medida post, y el 22,5% por debajo.

Tabla 2. Número de sujetos que ha reducido la puntuación en el BDI por debajo del punto de corte 18.

	TCAP		Control	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
No mejoran las puntuaciones en la escala BDI por debajo del punto de corte	21	55,3%	24	77,4%
Mejoran las puntuaciones en la escala BDI por debajo del punto de corte	17	44,7%	7	22,5%
Total	38		31	

Gráfica 1. Porcentaje de personas que mejoran la puntuación por debajo del punto de corte.



No se observan diferencias significativas al comparar el grupo de tratamiento con el grupo de control en las puntuaciones previas a la intervención. Por tanto se entiende que son poblaciones que tienen puntuaciones iniciales equivalentes.

Los ANOVA de medidas repetidas (pre-post-3 meses) realizados sobre el grupo que recibe el programa TCAP muestran una clara reducción de las puntuaciones en la mayoría de escalas. Se observa un reducción de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck. Las diferencias de medias se sitúan entre los tiempos de medida pre y post, y a los tres meses se mantienen. En las escalas que miden variables cognitivas en el grupo que recibe TCAP se observa una reducción de los niveles de uso de estilos cognitivos desadaptativos como el de la Rumiación, además de un aumento del estilo de Afrontamiento Efectivo. El tamaño del efecto más alto aparece en las puntuaciones de la escala BDI, $\eta^2=,45$.

Estos mismo análisis pero realizados sobre el grupo que recibe el tratamiento usual o grupo de control muestran una reducción de las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI, $F(2,18)=3,933$; $p=,038$). Las diferencias de medias aparecen en el tiempo de seguimiento a los tres meses. Las razones de esta reducción a los tres meses, puede tener que ver con el paso del tiempo, con la eficacia del tratamiento farmacológico, o con la eficacia retardada de los tratamientos en relajación, aunque también puede tener que ver con el hecho de que contestan muy pocos sujetos los cuestionarios y cabe pensar que sólo los sujetos que se beneficiaron del tratamiento usual contestaron los cuestionarios a los tres meses. (Véase Tabla 3)

Para el análisis de la eficacia se realizaron Anovas 2x2 (dos grupos de tratamiento x dos tiempos de medida). Se tienen en cuenta tan solo dos tiempos de medida, debido a la mortandad experimental en el tercer tiempo de medida. La eficacia de la intervención viene indicada por la existencia de un efecto de interacción entre el factor tratamiento (TCAP o grupo de tratamiento- Control o tratamiento usual: Intersujeto) y el factor momento de evaluación (tiempo de medida: Intrasujeto). Cuando los resultados de la interacción son significativos, se incluye un análisis de efectos simples (Ajuste por comparaciones múltiples de Sidak) para detectar en qué tiempo de medida aparecen diferencias significativas.

En la escala BDI se observa un efecto significativo para la variable momento de evaluación ($F(1,67)=40,10$; $p<,001$), lo que quiere decir que en ambos grupos hay reducción de puntuaciones, y también un efecto significativo en la interacción ($F(1,67)=9,88$; $p<,001$). En la comparación de los efectos simples se detecta una diferencia significativa en el tiempo de medida post ($p=,012$), lo que quiere decir que al terminar la intervención la puntuación en la escala BDI del grupo que recibe la intervención TCAP es significativamente inferior a la del grupo que recibe la intervención usual. (Véase Gráfica 2)

En el ANOVA 2x2 realizado sobre las escalas del cuestionario de Estilo de Respuestas no aparece ningún efecto significativo en la interacción, aunque si

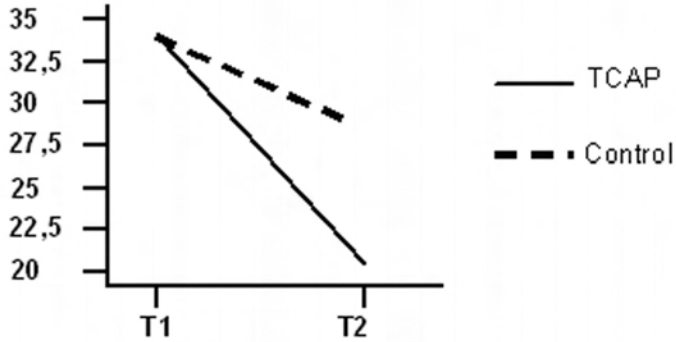
Tabla 3. Anova de medidas repetidas para la población con BDI>18.							
		PRE	POST	3M			
	n	Media (Dt.)	Media (Dt.)	Media (Dt.)	F	p	η^2
BDI							
TCAP	30	33,8 (9,6) ^a	19,9 (12,8) **	19,3 (14,1) **	24,50	<,001	,45
Control	10	33 (9,1) ^a	28,3 (14) [*]	24,5 (18,1) [*]	3,933	,038	,30
DASS							
TCAP	30	25,8 (7,6) ^a	19,6 (9) **	19,4 (9) **	8,99	<,001	,25
Control	10	25,6 (8,3) ^a	24,8 (9,9)	19 (11,1) [*]	5,540	,013	,38
AE							
TCAP	21	34,8 (6,6) ^a	40,9 (8,9) **	41,0 (8,1) **	6,203	,005	,23
Control	8	34,6 (11,9)	35,1 (8,7)	35,7 (8,7)	1,541	,254	,20
RUM							
TCAP	21	68,7 (10,7) ^a	61,9 (12,8) **	60 (11,2) **	6,831	,003	,25
Control	8	77,6 (25,2)	77 (29)	63,5 (26,9)	2,091	,160	,23
KOBS							
TCAP	21	29,7 (5,7)	30,1 (4,8)	31,2 (5,3)	,753	,478	,03
Control	9	30,6 (7,6)	29,4 (6,3)	-	,599	,461	,07
KDES							
TCAP	21	18,8 (4,4)	20,5 (4,4)	21,8 (5)	2,648	,083	,11
Control	9	18,4 (5,3)	20 (5,2)	-	1,774	,220	,18
KAWA							
TCAP	21	21,5 (4) ^a	23,1 (3,8) [*]	25 (4,2) [*]	6,881	,003	,25
Control	9	22,5 (4,6)	23,4 (5,5)	-	,600	,461	,07
KJUD							
TCAP	21	18,8 (5,5) ^a	23,4 (5,5) [*]	23,9 (6,2) [*]	8,402	,001	,29
Control	9	22,6 (6,3)	24,2 (8,1)	-	,492	,503	,05
BDI: Inventario de depresión de Beck; DASS: Escala de estrés; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar.							

aparecen en el factor tiempo de medida, es decir hay un aumento del Afrontamiento Efectivo ($F(1,42)=5,302;p=0,28$) y una reducción de la Rumiación en ambos grupos al terminar el entrenamiento ($F(1,42)=6,561;p=0,14$).

En el ANOVA 2x2 realizado sobre las escalas que miden Atención Plena y las habilidades que la integran revelan solamente un efecto significativo para el factor tiempo ($F(1,34)=6,92;p=,013$) de medida, en la habilidad de Aceptar (sin juzgar). En cambio, no aparece un efecto significativo en la interacción, ni sobre el factor grupo, para ninguna de las escalas. Es decir que el grupo que recibe la TCAP no aprende las habilidades de Atención Plena en mayor medida que lo hace el grupo de control.

La hipótesis básica de la que partimos es la de que el aprendizaje de la Atención

Gráfica 2. Evolución de las puntuaciones en el BDI.



Plena, objetivo de la TCAP, es la causa que está detrás de la reducción de sintomatología y aprendizaje de estrategias cognitivas adaptativas. A pesar de esto, no se han detectado diferencias entre el grupo de tratamiento y el de control en el aumento de esta habilidad. Para completar los análisis averiguamos las relaciones existentes entre las variables de Atención Plena y el resto de escalas utilizadas durante esta investigación. La metodología escogida es la correlacional (Pearson). Lo que se pretende, es hacer una aproximación a las variables que intervienen en la modificación de la sintomatología a lo largo del tratamiento. Para hacer esto, se plantean correlaciones entre la diferencias de medias (post-pre), es decir las evolución de las puntuaciones a los largo del tratamiento, entre los diferentes instrumentos.

Tabla 4. Índices de correlación de Pearson entre las diferencias de las puntuaciones (pre-post) en las escalas de Atención Plena y el resto de escalas para el grupo que recibe la TCAP.

		KJud	KAwa	KDes	KObs
BDI	(n=26)	-,331	-,500**	-,175	-,492*
RUM	(n=25)	-,425*	-,412*	-,181	-,329
AF	(n=25)	-,343	,570**	,193	,345

BDI: Inventario de depresión de Beck; RUM: Rumiación; AE: Afrontamiento Efectivo; KOBS: Observar; KDES: Describir; KAWA: Darse Cuenta; KJUD: Aceptar. * $<,05$, ** $<,01$.

La tabla 4 muestra relaciones negativas significativas entre la reducción de las puntuaciones en las escalas que miden sintomatología depresiva y estilo cognitivo rumiador, con el aumento de la habilidad de la Atención Plena de Darse Cuenta. Mientras que el estilo cognitivo de afrontamiento efectivo muestra correlaciones positivas. Por otra parte, se detecta una relación negativa entre el aumento de puntuaciones en la escala que mide la habilidad de la Atención de Plena de No juzgar/Aceptar sin juzgar y la reducción del estilo cognitivo Rumiador. También aparece una relación negativa entre el aumento de la habilidad Observar y la reducción de las puntuaciones en la escala que mide sintomatología depresiva.

Discusión

La principal dificultad a nivel metodológico con la que nos hemos encontrado en esta investigación es que en el grupo que ha recibido el tratamiento usual o grupo de control, ha habido una gran mortandad en la medida de los tres meses, reduciéndose la muestra ostensiblemente, además, en este grupo hubo dificultades para poder pasar toda la batería de cuestionarios. Añadido a todo esto, nos encontramos con que la muestra que ha contestado los cuestionarios parece ser la que ha obtenido una mejoría notable a los tres meses de terminada la intervención. Teniendo en cuenta el poco control que teníamos sobre este grupo (estos grupos los llevaban los propios profesionales de cada Unidad de Salud Mental), hay varias razones que podrían explicar este fenómeno: solo los sujetos que mejoraron se decidieron a acudir a contestar cuestionarios o los contestaron por correo a los tres meses, la intervención usual (relajación + apoyo psicológico) empezó a provocar cambios una vez terminada la intervención, o que el grupo de control era una muestra con sintomatología menos grave, a pesar de que estadísticamente no hay diferencias significativas sí se puede ver que el grupo que recibió la TCAP casi siempre tiene niveles más altos de sintomatología. Por tanto, las características del grupo de control han condicionado en buena medida los análisis estadísticos, y por tanto las conclusiones extraídas respecto a la eficacia de la TCAP.

El tratamiento en terapia Cognitiva basado en la Atención Plena es más eficaz (en la población con BDI>18) que el tratamiento usual para la reducción de síntomas de Depresión. Se corrobora la hipótesis que planteamos al inicio de la investigación de que la TCAP provocaría una reducción de sintomatología depresiva. También se planteó la hipótesis de una reducción de la rumiación tras terminar la intervención y su mantenimiento a los tres meses, mientras que no se esperaba ningún cambio en el grupo de control. Tras los análisis, a pesar de que no aparece ningún efecto significativo en la interacción, se observa que la TCAP es efectiva para la reducción del estilo cognitivo rumiador, y a su vez para el aumento del Afrontamiento Efectivo, cambios que se mantienen a los tres meses.

Los resultados indican que se corrobora la hipótesis de que la TCAP estimula y desarrolla la Atención Plena medida a través de cuestionarios. Pero no se muestra

más eficaz que el tratamiento usual, en el desarrollo de esta habilidad, esto puede ser debido al bajo número de personas que contesta los cuestionarios de Atención Plena en el grupo de control o también al aumento en Atención Plena en este grupo o puede ser un efecto artefactual, debido a que ya conocen el cuestionario. Tal vez la reducción de síntomas por sí misma aumente la Atención Plena, sin necesidad de ningún tipo de intervención específica. Aunque tal vez los cuestionarios miden un constructo diferente a la habilidad entrenada en las sesiones, o simplemente no son suficientemente sensibles para captar el cambio. La n del grupo de control nos impide tomar ninguna conclusión a este respecto y por tanto es un objetivo a plantear en próximas investigaciones.

El aumento en la habilidad de la Atención plena de Aceptar sin juzgar tras el programa TCAP está relacionado con una reducción del uso del estilo cognitivo rumiador. Este resultado está en consonancia con una de las principales hipótesis respecto a la utilidad de la Atención Plena, en el cambio de la metacreencia de que la rumiación es efectiva para auto-organizarse. Por la habilidad de Aceptar sin juzgar se entiende la capacidad de aceptar la experiencia sea cual sea ésta, sin juzgarla (Ejemplos: “Me digo a mi mismo que no debería estar sintiéndome de esta forma”, “Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa forma”).

El aumento de la habilidad de Darse Cuenta también está relacionado con una reducción de la sintomatología depresiva y con la reducción del estilo cognitivo rumiador así como el aumento del estilo Afrontamiento Efectivo. Esta capacidad se refiere a la habilidad de atender a lo que sucede en el momento presente sin distraerse; “Tiendo a hacer varias cosas a la vez, en lugar de centrarme solo en una”, “No presto atención a lo que estoy haciendo porque estoy preocupándome, soñando o distraído”. La habilidad de Observar correlaciona con reducción de la sintomatología depresiva. Por observar se entiende la capacidad de atender tanto a las sensaciones externas como por ejemplo “Noto el aroma de las cosas” como a las internas “Noto cuando mi estado de ánimo empieza a cambiar”.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se ha presentado una aplicación de la TCAP a pacientes con sintomatología depresiva en un contexto público de atención a la salud mental. Aunque la TCAP ha estado diseñada para hacer frente a las recaídas en depresión, este trabajo muestra la viabilidad de esta aplicación para reducir los síntomas de depresión y estrés. También muestra que este tratamiento reduce así mismo el estilo de pensamiento rumiador, que actualmente está considerado como el principal factor relacionado con la recurrencia de la depresión, y aumenta el estilo de afrontamiento efectivo. Paradójicamente, no obstante, en este estudio no se ha podido demostrar que la TCAP aumente la habilidad de Atención Plena que justamente es la habilidad que se entrena durante el tratamiento. Es posible, no

obstante, que este resultado sea debido a circunstancias metodológicas específicas de este estudio, relacionadas con la gran mortandad experimental producida en el grupo de control. A pesar de las limitaciones de este estudio, la TCAP parece ser un acercamiento valioso para abordar la depresión, que es bien recibido por los pacientes y que muestra una excelente relación coste-beneficios. Además, teniendo en cuenta la masificación de la demanda de asistencia en los centros de salud mental pública, la TCAP podría constituirse, en el futuro, en una alternativa terapéutica viable para la “epidemia” de la depresión. No obstante, hacen falta muchos más estudios para determinar su eficacia en el tratamiento de trastornos psicológicos.

El objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia de un programa de ocho semanas de Terapia Cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP) sobre población con sintomatología depresiva en el contexto del sistema público de salud. La muestra estuvo constituida por 69 sujetos, de los cuales 38 recibieron un el tratamiento en TCAP, y 31 recibieron la intervención usual en las unidades de salud mental de la isla de Tenerife. En esta investigación, se ha adaptado el programa de Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (TCAP) desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2002) para prevenir las recaídas en depresión, a pacientes con síntomas de depresión, tanto de larga como de corta duración, que no estuvieran en fase aguda. En este trabajo, se muestra que tal adaptación es viable y ofrece a los pacientes una nueva herramienta para enfrentarse al sufrimiento de un modo más eficaz.

Palabras clave: *atención plena, depresión, Mindfulness-based cognitive therapy*

Notas

- 1 Este trabajo ha sido financiado por la Fundación Canaria para la investigación en Salud (FUNCIS), a través de un proyecto de investigación (PI61/04) concedido a M.T.Miró.

Referencias Bibliográficas

- BAER R., SMITH G.T., ALLEN K.B., (2004) Assessment of Mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assesment*. Vol.11, No3, Sep. 191-206.
- BARBER, J.P., DERUBEIS, R.J. (1989) On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*. Vol 13(5).
- BARNARD, P.J. & TEASDALE, J.D., 1991. Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, pp. 1–39.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. Y EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).

- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. Y ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
- BISHOP S.R., LAU M., SHAPIRO S., CARLSON L., (2004) Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice* 11: 230-241.
- BLACKBURN, I.N., EUNSON, K.M., BISHOP, S. (1986) A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*. Vol 10(1), pp. 67-75
- FENNELL, M. J. V., TEASDALE, J. D., JONES, S. AND DAMLE, A. (1987). Distraction in neurotic and endogenous depression: an investigation of negative thinking in major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 17, 441-452.
- FINUCANE, A., MERCER, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*. Publicación on-line.
- HAYES, S., FOLLETTE, V., LINEHAN, M.;M (2004) Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York, NY, US: Guilford Press.
- HAYES, S., STROSHAL, K.;D., WILSON,K. (1999) Acceptance and Commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press
- INGRAM, R.E., SMITH, T.S., (1984) Depression and internal versus external focus of attention. *Cognitive Therapy and Research*. 8: 139-152.
- KABAT-ZINN J. (1990) *Full Catastrophe Living*. New york: Delta. Edición en Castellano: Vivir con plenitud las crisis.2003. Ed. Kairós.
- LINEHAN, M.M. (1993) *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- LINEHAN, M.M. (1993) *Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- LYUBOMIRSKY, S., NOLEN-HOEKSEMA, S. (1993) Self-perpetuating properties of disphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 65, No. 2, 339-349.
- MA, S.H., TEASDALE, J.D. (2004) Mindfulness-Based Cognitive therapy for Depression: Replication and Exploration of differential Relapse Prevention Effects. *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 72, No. 1, 31-41.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. No. 4, 569-582.
- ROMEL W., GOLDIN P., CARMONA P., MCQUAID J.R. (2004). The effects of Mindfulness Meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 28,No4, pp.433-455.
- SCHEER-DICKSON N., (2004) Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*. Vol. 17, No2, 223-234.
- SEGAL, Z.V., WILLIAMS, J.M.G., TEASDALE, J.D (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- TEASDALE J.D. (1999) Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 146-155.
- TEASDALE, J.D. BARNARD, P.J., 1993. Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N.J.
- TEASDALE J.D., SCOTT, J., MOORE, R.G., HAYHURST, H., POPE, M., PAYKEL, E.S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression: Evidence form controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 347-357.
- TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., POPE, M., MOORE, R.G., HAYHURST, H., WILLIAMS, S. (2002); Metacognitive Awareness and prevention of Relapse in Depression: Empirical evidence. *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 70, No. 2, 257-287.
- TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., WILLIAMS, J.M.G (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical psychology: Science and practice*, 10, 157-160.
- TEASDALE, J.D., SEGAL, Z.V., 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, 25-39.

- 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.
- VÁZQUEZ C., (2003). Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica. Ed. Síntesis.
- WATKINS, E., TEASDALE, J.D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- WELLS, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. *Chichester, UK: Wiley*.
- WELLS, A. (2002) GAD, Metacognition, and mindfulness: An Information processing analysis. *Clinical Psychology Science and Practice* 9: 95-100.
- WELLS, A., MATTHEWS, G. (1996) Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34. pp. 881-888
- 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*. Vol. 109, No1, 150-155.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

LA PRÁCTICA DE LA MEDITACIÓN Y LA ATENCIÓN PLENA: TÉCNICAS MILENARIAS PARA PADRES DEL SIGLO XXI

Maria Teresa Santamaría, Ausiàs Cebolla, Pedro J. Rodríguez y María
Teresa Miró
mtmiro@ull.es

A Mindfulness-Based training for parents of children with severe mental disorders is presented. This program was developed and tested in a specialized unit of the Public Mental Health Service of the Canary Islands. 18 mothers participated in a non-randomized clinical trial with control group. Participants in the training showed a decrease in depression and stress scores and improvement in the relationship with their children.

Key words: Mindfulness-Based Parenting, severe mental disorder in childhood.

PREFACIO

Ana, madre de tres hijos, acude a consulta con su hijo menor, porque la pediatra piensa que puede tener un trastorno del desarrollo. Ha traído al pequeño, de 14 meses, en un carrito. El niño se aburre de la larga charla y protesta un poco. Cada vez que le oye llorar o le siente rebullir, la madre, automáticamente, le empuja la cabeza con su mano para que se acueste en el cochecito y le da la chupa. Esto parece funcionar unos instantes hasta que el niño se incorpora, y golpea con sus manos y sus pies, trata de alcanzar algún objeto y, llora de nuevo un poco, momento en el que la madre, automáticamente, vuelve a empujarle para que se acueste. Así todo el tiempo que dura la entrevista, hasta que el niño “se rinde” y queda recostado en el cochecito, pasivo e indiferente.

Ana no es una mala madre. Quiere a sus hijos y hace por ellos todo cuanto puede. Se encuentra desbordada por la crianza de los dos mayores “y ahora éste, que no se qué le pasará, aún no camina ni nada, los otros a su edad corrían como locos”. Comienza a hablar de cómo sacó adelante a los otros “yo trabajaba, no sé de donde

sacaba la energía... luego me quedé embarazada de éste y al dar a luz lo dejé, era demasiado... pero lo echo de menos y a pesar de no tener que salir fuera, el día me da de sí menos que antes, no lo entiendo”.

¿Cómo ayudar a Ana? ¿Le ayudaría que le proporcionáramos un entrenamiento en estimulación precoz? ¿Qué llevaríamos al niño a psicomotricidad? ¿Qué le administrásemos un antidepresivo a ella?. Es posible que estas medidas, u otras, pudieran mejorar mucho la situación de Ana y su hijo. Pero antes ella necesita darse cuenta de qué clase de interacción está estableciendo con su bebé, y de cómo está obstaculizando los intentos que éste hace de explorar el medio y moverse. Explicárselo nosotros puede confundirla más y generar en ella culpa y ansiedad. Ha de darse cuenta por ella misma. Para que esto sea posible deberá desarrollar su capacidad de ver al niño como alguien diferente de ella, un ser con necesidades diferentes de las suyas. Deberá convertirse en una madre consciente en vez de en una madre con piloto automático como es ahora.

Ayudar a las madres (y padres) a darse cuenta de cuándo están funcionando en piloto automático y a ser más conscientes del momento presente, ha sido el eje central del modelo de trabajo con padres que se presenta en este artículo. Después de unas notas introductorias sobre el marco conceptual de la atención plena, exponemos el programa de entrenamiento de padres llevado a cabo en el marco de un servicio de hospital de día para niños con trastorno mental grave. Además, se exponen también algunos datos cuantitativos sobre los efectos del programa.

INTRODUCCIÓN

Tener hijos es, además de una fuente de felicidad, un acontecimiento de gran impacto psicológico, en el que los padres y madres experimentan sentimientos y vivencias de gran intensidad que requieren de ellos la utilización de un amplio repertorio de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales, para regular la convivencia de un modo armónico y saludable. Vivir con conciencia requiere de una adecuada capacidad para leer los propios estados internos, así como los de los otros, nuestra pareja y nuestros hijos. La capacidad para leer los estados emocionales es una capacidad cognitiva ligada al desarrollo de lo que los psicólogos cognitivos y evolutivos llaman: “la teoría de la mente”. Aunque las capacidades mentalistas están presentes desde el inicio de nuestro desarrollo como especie humana, el grado de sofisticación que han adquirido en la actualidad es una emergencia histórica. Dicho con otras palabras, en comparación con otras épocas de la historia de la humanidad, la vida personal y la vida familiar se ha vuelto asuntos muy complejos, igual que ser padres o mantenerse sano. Y no sólo sano, sino también mejorándose como ser humano, es decir, ser mejor padre o mejor pareja. Digamos que mejor significa nada más que más capaz de armonizarse con los demás y con uno/ mismo/a, ser capaz de convivir.

La tendencia actual a establecer familias con menor número de hijos conlleva

que algunos de estos nuevos padres y madres se relacionen con bebés por primera vez en su vida, y no siempre hay familia extensa que colabore o que sirva de modelo adecuado para la que inicia su andadura. Nadie enseña a ser padre, pero además, el ritmo de vida acelerado, y las múltiples ocupaciones y actividades de padres e hijos restan tiempo y energía para la labor artesanal que constituye la crianza y educación de los niños. “Venga, vamos” y “date prisa” son frases que los niños oyen desde que se levantan.

Si los altibajos de la crianza “normal” ya constituyen un desafío para el equilibrio y las capacidades de los padres, el tener un hijo con una enfermedad grave constituye una importantísima fuente de estrés que puede afectar gravemente la salud mental y física de los padres: “No sé que hacer con él”, “Hace lo que quiere”, “Me desquicia”, son frases bien conocidas de los profesionales que trabajan en salud mental infanto-juvenil, referidas a niños incluso de edad preescolar. La proliferación de libros sobre la educación de los hijos, e incluso el éxito de programas de televisión basados en estos temas dan fe del anhelo de padres y madres para encontrar orientación y guía.

Pero no existen recetas para educar, sino personas siempre en proceso de cambio y situaciones que son nuevas cada día. Para hacer frente a tanta variabilidad, a menudo los padres y los hijos desarrollan patrones rígidos de comportamiento que provocan respuestas automatizadas por la práctica repetida. Cuando una respuesta o un patrón de respuestas se encuentra muy automatizado, resulta muy difícil de cambiar o lo que es igual se torna resistente al cambio, porque hay un nivel de conciencia muy bajo de lo que se está haciendo. En cierto modo, cuando funciona en piloto automático, es como si la persona estuviera ausente. Sabemos, además, que tales estados en los padres, tienen efectos perjudiciales en los hijos.

PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO PARA PADRES

El uso de programas de entrenamiento para padres es una práctica común y en extensión en todo el mundo. Sin embargo, existe poca evidencia empírica contrastada sobre su eficacia. Una revisión Cochrane, efectuada en 2007, encuentra algunos resultados positivos en los programas de entrenamiento para padres, pero existen dudas acerca de la estabilidad de estos resultados; en concreto, afirma que existen pocas pruebas sobre a si estos resultados se mantienen con el transcurso del tiempo y que los pocos datos de seguimiento disponibles muestran resultados contradictorios.

Por otro lado, Rey (2006) realiza una revisión de los entrenamientos para padres dividiéndolos en dos tipos fundamentales: 1) los dirigidos a optimizar directamente la labor paterna; y 2) los encaminados a mejorar el bienestar de los padres, favoreciendo, así, la labor de crianza. Rey señala que los programas revisados cambiaban según la problemática de la población a la que iba dirigida (padres divorciados, encarcelados, maltratados, monoparentales, etc) por lo que

los resultados no resultan extrapolables a otros grupos. Aunque Rey encuentra resultados positivos en su revisión, remarca en las conclusiones que todavía no sabemos bien cuáles son los componentes, los mecanismos y los factores que determinan el éxito de estos programas.

En general, los programas de entrenamiento de padres ofertan un modelo de experto que asesora e instruye, pedagógicamente, a la familia, que adopta el rol de alumno lego en la materia. Sin embargo, esta situación es una ficción a duras penas sostenible, porque las familias antes de llegar al programa llevan un largo recorrido juntas. Además, los padres poseen un repertorio de teorías implícitas sobre sus hijos y “técnicas de modificación de conducta” que han venido usando desde su nacimiento y que, por lo general, no se tienen en cuenta en estos programas de entrenamiento. En realidad, la lógica con la que se implementan estos programas supone la pretensión de que los padres supriman sus modelos tácitos de funcionamiento, para adoptar los que los expertos preconizan como mejores. Pero, en la práctica, no se les explica a los padres cómo tienen que hacer esto. En otras palabras, la mayor parte de los programas de entrenamiento de padres adoptan una lógica instructiva y, en consecuencia, se espera que los padres simplemente adopten la forma “correcta” de ser padres que el instructor les propone. Sin embargo, aún en el caso de que uno/a no sea padre o lo sea por primera vez, posee un modelo de cómo ser padre, debido a que ha sido hijo/a. Estos modelos, que se aprenden en la práctica del vivir en la familia de origen, son tácitos y, en gran medida, inconscientes, por varias razones. En primer lugar, la diferencia en las capacidades cognitivas entre padres e hijos es la mayor que se produce en una relación humana. En segundo lugar, debido a lo anterior, los hijos tienen una vivencia de los padres mucho antes de que desarrollen la capacidad de articularla en palabras. En tercer lugar, los hijos no experimentan el mundo de los padres como uno de los muchos mundos posibles, sino como el mundo es, debido a que la experiencia de la realidad precede a la capacidad de pensar acerca de ella.

Debido a lo anterior, como los enfoques sistémicos han puesto de manifiesto, a la hora de entender los modelos tácitos de los padres, es necesario tener en cuenta no sólo sus propias experiencias con sus familias de origen, sino también su capacidad de articularlas. Se sabe que algunas parejas construyen sus modelos de cómo ser padres por oposición a lo que vivieron en sus familias de origen; y así parten de la premisa de “no quiero que ni hijo/a pase por lo que yo he pasado”. Por tanto, la familia de procreación se instaura sobre la ruptura con el pasado de las familias de origen. Por otro lado, la situación contraria es la situación en la que se produce una máxima continuidad entre la familia de origen y la familia de procreación.

Salvo en situaciones especiales, los programas de entrenamiento de padres no suelen centrarse en cuestiones del pasado, ni suelen ocuparse de ayudar a los padres a articular los modelos tácitos heredados de sus familias de origen. La urgencia de

las demandas de la vida familiar no lo permite. Por lo general, el foco de atención suele ser mejorar las habilidades de los padres para: a) regular sus emociones, b) comprender las necesidades de sus hijos, c) mejorar la comunicación y d) afrontar eficazmente situaciones críticas. El programa de entrenamiento de padres que presentamos más adelante ha sido desarrollado teniendo en cuenta la necesidad de mejorar estas habilidades, para que la vida familiar mejore.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL ENTRENAMIENTO DE PADRES BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA

La atención plena es la conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla y sin reaccionar a ella (Kabat-Zinn, 2003). Se trata de una forma de conciencia no conceptual y abierta al presente, en la que cada pensamiento, cada sensación o cada sentimiento que aparece en la conciencia es tenido en cuenta y aceptado tal y como es, pero sin reaccionar a él. Existen numerosas formas de hacer referencia a la atención plena. Por ejemplo, el monje budista, vietnamita, poeta y activista por la paz, Thich Nhat Hanh (1976), definió la atención plena como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”. Por su parte, Kabat-Zinn (1990) la define como “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar”. En el estado de conciencia plena, las sensaciones, pensamientos o sentimientos que suceden en la conciencia son tomados justamente como sucesos mentales que suceden en uno/a y uno/ los observa, sin identificarse con ellos y sin reaccionar de forma automática y habitual. Uno/a mismo/a es el que observa. Esta toma de contacto consciente con el invariante cognitivo primordial, el yo observador, es el objetivo del cultivo de la atención plena. De este modo, se introduce un hueco, un espacio vacío entre la percepción y la respuesta que, con la práctica de la meditación, va a permitir incrementar la flexibilidad cognitiva, así como la capacidad de responder de modo más reflexivo a las situaciones, en lugar de funcionar en piloto automático.

Bishop y sus colaboradores (2004) han elaborado un modelo de la atención plena que propone dos componentes: por un lado, la autorregulación de la atención en la experiencia inmediata, es decir, uno/a tiene que darse cuenta de dónde está su atención en cada momento, lo cual permite el reconocimiento de los sucesos mentales en el presente, a medida que ocurren. Y, por otro lado, se trata de adoptar una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la propia experiencia en cada momento. Así, el funcionamiento con atención plena supone no sólo un mayor reconocimiento de la experiencia inmediata a medida que sucede, sino también un mayor grado de claridad, intensidad y viveza en la percepción de la experiencia. Este estado de mayor lucidez contrasta notablemente con los estados de menor conciencia, en piloto automático, que suele ser el nivel de funcionamiento habitual y crónico de la mayoría de personas que padecen un trastorno mental (Brown y

Ryan, 2003). Por esta razón, el estado de atención plena (“*mindfulness*”) se suele oponer al estado de automatismo o ausencia mental (“*mindlessness*”)

La atención plena puede entrenarse y desarrollarse por medio de prácticas formales o técnicas de meditación. Tradicionalmente, estas técnicas se han cultivado en el marco de la vida contemplativa. No obstante, desde hace unos veinte años, la atención plena ha comenzado a entrenarse en contextos clínicos. Existe una buena cantidad de evidencia empírica que ha puesto de manifiesto los efectos beneficios de la atención plena en el tratamiento de condiciones relacionadas con el dolor crónico, el estrés, la depresión y la ansiedad, etc. Y también sobre la mejor de la calidad de las relaciones afectivas y la salud, en general. (Kabat-Zinn, 2005).

En 1979, John Kabat-Zinn, profesor de medicina de la Universidad de Massachussets, practicante de meditación y profesor de yoga, concibió la idea de aplicar sus conocimientos en estas disciplinas para el tratamiento del Estrés. Fundó la Clínica de Reducción de Estrés dentro del marco hospitalario de su universidad. En este marco, desde hace casi 30 años ha ido desarrollando el programa conocido como “*Mindfulness-Based Stress Reduction*” (MBSR) que se podría traducir como Reducción de Estrés mediante la Atención Plena. Su entrenamiento enseña 5 habilidades o ejercicios, procedentes de la meditación Zen y del yoga. Por medio de las actividades practicadas durante el programa, se pretende promover la adquisición de 7 actitudes fundamentales:

1. *No juzgar*: observar la propia experiencia con imparcialidad. Es una actitud completamente distinta a la habitual en la que, de forma mecánica, categorizamos y juzgamos todo lo que ocurre.

2. *Paciencia*: comprender y aceptar que las cosas suceden a su propio ritmo. Esta cualidad es una forma de sabiduría que es especialmente útil cuando la mente está agitada porque puede ayudarnos a aceptar sus vaivenes recordando que no necesariamente tenemos que engancharnos a ellos.

3. *Mente de principiante*: abandonar las expectativas previas y atender a lo que realmente sucede como si fuera la primera vez. Esta actitud es particularmente importante, tanto en la práctica de las técnicas de meditación, como en la vida cotidiana.

4. *Confianza en la propia bondad y sabiduría básicas*: Se trata de ser uno mismo, no de imitar a nadie.

5. *No esforzarse por conseguir ningún propósito*: conviene cultivar una actitud de no lucha, ni esfuerzo, en la meditación estática. Dejar que la experiencia suceda. NO hay que hacer nada. Si se experimenta tensión o dolor, simplemente ser consciente de ello.

6. *Aceptación*: ver las cosas como realmente son en cada momento. No implica que tenga que gustarnos todo lo que ocurre o que se deba adoptar una actitud pasiva ante los sucesos que atentan contra nuestros principios o valores. Consiste más bien en actuar de la forma adecuada desde el conocimiento.

7. *Dejar pasar*: no apegarse, ni dejarse atrapar por ningún pensamiento, sentimiento o deseo. En la práctica, hay que abandonar la tendencia a elevar algunos aspectos de nuestra experiencia y a rechazar otros.

La conciencia plena es para Kabat-Zinn una capacidad humana universal que puede ser cultivada, sostenida e integrada en la vida cotidiana mediante la práctica de la meditación. Este autor, siguiendo la filosofía budista, considera también que el MBSR es un vehículo de entrenamiento para liberarse del sufrimiento. Los médicos que tratan patologías susceptibles de generar estrés (psoriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto, etc.) remiten los pacientes al programa, que se considera un complemento del tratamiento médico.

Sus programas tienen una duración de ocho semanas. Los participantes han de practicar diariamente la meditación y diversos ejercicios “para casa” que persiguen la generalización de la meditación a la vida cotidiana. Así mismo, cumplimentan autoregistros y asisten a una reunión grupal semanal.

Kabat-Zinn junto con su esposa publicaron en 1997 *“Everyday blessings: the inner work of mindful parenting”* en el que aplicaban su experiencia con la meditación y la atención plena a la parentalidad. *“El mejor regalo que podemos hacer a nuestros niños es el nuestra propia presencia”*, escriben los autores. *“Para estar en pleno contacto con nuestras vidas, hay que aprender a desconectar el piloto automático y aterrizar en el momento presente, vivir intencionalmente en el ahora, practicar lo que llamamos la “paternidad atenta”*. La “paternidad atenta” no es sólo un antídoto contra el estrés, sino un modo de enriquecer, desde dentro, la experiencia de ser padre. ¿Cómo?:

- Poniéndonos más frecuentemente a la altura de nuestros hijos.
- Aprendiendo de ellos todos los días.
- Observándolos calladamente.
- Fijándoles ciertos límites, pero sin controlarles en todo momento.
- Introduciendo pequeños ritos cotidianos que refuercen los lazos familiares.
- Regalándoles nuestro tiempo y no estando siempre con la cabeza -o con el móvil- en otra parte...

Lo que proponen John y Myla Kabat-Zinn es vivir la paternidad como una suerte de “meditación en acción” que repercuta en nuestro bienestar y en el de los propios hijos: *“Es increíble comprobar cómo cambia radicalmente la actitud de los niños en cuanto perciben que estamos con ellos con nuestros cinco sentidos. La relación padre-hijo se convierte entonces en un flujo constante: las tensiones desaparecen y se alcanza una mágica sensación de gratitud y equilibrio”*. Pero, evidentemente, para que algo pueda ser vivido como espontáneo y mágico, es necesario practicar mucho. Como señalan los Kabat Zinn:

“La práctica siempre es la misma: estar completamente presente, mirando en profundidad, tan bien como podamos, y sin juzgar o condenar los

acontecimientos, o nuestra experiencia de los mismos. Simplemente presencia, y respuesta apropiada, momento a momento”..... “De esta manera, despertarse por la mañana es la meditación del despertar. Cepillarse los dientes es la meditación de cepillarse los dientes. No hacerlo porque el bebé está llorando es la meditación de no cepillarse los dientes porque el bebé está llorando. Y todo así. Vestir al niño, poner comida en la mesa, llevarle al colegio, ir a trabajar, cambiar los pañales, comprar, hacer arreglos, limpiar, cocinar, todo forma parte de la práctica de la conciencia plena. Todo”. (págs. 104-105).

La falta de atención de los padres al comportamiento del niño puede generar en éste un patrón de “oposicionismo” y mal comportamiento justamente “para llamar la atención” y si los padres atienden, refuerzan las conductas oposicionistas. El mantener una escucha constante y una atención sobre el niño puede modificar estos patrones de relación y sustituirlos por otros más enriquecedores. Para estos autores, la paternidad con atención plena ha de basarse en tres principios que guardan una íntima interrelación:

1) *Soberanía* (de padres e hijos sobre su propia vida), que no es concebida ni como una imposición de poder, ni como una aceptación de cualquier decisión o conducta del niño. “*Es la verdadera naturaleza de cada uno, una cualidad universal del ser*” (pág. 54). Si no la reconocemos, en nosotros ni en nuestros hijos, estaremos causando mucho sufrimiento a nosotros mismos o a los demás.

2) *Empatía*, que adquiere un significado mucho más profundo que el tradicional “ponerse en lugar de” que, en la práctica, puede de hecho convertirse en una actitud invasora o intrusiva. Los Kabat-Zinn afirman “*Como padres, es nuestra tarea estar continuamente reconstruyendo y reparando nuestra relación con nuestros hijos. Esto lleva tiempo, atención y compromiso. Si estamos perpetuamente ausentes, -o de cuerpo presente, pero ausentes en nuestra atención y nuestro corazón-, nuestro hijo no sentirá la confianza y la cercanía necesarias para dejarnos conocer los problemas que está enfrentando*”. (pág. 69) Con respecto a la empatía no auténtica añaden también que “*A veces, en momentos de crisis en los que debemos estar ahí para escuchar, empalmar y cuidar, nos encontramos a nosotros mismos sobrecargando a nuestro hijo con nuestros propios sentimientos y reacciones, de manera que sea él quien tiene que hacerse cargo de nosotros*” (pág. 70)

3) *Aceptación*. Es una actitud interior de reconocimiento de que las cosas son lo que son, independientemente de que nos gusten o no, y sin importar lo terrible que sean o parezcan ser en algunos momentos. La falta de aceptación de la realidad de nuestros hijos, sobre todo en la medida en la que se alejan de nuestras expectativas, es una fuente de dolor y sufrimiento para ellos y nosotros.

En esta línea, Kabat-Zinn y Kabat-Zinn (1997) proponen 12 ejercicios para una parentalidad consciente:

Ejercicios para una parentalidad consciente

(adaptado de Kabat-Zinn y Kabat-Zinn, 1997)

Intenta imaginar el mundo desde el punto de vista de tu hijo
Imaginate cómo se te ve y escucha desde el punto de vista de tu hijo.
Practica el ver a tus hijos como simplemente perfectos de la forma que son.
Estate atento de tus expectativas respecto de tus hijos y considera si son verdaderamente en su mejor interés.
Pon las necesidades de tus hijos por encima de las tuyas propias.
Cuando te sientas perdido, detente y medita.
Desarrolla la presencia silenciosa y la escucha.
Aprende a vivir las tensiones sin perder el propio equilibrio.
Pide disculpas a tu hijo cuando hayas traicionado su confianza.
Date cuenta de que cada hijo es especial y tiene sus propias necesidades
Pon límites firmes desde el conocimiento y el discernimiento y no desde el miedo o el deseo de control
Trabaja continuamente en la meditación y en el propio autoconocimiento a fin de poder dar a los hijos lo mejor que tenemos: uno mismo.

Otros autores han desarrollado programas de entrenamiento para padres basados en *la* atención plena. Las habilidades fundamentales que promueven estos programas son (Dumas, 2005):

- 1) Escucha facilitadora, sin prisas, para aprehender la realidad del niño,
- 2) Distanciamiento que permita ver al hijo como alguien distinto de nosotros y no como una prolongación, y que facilite el afrontamiento de los problemas como algo temporal en una realidad en continuo movimiento y
- 3) Planes motivados de acción en contraposición al automatismo y a la reacción visceral.

Estos principios, al igual que el planteamiento de los Kabat-Zinn, han sido una fuente de inspiración importante para el desarrollo del programa de entrenamiento de padres que presentamos a continuación.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA PADRES

La Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) financió una investigación cuyo propósito era evaluar la eficacia clínica de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. El proyecto se llevó a cabo en varios dispositivos de la red de salud mental de la isla de Tenerife, y los profesionales que voluntariamente intervinieron en el mismo previamente recibieron un entrenamiento de 11 semanas, que incluía tanto elementos teóricos como prácticas de meditación y atención plena, así como tareas diarias para casa (de aproximadamente una hora de duración) y auto-registros.

El Hospital de Día es un dispositivo de tratamiento para niños y adolescentes de hasta 18 años de edad con problemas de salud mental perteneciente a la red pública (Servicio Canario de Salud). Las vías de derivación incluyen únicamente

las unidades públicas de salud mental o los servicios hospitalarios. Ambos tipos de servicios efectúan una intervención previa y filtran la demanda, facilitando que lleguen a nuestra unidad sólo los casos más graves. Entre los diagnósticos más usuales están los trastornos conductuales, TDAH, psicosis, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de la conducta alimentaria, etc. A menudo estos niños y jóvenes proceden de medios desfavorecidos con problemática psicosocial asociada a su problema de salud mental y esto complica su tratamiento, que exige un enfoque multiprofesional.

En la filosofía de funcionamiento del Hospital de Día se presta especial atención a las familias de estos pacientes. Tener un hijo con trastornos mentales genera mucho estrés, y aplicar el programa a los padres nos parecía muy interesante y se ajustaba a nuestro modelo de tratamiento. Enseñar a los padres a atender plenamente a sus hijos es especialmente importante en nuestro caso, por que a menudo los padres se centran exclusivamente en las conductas negativas, ignorando otros aspectos sanos y adaptados del niño, lo cual provoca y agrava los problemas conductuales. Por otro lado, poder aceptar la enfermedad del hijo es una manera de disminuir el sufrimiento que conlleva una situación que puede prolongarse o ser crónica.

El programa de entrenamiento de padres basado en la atención plena, que presentamos más adelante, tenía como propósito principal ayudar a las madres a mejorar su convivencia consigo mismas y con sus hijos/as. En concreto, los objetivos que el programa perseguía fueron los siguientes:

- Enseñar a meditar y a practicar atención plena a un grupo de madres cuyos hijos padecen un trastorno mental, como estrategia de afrontamiento ante el estrés que la enfermedad de sus hijos les ocasiona.
- Aumentar la autoconciencia de las madres así como su percepción del hijo como una persona diferente de ellas.
- Evaluar a través de cuestionarios administrados antes y después del entrenamiento los efectos que estas enseñanzas producen en las madres y en los hijos.

En cuanto al diseño, este estudio es un ensayo clínico sin aleatorización, con un grupo de control. Las participantes fueron 18 madres cuyos hijos menores de 18 años estaban en tratamiento en el Hospital de Día Infanto- Juvenil de Santa Cruz de Tenerife. La mitad de las madres recibió el entrenamiento y la otra mitad formó parte del grupo control. Todas las madres completaron los mismos cuestionarios que el grupo experimental con el mismo intervalo de tiempo test-retest.

Las madres procedían en su mayor parte de entornos urbanos, aunque también había cuatro que residían en entornos rurales. Su nivel socioeconómico era medio-bajo. La edad media del grupo era de 42 años, con un mínimo de 30 y un máximo de 65. La mayoría estaban casadas, el 64%; sin embargo, la implicación del padre en la crianza de los hijos era, en general, pobre, y cinco de las madres cuidaban a

sus hijos solas. Dos de ellas eran abuelas que ejercían labores maternas al tener a sus nietos a su cargo en su domicilio. La mayoría de participantes tenían bajo nivel de estudios, el 29,4% tenía el certificado de escolaridad, y el 35,4% tenía estudios de primaria. El 35,4% de las participantes se dedicaba las labores del hogar, y tan solo el 23,5% trabajaba por cuenta ajena. Dos mujeres estaban de baja laboral. No existen diferencias entre el grupo y control y el de tratamiento para ninguna de las variables de demográficas.

Procedimiento

Se proporcionaba a cada participante un CD con una sesión práctica de meditación y atención plena a fin de que practicara en casa cada día. También se solicitaban pequeñas tareas y auto-registros para realizar en casa diariamente, con la finalidad de generalizar lo aprendido a las situaciones cotidianas.

Se realizaron 11 sesiones de periodicidad semanal guiadas por dos terapeutas con experiencia en meditación. En las sesiones, de hora y media de duración, había una parte de práctica de la meditación y la atención plena y otra en la que las participantes exponían libremente en el grupo lo acontecido durante la semana en relación con la crianza de los hijos. Se procuraba orientar y comentar las intervenciones de las madres de acuerdo con los principios de autoconciencia, aceptación, observación y discriminación de sentimientos, ideas y conductas, tanto propias como del hijo.

Se proporcionaba a las participantes un guión con un resumen de la sesión y el esquema de tareas a desarrollar durante la semana. En cada sesión, se incluía también una pequeña narración, poema o cuento sobre el tema que se estaba tratando. Este elemento narrativo fue muy bien recibido por las madres y sirvió de elemento motivador y dinamizador. Las madres pronto empezaron a aportar sus propias historias, y en ocasiones las compartían con sus hijos. Estos elementos narrativos vienen siendo usados con éxito en terapias familiares y cognitivas, especialmente con niños, porque respetan su lenguaje singular, sus recursos para la resolución de problemas y su concepción del mundo (Freeman, Epston y Lobovits, 1997).

Por otro lado, como interesaba conocer los efectos de este programa, se pasaron algunas pruebas antes y después de la intervención. Los instrumentos de medida utilizados para los datos cuantitativos fueron los siguientes:

- Inventario de depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1979, adaptado por Sanz y Vázquez, 1998).
- Dass-42 (solo la escala de Estrés) (Lovibond y Lovibond, 1995; adaptado por Bados, Solanas y Andrés, 2005).
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI; Beck et al, 1988).
- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown y Ryan, 2003).

Los tres primeros cuestionarios son tradicionales para la medida de la

sinomatología más frecuente de ansiedad y depresión. El cuestionario MAAS es un cuestionario pensado para medir la Atención Plena y la capacidad de darse cuenta. Interesaba el uso de este cuestionario ya que el aumento en esta habilidad es el pilar de todo el entrenamiento. Además de los cuestionarios, se realizaron una serie de preguntas en las que se media algunas variables que nos parecían interesantes, como la frecuencia en la que se sienten desbordadas en la crianza de los hijos (1-diariamente; 2-varias veces a la semana; 3-Varias veces al mes), la capacidad para afrontar los problemas del hijo (del 1-mínima- al 10-máxima-) y estado de ánimo global (del 1-bajo- al 10-alto-).

Temas abordados durante las sesiones

En cada sesión, se recogían los dos registros diarios: el primer registro se mantuvo invariable durante todas las sesiones y consistía en tomar nota sobre las experiencias diarias con la práctica de meditación. El segundo registro era variable en función de las tareas propuestas. Por ejemplo, en la primera sesión propusimos realizar tres momentos de encuentro con el hijo llevados a cabo con atención plena: el primero de ellos, cuando volvía del colegio, y otro al final del día, al dar las buenas noches y el tercero cuando quisieran. Se insistía en que no se trataba de hacer nada especial, ni en cuanto al contenido ni en cuanto a la duración, sólo darse cuenta, poner los cinco sentidos en el hijo, estar presentes con él y para él. El tercer momento de encuentro consistía en practicar la atención plena mientras se estaba con el hijo durante al menos cinco minutos cada día. Podía ser conversando, jugando o realizando alguna actividad con él. También se podía practicar simplemente el estar a su lado en silencio y quietud, lo único importante era estar plenamente con él durante cinco minutos, viviendo plenamente el momento presente. Este ejercicio tuvo un gran impacto en las madres, y las sensibilizó para el desarrollo del programa. Especialmente relevante fue el hecho de que realizarlo no conllevaba tiempo extra, no era una carga más: abrirle la puerta al niño que vuelve del “cole” o despedirse de él por la noche, forman parte de la vida cotidiana de cada día, pero hacerlo con conciencia plena era una experiencia diferente que conmovió a las madres de tal modo que continuaron haciendo el ejercicio durante todo el proceso, integrándolo en su vida diaria. Realizar estas sencillas actividades les sensibilizó y preparó para el entrenamiento, y se sorprendieron al ver desde fuera cuán difícil les resultaba mantener la atención, y también algunas de ellas se vieron a si mismas desde el punto de vista de sus hijos “no paro de darle órdenes” “le regaño constantemente”, etc.

El entrenamiento tuvo lugar a la largo de 11 sesiones y se articuló en torno a los siguientes temas:

1) *Introducción a la atención plena en la relación con los hijos*

En esta sesión se introduce el concepto de atención plena, cuyo desarrollo es la clave en torno a la cual se articula el proceso de entrenamiento, y sobre la que se vuelve constantemente, en cada sesión.

2) *Quien soy yo/ quien es mi hijo*

En esta sesión se intenta ayudar a las madres a diferenciar las proyecciones que realizan sobre los hijos de lo que ellos son en realidad. Así mismo, es importante darse cuenta de que éstos no son una prolongación de las madres, sino seres independientes. A veces, lo que a la madre le gusta o desagrada del hijo/a tiene que ver con aspectos de su propia vida y no con el hijo/a. Además, las expectativas que se tienen sobre los hijos pueden ser una carga tanto para ellos como para los padres. En consecuencia, aceptar al hijo tal y como es resulta liberador, también para ambos.

3 y 4) *Afrontamiento de la ira*

Este tema se desarrolló a lo largo de dos sesiones, cambiando las perspectivas: Manejo de la propia ira y manejo de la ira del niño.

En primer lugar se abordó el reconocimiento de las señales del enfado, en uno mismo y en el hijo. Percibimos la cólera en nuestro cuerpo, pero también en nuestros sentimientos y nuestros pensamientos. Tomando conciencia de lo que se experimenta, sin juzgarlo como bueno o malo, se puede tomar la decisión de expresarlo de manera que no sea “tóxico”, que no dañe al otro ni a uno mismo. La idea no es suprimir la ira, sino modularla, regular su intensidad. Darse cuenta de cómo se alimenta y de cómo se puede contener, reducir hasta un nivel aceptable, que no nos desborde.

La autoconciencia de la ira nos lleva también a preguntarnos por sus causas ¿qué es lo que nos hace enfadar?, ¿Hasta qué punto lo que le produce ira a un padre de la reacción de un hijo tiene que ver con sentir la presencia de un obstáculo en su idea o expectativa del hijo?, ¿hasta que punto las ideas preconcebidas de lo que se quiere (se considera bueno, valioso, etc.) para el hijo modulan la reacción de ira del padre e impide ver la situación actual real como lo que es?, ¿hasta qué punto la reacción correctora del adulto tiene que ver con intentar imponer los propios esquemas del hijo al hijo?.

Una parte importante del trabajo en estas dos sesiones estaba en los registros diarios de conductas de ira, propias o del hijo, y del análisis de las mismas, que incluían la búsqueda de alternativas: ¿cómo se resolvió la situación? ¿Qué se podría hacer diferente la próxima vez que se produzca algo así?.

Para poder aceptar al hijo tal y como es, resulta fundamental ser capaz de empatizar con él. Esto no quiere decir aprobar lo que hace, ni darle la razón, ni no poner límites a su conducta o a la expresión de su ira. Pero tenemos que hacerlo aceptando al niño, tratando de entender cómo se siente y qué experimenta, y transmitiéndole nuestra comprensión.

4) *Aprendiendo a (no) preocuparse*

Pasamos mucho tiempo y gastamos mucha energía en anticipar problemas y desgracias que muchas veces no ocurren. Las rumiaciones sobre el pasado o sobre el futuro son una manera de amargarnos el presente, de impedirnos vivir el momento. Los pensamientos catastrofistas son una de las principales formas de

inflingirnos estrés y nos ocasionan una gran infelicidad. Por supuesto que tenemos que organizar, planificar y prever dificultades y obstáculos, pero esto es diferente de la preocupación crónica que nos aliena de nuestra vida tal y como es en el momento actual. Dentro del entrenamiento, en esta sesión se aprende a reconocer los patrones de preocupación y rumiación no productivos, aceptándolos y no reteniéndolos, dejándolos ir para centrarnos en el aquí y el ahora.

6) *Encontrar calma en el día a día*

El objetivo del entrenamiento es que el aprendizaje de la atención plena y la meditación trascienda los momentos de “práctica” e impregne nuestra vida, formando parte de nuestra experiencia cotidiana y nuestro modo de ser. Aprender a convertir cualquier actividad en un momento de atención plena, experimentando y encontrando calma en cualquier situación por medio de la respiración y el darse cuenta o vivir con conciencia. También se ayudaba a las madres a prestar atención a las transiciones, a los momentos en los que cambiamos de rol: cuando empezamos a trabajar, cuando llegamos a casa, cuando cambiamos de actividad, son momentos para mirar hacia dentro, para tomar conciencia. En el flujo constante y en la prisa de nuestra vida, se puede parar un momento y todo se vuelve más pleno y más rico.

7) *Compartir y disfrutar momentos especiales*

Cuando tomamos conciencia profunda de nuestra vida, se producen muchos momentos de *insight* y dejamos de vivir “con el piloto automático” para aterrizar en el presente. Esto nos permite descubrir muchos momentos especiales, de conexión o de encuentro, que crean lazos que configuran una determinada dinámica familiar de comunicación. Cada día se producen muchos momentos especiales, aunque no todos ellos son sinónimo de felicidad, por ejemplo, podemos sentirnos muy cercanos a nuestros hijos en un momento doloroso o difícil para ellos. Darnos cuenta de estos momentos, vivirlos con atención plena y compartirlos crea una atmósfera “nutritiva” física y emocional, un clima de aceptación y acogida. En esta sesión, se intentan aumentar la percepción y comunicación de tales momentos especiales, así como prestar atención a la “cultura” familiar de celebraciones y fiestas. Los registros de esta semana estuvieron particularmente llenos de alegría y creatividad.

8) *Momentos de crisis: Cuando todo parece ir mal. Cuando hemos “metido la pata”*

Los argumentos que se revisan en esta sesión son los siguientes: Por mucho empeño que pongamos, y por mucha aceptación que logremos conseguir, es posible que nos encontremos con periodos de crisis y desánimo, que son más difíciles de sobrellevar si nuestra implicación en los hechos ha sido decisiva para que la crisis se produzca. Cuando sentimos que “tenemos la culpa” del malestar de nuestros hijos. A veces podemos perder los nervios en un momento y estallar. Pero otras veces se trata de algo más profundo, porque con el desarrollo de la autoconciencia podemos caer en la cuenta de actitudes destructivas, rechazos, falta de atención a

sus necesidades, etc. Cuando todo parece ir mal, y además sentimos que somos parte responsable en este “mal”, a veces nos sentimos muy desanimados y sin ganas de continuar. Pensamos que nuestros hijos, o nosotros, nunca cambiaremos. Que el dolor, el nuestro o el suyo, serán permanentes y nada los podrá borrar. Que siempre estaremos igual.

La culpa, a menos que esté patológicamente hipertrofiada, es una emoción positiva si nos lleva a la reparación. Hay que reconocer el error, primero ante uno mismo, aceptando que no somos perfectos, y ante el niño, explicándole lo sucedido y dándole tiempo para exprese sus sentimientos y nos perdone. Lo que haya ocurrido no se puede borrar ni modificar: sucedió. Pero nunca es tarde para intentar sanear una relación, para tender un puente hacia el niño e invitarle a cruzar.

Mirar la crisis con distancia afectiva puede revelarnos algunas claves acerca de sus causas. Una mirada de compasión y aceptación sobre nosotros mismos puede lograr también que aprovechemos la experiencia, extrayendo conclusiones y aprendiendo de nuestros errores.

9) Poniendo (y quitando) límites a nuestros hijos

La reflexión que se presenta a las madres incluye las siguientes cuestiones: ¿Qué esperamos de nuestro hijo? Que sea feliz, que crezca sano, que nos quiera, que le vaya bien en el colegio, que tenga amigos, que nos obedezca....También esperamos que nosotros podamos ser buenos padres, ayudarle, ser felices con él. Expectativas razonables ¿no? ¿Es malo tener expectativas? Claro que no. Es parte de la vida, desear, tener sueños sobre nosotros y nuestros hijos. Pero ¿qué ocurre cuando esas expectativas no se cumplen? A veces es como si tuviéramos un molde en el que queremos que nuestro hijo entre, y cuando el molde no se ajusta empieza el sufrimiento. Nuestras expectativas, cuando son realistas, nos señalan el camino que hemos de seguir. Pero si son demasiado rígidas, se convierten en una carga muy pesada para el niño y para nosotros.

Los padres establecen límites para la conducta de sus hijos ajustándolas a las expectativas que tienen sobre ellos. Pero ¿desde donde fijamos esos límites? Debemos recordar que las normas deben responder a principios. No las imponemos para lograr obediencia ciega. En general, los límites que exigimos a nuestros hijos deben tener relación con cosas que pueden afectarles negativamente en su crecimiento y en su bienestar (horarios, alimentación, respeto a otros, ocio y estudio, etc.). Se trata de promover un marco que les dé seguridad y dentro del cual puedan desarrollarse, y este marco no es rígido, es flexible y se va modificando con la edad y con el niño “real” al que va dirigido. Y siempre hemos de examinarlo para ver si se ajusta verdaderamente a las verdaderas necesidades de nuestro hijo. Esto es especialmente importante cuando los hijos van creciendo. En la adolescencia nuestros miedos aumentan y a veces las normas que les imponemos tienen que ver con nuestras expectativas catastróficas sobre lo que puede ocurrirles.

También las expectativas que ellos tienen sobre nosotros pueden ser irreales,

y tenemos que ayudarles a ajustarlas, no fomentándolas si no somos capaces de responder a ellas. Por ejemplo, a veces les decimos que siempre pueden confiar en nosotros y decimos la verdad, porque no nos enfadaremos por lo que nos digan, y eso puede no ser así, con lo cual nuestro hijo pierde la confianza en nosotros. O podemos decirles que somos sus mejores amigos, pero no es cierto, ya que nuestra labor de padres implica aspectos “disciplinarios”, de control, y supervisión, a los que no podemos renunciar y que no están presentes en el rol de amigo. Por lo tanto, fomentar esta clase de expectativas les confunde y les hace desconfiar.

En esta sesión se ayuda a las madres a tomar nota de cómo transmiten a sus hijos lo que esperan de ellos, y también en cómo los hijos comunican lo que esperan de las madres. Darse cuenta de las frases que formulan al imponer límites: “nunca” “siempre”, etc., y, sobre todo, del tono de voz y gestos que los acompañan, sirven para facilitar la toma de conciencia de si las normas son las que los hijos necesitan o están al servicio de los propios miedos o la propia comodidad.

10) *El arte de conversar*

El lenguaje verbal constituye una de las principales vías de comunicación, pero ¿cuál es el contenido de nuestras conversaciones con nuestros hijos? ¿Qué quedaría si hiciéramos desaparecer todas las órdenes que les damos, los reproches y los “venga” “deprisa”, “vamos”? Esta sesión, y los registros de tareas para casa de la semana, nos sensibilizan a las habilidades de escucha activa, atención plena y percepción del lenguaje no verbal que acompaña a la conversación. La responsabilidad de la comunicación siempre es de los padres. Al adulto siempre le toca mover ficha.

Tomar conciencia de nuestro estilo comunicativo, de nuestras habilidades expresivas y receptivas y sobre todo de nuestra capacidad de escucha nos puede llevar a mejorar nuestra técnica de conversación y a usarla con eficacia para contactar y comprender más profundamente a nuestros hijos.

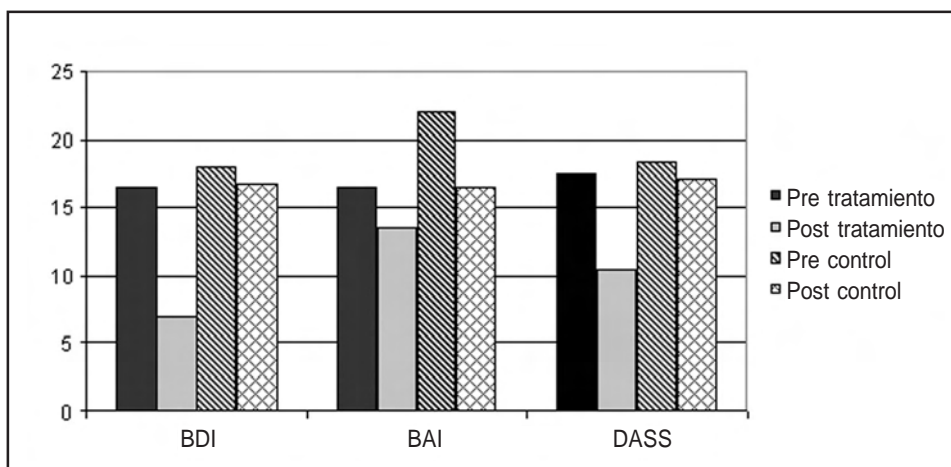
11) *Última sesión de revisión del curso*

En esta sesión, además de practicar la meditación y de rellenar los cuestionarios, las madres pudieron expresar lo que la experiencia había significado para ellas. Todas deseaban que el proceso hubiera durado más, para poder afianzar más la meditación como una actividad cotidiana en sus vidas. La valoración de todas ellas fue muy positiva, y poder compartir y escuchar sus vivencias fue un regalo para quienes habíamos compartido con ellas estas semanas

EFFECTOS DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA PADRES

En este apartado, analizaremos los efectos del programa sobre las variables estudiadas. Los estadísticos utilizados son no paramétricos, se utilizó el estadístico de la U de Mann-Withney. En cuanto a las variables sintomáticas estudiadas, ansiedad, estrés y depresión, los análisis muestran lo siguiente (gráfica 1): en el cuestionario BDI, en las medidas pre-test, se observa que las puntuaciones no son

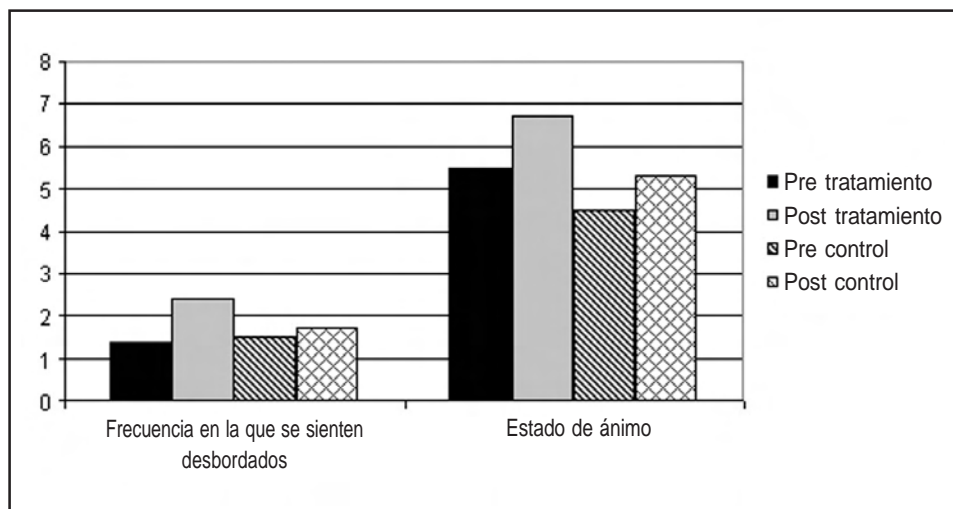
muy altas, como era de esperar, porque las madres estudiadas no constituyen una población clínica en sí misma. No obstante, aun así, se observa una reducción significativa de las puntuaciones en la escala que mide síntomas de depresión (BDI; $z=-2,156$; $p=,021$), mientras que en el grupo de control las puntuaciones son casi equivalentes en los dos tiempos de medida. También se observa una reducción significativa en la escala de estrés (DASS, $z= -2,071$; $p=,012$) en el grupo de entrenamiento. En cambio, no se observan cambios en los niveles de ansiedad. Llama la atención que no se observen tampoco cambios en el cuestionario que mide Atención Plena. Es posible que esto se deba a las características del cuestionario MAAS ya que a partir de los auto-registros y de los informes verbales de las madres, si que informaban de que se sentían más atentas en relación a sus hijos/as. En el grupo de control no se observa ningún cambio en estas escalas, como se aprecia en la gráfica 1.



Gráfica 1. Efectos del entrenamiento de padres sobre los síntomas.

Por otro lado, tomamos otro tipo de medidas relacionadas con la crianza y la relación madre-hijo. Los datos indican que hay una reducción significativa de la frecuencia en la que las madres informan que se sienten desbordadas por la crianza de los hijos ($z=-2,445$; $p=,030$) y un aumento significativo de el estado de ánimo global ($z=-2,093$; $p=,040$). En el grupo de control no se observa ningún cambio en estas variables. (Véase Grafica 2)

Además, para averiguar los efectos del entrenamiento captando el punto de vista interno de las participantes, se les entregó un cuestionario de preguntas abiertas en la última sesión del entrenamiento. Los resultados indican que todas las madres participantes evalúan positivamente el entrenamiento y perciben mejoría tanto en ellas como en sus hijos. Acerca de los niños, los perciben como más amables



Gráfica 2. Efectos del entrenamiento de padres sobre las variables de crianza.

y cariñosos, más calmados, más controlables y comunicativos, con mayor capacidad de escucha y mejora de su comportamiento en general.

En cuanto a los cambios operados en ellas, un 80 % se perciben como más tranquilas. También se sienten más capaces de darse cuenta, aceptar, escuchar y comprender a sus hijos, con mejor ánimo y más optimistas. Se encuentran con mayor capacidad de reflexión, y capaces de tomar la vida de otra manera y de encontrar tiempo para sí mismas.

A nivel subjetivo, algunas de ellas experimentan una revolución interior, sienten que ha sido una experiencia que ha cambiado su vida para siempre y la meditación es para ellas una parte importante de su manera de vivir. Por ejemplo, algunos testimonios que expresaron las madres fueron los siguientes: *“yo era la primera en etiquetar a mi hijo y no me daba cuenta. Ahora me preocupó más por lo que siente que por lo que yo siento, y por darle un voto de confianza”*. *“Últimamente estoy disfrutando más de los buenos ratos porque consigo separarlos de la preocupación de lo que pasará mañana”*, *“he descubierto que tengo un cuerpo, y no solo una cabeza que piensa y piensa”*. *“He notado un cambio: ahora le escucho, antes de empezar a hablar. Trato de apaciguar los ánimos antes de que se forme la bronca. Si es muy gordo el jaleo, me voy o nos vamos”*. *“He aprendido a no culparme por no poder o no saber resolver las situaciones”*. *“He aprendido a desconectar los pensamientos torturadores.”*

Seis meses después el 70% continúa meditando con regularidad, y actualmente el Hospital de Día, donde se hizo la investigación, ha incorporado de forma permanente en sus grupos de tratamiento para padres la práctica de la meditación y la atención plena.

Una vez aprendida la técnica e insertada en la rutina cotidiana, no requiere de ningún terapeuta para ser llevada a cabo. Tampoco ha de ajustarse a grupos especiales de pacientes, o con contenidos específicos por patologías (de padres o de hijos). Es un instrumento ecológico, no intrusivo, compatible con cualquier otro tipo de medida, y sus efectos se expanden y multiplican si la persona persevera en su aplicación.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo, se ha expuesto un programa de entrenamiento de padres basado en la atención plena que ha sido desarrollado y puesto a prueba en un Servicio de Hospital de Día, especializado en el tratamiento de menores con problemas mentales graves, dependiente del Servicio Canario de Salud. Este programa ha mostrado tener efectos positivos, tanto en la reducción del estrés y la depresión de las madres como en el incremento de su satisfacción, motivación y tranquilidad a la hora de estar con sus hijos. La práctica de la meditación y la atención plena es una herramienta muy valiosa para los programas de entrenamiento de padres y, como se ha mostrado en el presente estudio, resulta una herramienta viable que satisface tanto a los usuarios como a los profesionales. A pesar de no estar orientado a población con sintomatología, parece que ayuda a reducir el malestar psicológico y da herramientas para manejarse mejor con el estrés. Por tanto, consideramos que implementar un programa de estas características en dispositivos educativos, sociales o sanitarios es una opción viable y eficaz, con un adecuado equilibrio coste/beneficio, para ayudar a las familias en la difícil tarea de la educación de los hijos y para afrontar el estrés que tener un hijo con una enfermedad mental ocasiona en la familia.

En este trabajo se presenta un programa de entrenamiento para padres basado en la atención plena. El programa fue desarrollado en una unidad especial para el tratamiento de niños con problemas mentales graves. 18 madres participaron en el estudio, que sigue el diseño de un ensayo clínico no-aleatorizado con grupo de control. Los resultados muestran una disminución en las puntuaciones de estrés y ansiedad así como una mejora en las relaciones con los hijos.

Palabras clave: Entrenamiento de padres basado en la Atención Plena, trastorno mental grave en la infancia.

Nota editorial:

Este trabajo ha sido posible gracias al proyecto de investigación (nº PI 61/04), otorgado por FUNCIS a M.T.Miró.

Nota sobre los autores:

Maria Teresa Santamaría: Psicóloga Clínica. Hospital de Día Infanto Juvenil "Diego Matías Guigou Costa". Servicio Canario de Salud.

Ausiàs Cebolla: Psicólogo. Unidad de investigación del HUNS Candelaria. Servicio Canario de Salud.

Pedro J. Rodríguez: Médico pediatra. Hospital de Día Infanto Juvenil "Diego Matías Guigou Costa". Servicio Canario de Salud.

María Teresa Miró: Psicóloga Clínica y profesora titular del Dpto. Personalidad, evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna.

Referencias bibliográficas

- BADOS, A., SOLANAS, A. & ANDRÉS, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scale (DASS). *Psicothema*, Vol. 17.(4), 679-683.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclee de Brower, 1983).
- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J. & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
- BISHOP S.R., LAU M., SHAPIRO S. & CARLSON L., (2004) Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice* 11: 230-241.
- BROWN K.W. & RYAN R.R.(2003) The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.84: 822-848.
- DUMAS, J.E. (2005). Mindfulness-Based Parent Training: Strategies to lessen the grip of Automaticity in Families with Disruptive Children. *Journal of clinical Child and Adolescent Psychology* 2005, Vol. 34, No. 4, 779-791.
- FREEMAN, J.C., EPSTON, D. & LOVOBITS, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families*. New York: Norton and Company.
- HANH, T.N. (1976), El milagro de *mindfulness*. Ed. Oniro, 2007. The Cochrane Library (2007), Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- KABAT-ZINN J., & KABAT-ZINN M. (1997): *Everyday Blessings: The inner work of Mindful Parenting*. Hyperion. 1997.
- KABAT-ZINN J. (1990) *Full Catastrophe Living*. New York: Delta. Edición en Castellano: Vivir con plenitud las crisis.2003. Ed. Kairós.
- MAJUMDAR M, GROSSMAN P, DIETZ-WASHKOWSKY B, KERSIG S & WALACH, H. (2001) Does Mindfulness meditation contribute to health? Outcome Evaluation of a German Sample. *Journal of Alternative and complementary Medicine* 8:719-212.
- REY, F. (2006), Entrenamiento de padres: Una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, vol.1, nº1, págs. 61-84.
- SANZ J. & VÁZQUEZ, C. (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* Vol.10, nº2, 303-318.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@ub.edu

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com